



**Abschlussbericht 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

31. Oktober 2017

## Abschlussbericht gemäß Nr. 7.2 der Nebenbestimmungen

**Zuwendungsempfänger:**

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

**Förderkennzeichen:**

0421/40-64-50-47

**Vorhabenbezeichnung:**

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

**Laufzeit des Vorhabens:**

01.11.2014 - 31.07.2017

**Berichtszeitraum:**

01.11.2014 - 31.07.2017

## Danksagung

Ein herzliches Dankeschön gilt allen Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, die die Umsetzung dieses Projektes mit ihrer Teilnahme erst ermöglicht haben! Wir bedanken uns bei den bewegungstherapeutischen Akteuren, die in Projektphase 1 an der nationalen Querschnittbefragung teilgenommen haben und uns teils zusätzlich umfangreiche weiterführende Materialien zugesandt haben. Wir bedanken uns besonders bei den Leitungspersonen der Bewegungstherapie, die in Projektphase 2 an den eineinhalbtägigen Entwicklungsworkshops teilgenommen haben, für ihre hochmotivierte Teilnahme, ihre Offenheit und ihre kritisch-konstruktiven Diskussionsbeiträge in den Fokusgruppen.

Unser herzlicher Dank gilt zudem Samuel Cassar, Verena Hartung, Florian Portenlänger, Samuel Tonne (alle Universität Erlangen-Nürnberg) sowie Cheyenne Fangmann, Vicky Fischer und Rebekka Kopp (alle Universität Tübingen), die als studentische bzw. wissenschaftliche Hilfskräfte das Projekt mit so viel Engagement unterstützt haben.

Wir bedanken uns bei der AG Bewegungstherapie der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW) und bei den weiteren Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats Dr. Inge Ehlebracht-König, Reha-Zentrum Bad Eilsen; Prof. Dr. Wiebke Göhner, Katholische Hochschule Freiburg; Prof. Dr. Gert Krischak, Institut für rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm; Prof. Dr. Wilfried Mau, Institut für Rehabilitationsmedizin der Universität Halle-Wittenberg; Verena Pimmer, Deutsche Rentenversicherung Bund; Rotraut Schmale-Grede, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.; Prof. Dr. Mieke Wasner, SRH Hochschule Heidelberg, für die wertvolle wissenschaftliche Begleitung und Beratung über den gesamten Projektzeitraum.

Wir danken der Deutschen Rentenversicherung Bund für die finanzielle Förderung des Vorhabens und Verena Pimmer und Dr. Silke Brüggemann für die Zusammenarbeit und Unterstützung seitens der Deutschen Rentenversicherung Bund bei der Umsetzung des Projektes.

## Vorwort

Der Abschlussbericht zum Projekt „Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteursebene“ liefert erstmalig eine detaillierte Beschreibung des nationalen Status quo der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation. Für die Lektüre des Abschlussberichts sind einige einleitende Informationen zum Aufbau des Abschlussberichts wichtig.

Die Inhalte des Berichtes sind in Manuskript-basierter Form aufbereitet. Dies bedeutet, dass der Bericht aus eigenständigen Kapiteln im Stile von Zeitschriftenartikeln besteht. Konkret liefert das einleitende Kapitel 1 im Sinne eines Studienprotokolls eine Beschreibung des Hintergrundes, die Ableitung der Fragestellungen und Zielsetzungen sowie eine detaillierte Darstellung des methodischen Vorgehens. Die folgenden Kapitel 2 bis 6 berichten die zentralen Projektergebnisse. Die Ergebnisse der Fragebogen-basierten nationalen Querschnitterhebung zu konzeptionellen Grundlagen der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation liefert Kapitel 2. Darauf aufbauend werden mittels Latenter Klassenanalysen typische inhaltliche Ausrichtungen der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation herausgearbeitet (Kapitel 3). Die Informationseinholung über Rehabilitandinnen und Rehabilitanden steht im Mittelpunkt von Kapitel 4. Hier wird der Einsatz von Testverfahren in der Bewegungstherapie analysiert und dabei insbesondere Standardisierungsgrad der Tests, Einsatzzwecke und inhaltliche Ausrichtung untersucht. Mit dem Thema Teamarbeit im (bewegungs-)therapeutischen Team liefert das fünfte Kapitel wichtige Einblicke in die intra- und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Fokus auf die Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation. Schließlich thematisiert Kapitel 6 die individuellen Sichtweisen bewegungstherapeutischer Akteure auf das Thema Bewegungsförderung innerhalb der Bewegungstherapie. Neben den methodisch-didaktischen Schwerpunktsetzungen im Bereich Bewegungsförderung werden dabei wahrgenommene Barrieren und Förderfaktoren für eine erfolgreiche Veränderung des Bewegungsverhaltens analysiert. Basierend auf den Projektergebnissen schließt dieser Abschlussbericht mit der Ableitung von Handlungsempfehlungen für eine Weiterentwicklung und Optimierung der Bewegungstherapie ab (Kapitel 7).

Wir hoffen sehr, mit den Projektergebnissen dazu beizutragen, die systematische Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie in der Rehabilitation insbesondere im Hinblick auf die Weiterentwicklung, Dissemination und Implementierung evidenzbasierter biopsychosozialer bewegungstherapeutischer Konzepte zu fördern.

Prof. Dr. Klaus Pfeifer & Prof. Dr. Gorden Sudeck

# Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	iii
Vorwort .....	iv
Inhaltsverzeichnis .....	v
Tabellenverzeichnis .....	vii
Abbildungsverzeichnis .....	ix
Abkürzungsverzeichnis .....	x
1 Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteursebene. Methodisches Vorgehen einer nationalen Bestandsaufnahme im Mixed-Method-Design.....	1
1.1    Einleitung.....	1
1.2    Methodik.....	5
1.3    Diskussion: Erwartete Ergebnisse und Relevanz .....	22
1.4    Literaturverzeichnis .....	24
2 Konzeptionelle Grundlagen der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer bundesweiten Bestandsaufnahme .....	29
2.1    Hintergrund.....	29
2.2    Methode.....	31
2.3    Ergebnisse .....	37
2.4    Diskussion .....	44
2.5    Ausblick und Limitationen.....	52
2.6    Literaturverzeichnis .....	54
3 Typische inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtungen der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation. Eine latente Klassenanalyse auf Basis einer bundesweiten Erhebung in Deutschland .....	57
3.1    Einleitung.....	57
3.2    Methoden .....	58
3.3    Ergebnisse .....	64
3.4    Diskussion .....	78
3.5    Fazit.....	83
3.6    Literaturverzeichnis .....	85
4 Testverfahren in der Bewegungstherapie – Status quo innerhalb der medizinischen Rehabilitation in Deutschland .....	86
4.1    Hintergrund.....	86

4.2	Methode.....	88
4.3	Ergebnisse .....	90
4.4	Diskussion .....	96
4.5	Limitationen .....	100
4.6	Fazit.....	101
4.7	Literaturverzeichnis .....	102
5	Bewegungstherapeutische Teamarbeit in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer Bestandsaufnahme in Deutschland im Mixed-Methods-Design.....	106
.....		
5.1	Hintergrund.....	106
5.2	Methode.....	109
5.3	Ergebnisse .....	116
5.4	Diskussion .....	126
5.5	Literaturverzeichnis .....	133
6	Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie: Eine empirisch-qualitative Erkundung der Sichtweisen bewegungstherapeutischer Akteure in der medizinischen Rehabilitation .....	138
.....		
6.1	Einleitung.....	138
6.2	Methode.....	139
6.3	Ergebnisse .....	145
6.4	Diskussion .....	161
6.5	Fazit.....	169
6.6	Literaturverzeichnis .....	171
7	Handlungsempfehlungen für die Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie	175
<b>Anhänge .....</b>		<b>180</b>
.....		
Anhang 1 .....		180
Anhang 2 .....		197

# Tabellenverzeichnis

Tab. 1-1: Überblick zu Qualitätsdimensionen und qualitätsrelevanten Handlungs-/Inhaltsbereichen .....	10
Tab. 1-2: Leitfaden für Fokusgruppe 1 „Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie“ .....	17
Tab. 1-3: Leitfaden zur Fokusgruppe 2 „Entwicklungstrends in der Rehabilitation“ und zur Fokusgruppe 3 „Wünsche für die Zukunft“ .....	18
Tab. 1-4: Anzahl der versendeten Einladungen, der eingegangenen Anmeldungen und der Responserate differenziert für die erste und zweite Einladungsphase und nach Workshop ..	21
Tab. 2-1: Charakteristika der teilnehmenden bewegungstherapeutischen Abteilungen (N = 713) ..	33
Tab. 2-2: Von Leitungspersonen der Bewegungstherapie wahrgenommene Häufigkeiten therapierrelevanter Ausgangsbedingungen: Deskriptive Kennwerte und erkrankungsspezifische Unterschiede.....	39
Tab. 2-3: Beeinflussbarkeit Wirkbereiche der Bewegungstherapie, Gewichtung bewegungstherapeutischer Inhalte, sowie Fokussierung auf Bewegungspraxis in Gruppentherapien: Deskriptive Kennwerte und erkrankungsspezifische Unterschiede .....	41
Tab. 2-4: Deskriptive Kennwerte und konkrete didaktisch-methodische Umsetzung verhaltensbezogener bewegungstherapeutischer Inhalte in Prozent.....	45
Tab. 2-5: Varianzanalytische Unterschiede in der Bewertung der Wirkbereiche, Gewichtung bewegungstherapeutischer Inhalte, sowie Fokussierung auf Bewegungspraxis in Gruppentherapien (für die fallstärksten Erkrankungsbereiche).....	46
Tab. 3-1: Deskriptive Angaben zur wahrgenommenen Beeinflussbarkeit von Problemlagen bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie Angaben zur explorativen Faktorenanalyse (max. n = 628 mit 13 und mehr Items; inkl. FIML) .....	60
Tab. 3-2: Deskriptive Angaben zur Gewichtung spezifischer bewegungstherapeutischer Inhalte sowie Angaben zur explorativen Faktorenanalyse (n = max. 667 mit 7 oder mehr beantworteten Items) .....	61
Tab. 3-3: Deskriptive Statistik und Terzilbildung für die acht Indikatoren der konzeptionell-inhaltlichen Ausrichtung der Bewegungstherapie.....	70
Tab. 3-4: Fitindizes, Entropie, Modellvergleiche sowie Zuordnungswahrscheinlichkeiten pro Klasse für die geschätzten Modelle der latenten Klassenanalysen .....	71
Tab. 3-5: Beschreibung der sechs Klassen typischer inhaltlich-konzeptioneller Ausrichtungen der Bewegungstherapie einschließlich Label und Gruppengröße (in% der Untersuchungsgruppe) für die einzelnen Klassen.....	76
Tab. 3-6: Häufigkeiten der sechs latenten Klassen in ausgewählten Erkrankungsbereichen.....	78
Tab. 3-7: Häufigkeiten der sechs latenten Klassen in Abhängigkeit der Abteilungsart (n = 591) ...	80
Tab. 4-1: Verbreitung von Aufnahmegespräch, körperlichen Funktionstest und Fragebogen sowie dem standardmäßigen Erhalt von Informationen von anderen Berufsgruppen (n = 707).....	91
Tab. 4-2: Einsatz standardisierter Tests in verschiedenen Erkrankungsbereichen .....	93

Tab. 4-3: Top Ten der innerhalb der Bewegungstherapie genutzten Funktionstests und Fragebogen Skalen etc.....	94
Tab. 4-4: Erkrankungsbereichsspezifische Unterschiede bei der Messung personbezogener Faktoren innerhalb der Bewegungstherapie.....	95
Tab. 4-5: Inhalte des Aufnahmegesprächs und der standardmäßigen Informationsweitergabe von anderen Berufsgruppen an die Bewegungstherapie.....	96
Tab. 5-1: Charakteristika der teilnehmenden bewegungstherapeutischen Abteilungen des quantitativen Studienteils (N = 713) .....	111
Tab. 5-2: Charakteristika der Fokusgruppenteilnehmenden des qualitativen Studienteils (N = 58) .....	115
Tab. 5-3: Deskriptive Kennwerte teambezogener Prozessmerkmale des quantitativen Studienteils für Abteilungen mit in Summe mindestens zwei vollen Personalstellen (n = 596).....	118
Tab. 5-4: Zusammenhangsanalysen zwischen teambezogenen Prozessmerkmalen und Strukturmerkmalen der Abteilung über Chi-Quadrat-Tests und Kontingenzkoeffizienten C	125
Tab. 5-5: Zusammenhangsanalysen zwischen teambezogenen Prozessmerkmalen und der wahrgenommenen interprofessionellen Teamarbeit über Chi-Quadrat-Tests und Kontingenzkoeffizienten C .....	126
Tab. 6-1: Kategoriensystem der qualitativen Datenanalyse für die erste Leitfrage mit allen Haupt- und Subkategorien inklusive Anzahl der zugeordneten Textstellen (Codings). .....	143
Tab. 6-2: Kernthemen der Fokusgruppendifkussionen zur Bewegungsförderung.....	154
Tab. 7-1: Handlungsempfehlungen zur Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie: Bereich Personalentwicklung .....	175
Tab. 7-2: Handlungsempfehlungen zur Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie: Bereich Organisationsentwicklung .....	177
Tab. 7-3: Handlungsempfehlungen zur Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie: Bereich Reha-Forschung .....	178

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1-1: Visuelles Studiendiagramm mit einer Übersicht des Studiendesigns .....	8
Abb. 1-2: Flussdiagramm zu Fragebogenversand und -rücklauf. ....	12
Abb. 1-3: Vergleiche der Anteile der bewegungstherapeutischen Fachabteilungen verschiedener Erkrankungsbereiche „Projekt vs. DRV-Statistik“ (Daten beziehen sich nur auf den Bereich der stationären Rehabilitation; * vgl. Statistiken der Deutschen Rentenversicherung 2014 in: Deutsche Rentenversicherung, 2015) .....	13
Abb. 3-1: Grafische Darstellung der Item-Response-Wahrscheinlichkeiten (in %) für die acht Indikatoren (Terzile: überdurchschnittlich [schwarz], durchschnittlich [grau], unterdurchschnittlich [hellgrau]) in den einzelnen Klassen 1 bis 6.....	72
Abb. 3-2: Mittlere Ausprägungen der acht Indikatoren in den Klassen 1 bis 6 (für einen besseren Vergleich wurden die Indikatoren linear auf ein Intervall von 0 bis 100 transformiert; n = 602- 624) .....	73
Abb. 4-1: Zweck des Einsatzes der Tests innerhalb der Bewegungstherapie (BT) (n = 707).....	92
Abb. 4-2: ICF-basierte Inhaltsanalyse der innerhalb der Bewegungstherapie eingesetzten standardisierten Tests.....	93

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
aLMR	Adjustierter Lobin-Mendell-Rubin Likelihood-Ratio-Test
APTA	<i>American Physical Therapy Association</i>
BLRT	<i>Bootstrap Likelihood Ratio Test</i>
BIC	<i>Bayesian Information Criterion</i>
DGRW	Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften
DRV	Deutsche Rentenversicherung
ETM	Evidenzbasiertes Therapiemodul
EFA	Explorative Faktorenanalyse
FIML	<i>Full Information Maximum-Likelihood</i>
ICF	<i>International Classification of Disability, Functioning and Health</i> (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)
IPS	<i>Internal Participation Scale</i>
KTL	Klassifikation therapeutischer Leistungen
KW	Kalenderwoche
LCA	<i>Latent Class Analysis</i> (Latente Klassenanalyse)
LL	<i>Log-Likelihood</i>
MLR	Maximum Likelihood-Schätzverfahren mit robustem Standardfehler
MSIS	<i>Multiple Sclerosis Impact Scale</i>
RMSEA	<i>Root-Mean-Square-Error of Approximation</i>
RTS	Reha-Therapiestandard
SD	<i>Standard Deviation</i> (Standardabweichung)
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SRMR	<i>Standardized Root Mean Square Residual</i>
Tab.	Tabelle
TEP	Totalendoprothese
VMO	Verhaltensmedizinische Orthopädie
WHO	<i>World Health Organization</i>

Für englische Begriffe wurde in allen Fällen, für die dies angemessen erschien, der deutsche Begriff verwendet. Die englischen Begriffe sind zur Information aufgeführt und als solche durch kursive Schrift kenntlich gemacht.

# **1 Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteurs-ebene. Methodisches Vorgehen einer nationalen Bestandsaufnahme im Mixed-Method-Design**

## **1.1 Einleitung**

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. Das vorliegende Studienprotokoll beinhaltet eine detaillierte Beschreibung des methodischen Vorgehens im erklärenden sequenziellen Mixed-Method-Design (vgl. Creswell et al. 2011; Teddlie und Tashakkori 2006).

### **1.1.1 Hintergründe**

Die Bedeutung körperlicher Aktivität und die Ausrichtung von Bewegungstherapie in der Rehabilitation hat sich bei vielen Erkrankungsbereichen gewandelt: *Erstens* ist der zunehmende Bewegungsmangel in der Bevölkerung als eigenständiger Risikofaktor für die Entstehung und Chronifizierung von nicht-ansteckenden Erkrankungen identifiziert worden (Lee et al. 2012). *Zweitens* ist die Evidenzlage für positive Effekte körperlicher Aktivität in der Rehabilitation chronischer Erkrankungen mittlerweile immens (Pedersen und Saltin 2015; Börjesson et al. 2010). *Drittens* hat sich die Bewegungstherapie daher in Deutschland zum umfangstärksten Interventionselement innerhalb interdisziplinärer umgesetzter Rehabilitationsprogramme bei fast allen Erkrankungsbereichen entwickelt (Brüggemann und Sewöster 2015). Parallel dazu haben sich *viertens* die Ziele der Bewegungstherapie erweitert und ausdifferenziert; die umfangreiche biopsychosoziale Zielsystematik der Arbeitsgruppe Bewegungstherapie der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) (Pfeifer et al. 2010) beinhaltet neben traditionellen biomedizinischen Zielsetzungen (z. B. Wiedererlangung der körperlichen Funktionsfähigkeit) auch pädagogisch-psychologische Perspektiven. Innerhalb des Zielspektrums erlangt *fünftens* die Zielsetzung der Bindung an mehr körperlich-sportliche Aktivität zentrale Bedeutung (Dean et al. 2014; Geidl et al. 2014; Pfeifer et al. 2010), da Veränderungen hin zu körperlich aktiven Lebensweisen

häufig ausbleiben (Newsom et al. 2011) und die Prävalenz körperlicher Inaktivität bei Menschen mit chronischen Erkrankungen hoch ist (z. B. Arne et al. 2009; Courneya et al. 2008; Kersten et al. 2012; Zhao et al. 2008).

Zeitgemäße bewegungstherapeutische Konzepte und Prozesse adressieren vor allem die Befähigung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Initiierung und Aufrechterhaltung von körperlich aktiven Lebensstilen und zur Nutzung von körperlich-sportlicher Aktivität zur Stärkung von Gesundheitsressourcen sowie zur Krankheitsbewältigung. Dies impliziert die Notwendigkeit der Weiterentwicklung von traditionell dominierenden (körper-)funktionsorientierten Trainingsansätzen hin zu elaborierten biopsychosozialen Therapiekonzepten (Bithell 2005; Shepard 2007; O'Donoghue et al. 2011).

### 1.1.2 Fragestellungen und Studienziele

Es stellt sich deshalb *zum einen* die Frage, wie bewegungstherapeutische Konzepte und Prozesse tatsächlich in einzelnen Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland ausgestaltet sind, da sie die Basis für die Weiterentwicklung im Sinne einer Fortschreibung vorliegender Konzepte darstellen. *Zum anderen* ist von Bedeutung, welche individuellen Sichtweisen Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten auf die Ziele, Inhalte und Methoden der Bewegungstherapie haben, da die Therapeutinnen und Therapeuten letztlich potenzielle Veränderungsprozesse und Weiterentwicklungen in der Rehabilitationseinrichtung gestalten und „leben“ müssen.

Das Projekt wurde in zwei aufeinander folgende Phasen umgesetzt (vgl. Abb. 1-1). In Projektphase 1 ging es um eine quantitative bundesweite Basiserhebung von bewegungstherapeutischen Konzepten (Fragebereich A1) sowie von Prozessmerkmalen der Bewegungstherapie (Fragebereich A2) auf der Ebene einzelner Rehabilitationseinrichtungen.

Der Fragebereich A1 adressiert Konzepte der bewegungstherapeutischen Praxis in Rehabilitationseinrichtungen:

- Welche Ausprägungen haben bewegungstherapeutische Konzepte und Prozesse in der Rehabilitationspraxis in Bezug auf Zielgruppen, Zielsetzungen, Inhalte und Methoden?
- Welche Problemlagen werden bei Rehabilitanden/innen wahrgenommen und wie wird deren Beeinflussbarkeit mittels Bewegungstherapie eingeschätzt?
- Welche schriftlich niedergelegten bewegungstherapeutischen Konzepte liegen in Rehabilitationseinrichtungen vor?
- Wie unterscheiden sich bewegungstherapeutische Konzepte in unterschiedlichen Erkrankungsbereichen?

Der Fragebereich A2 zielt auf Prozessmerkmale der Bewegungstherapie in Rehabilitationseinrichtungen:

- Wie wird die Planung und Steuerung der Bewegungstherapie realisiert? Welche Assessmentverfahren werden beispielsweise in Bezug auf die Zuweisung und Steuerung von Bewegungstherapie eingesetzt und welche Informationen werden von anderen Berufsgruppen des interprofessionellen Rehabilitationsteams an das bewegungstherapeutische Team weitergegeben?
- Welche Organisationsformen liegen in der bewegungstherapeutischen Versorgung vor (Einzeltherapie vs. Gruppen), wie ist die globale inhaltliche Ausrichtung (Praxis, Theorie, Verknüpfung von Theorie und Praxis) und wie hoch ist der jeweilige Standardisierungsgrad bewegungstherapeutischer Interventionen?
- Als wie bedeutsam werden Inhalte zur Förderung eines körperlich-aktiven Lebensstils eingeschätzt und wie werden Maßnahmen zur nachhaltigen Bewegungsförderung methodisch-didaktisch umgesetzt? Wie erfolgt beispielsweise die Vermittlung von Informationen zu den Gesundheitseffekten von körperlicher Aktivität (Vortrag, Gruppendiskussionen, Einzelgespräche, integriert in die Praxis) und werden hierfür mediale Hilfen (Therapeuten- bzw. Teilnehmermaterialien) genutzt?
- Wie gestaltet sich, angesichts der multiplen Zielsetzungen und der Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen in interprofessionellen Reha-Teams, die Zusammenarbeit innerhalb bewegungstherapeutischer Teams sowie die interprofessionelle Zusammenarbeit?

In Studienphase 2 (qualitativ-quantitativ) wurden auf der Ebene der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten individuelle Sichtweisen der bewegungstherapeutischen Akteure auf Ziele, Inhalte und Methoden der Bewegungstherapie (Fragebereich B) exploriert.

Der Fragebereich B setzt deshalb folgende Schwerpunkte:

- Gewichtung von bewegungstherapeutischen Zielen und Beurteilungen einzelner Therapieformen in Bezug auf bewegungstherapeutische Ziele mit Fokus auf dem Ziel Bewegungsförderung
- Barrieren und Förderfaktoren für die Umsetzung von bewegungstherapeutischen Interventionsinhalten zur Bewegungsförderung
- Didaktisch-methodische Schwerpunktsetzungen bei der Realisation einzelner Therapieformen und relevante Begründungsmuster (z. B. angenommene Wirkfaktoren)

Darüber hinaus wurden in Studienphase 2 im Austausch mit Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten Konsequenzen für die Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie ermittelt, die in Anbetracht aktueller Entwicklungen und Anforderungen an rehabilitative Maßnahmen (z. B. Patientenorientierung, Standardisierung, interprofessionelle Zusammenarbeit von Akteuren der bewegungstherapeutischen Praxis) gesehen werden. Der entsprechende Fragebereich C zielt auf folgende Fragen ab:

- Welche Chancen und welche Risiken liegen in aktuellen Reha-Entwicklungstrends (Patientenorientierung, Standardisierung und interprofessionelle Zusammenarbeit) für die Weiterentwicklung der Bewegungstherapie?
- Welche Veränderungsnotwendigkeiten werden auf der Ebene der Rehabilitationseinrichtungen sowie
- Welche Fortbildungsbedarfe auf personaler Ebene von bewegungstherapeutischen Akteuren gesehen werden, z. B. in Bezug auf Förderfaktoren oder Barrieren für den Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse in die bewegungstherapeutische Praxis.
- Welche Barrieren und welche Förderfaktoren bestehen im Hinblick auf eine qualitative Weiterentwicklung der Bewegungstherapie

### 1.1.3 Forschungsstand

In wissenschaftlichen Arbeiten zur Physiotherapie (Dean et al. 2011; Probst 2007) als auch der Sport- und Bewegungstherapie (z. B. Pfeifer et al. 2010) wird eine biopsychosoziale Zugangsweise auch im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (World Health Organization 2001) immer stärker betont. Damit verbunden ist ein verstärktes Interesse an psychosozialen und verhaltensbezogenen Zielsetzungen der Bewegungstherapie insgesamt und eine Hervorhebung der Zielsetzung, das körperlich-sportliche Aktivitätsverhalten nachhaltig positiv zu beeinflussen und entsprechende Inhalte und Methoden systematisch zu erarbeiten (Dean et al. 2014; Hay-Smith et al. 2016).

Internationale Studien zeigen jedoch, dass biomedizinisch geprägte Interventionsmodelle mit dem primären Ziel der Steigerung der körperlichen Leistungsfähigkeit weiterhin stark verbreitet sind. Sowohl die bewegungsbezogene Forschung (Dean et al. 2011; Goldstein et al. 2011), die Ausbildung der Bewegungsfachberufe (Foster und Delitto 2011; Shepard 2007) als auch die Ziele und das tatsächliche Handeln des bewegungstherapeutischen Personals (Allet et al. 2007; Finger et al. 2006; Mittrach et al. 2008) fokussieren auf die (kurzfristige) Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit. Dementsprechend zeigen verschiedene Arbeiten, dass bewegungstherapeutische Inhalte zur gezielten Ansteuerung verhaltensbezogener und psychosozialer Ziele selten eingesetzt werden und vielen Akteuren der Bewegungstherapie auch nicht bekannt sind (O'Donoghue et al. 2011; Frerichs et al. 2012; Mohan et al. 2012). Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund hat in Deutschland die AG Bewegungstherapie der DGRW kürzlich – basierend auf von der DRV Bund geförderten Projekten<sup>1</sup> – evidenzbasierte Empfehlungen für die Bewegungstherapie mit dem Ziel der Hinführung zu einem körperlich aktiven Lebensstil erstellt (Geidl und Pfeifer 2011; Geidl et al. 2012; Geidl et al. 2014).

Inwieweit derartige Empfehlungen jedoch bei den in der Praxis tätigen Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten „ankommen“ und inwieweit insgesamt wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklungen in bewegungstherapeutische Konzepte und Prozesse im Rehabilitationsalltag einfließen, ist eine andere und unbeantwortete Frage. Dem wissenschaftlich diskutierten Bedarf zur Weiterentwicklung der Bewegungstherapie 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

---

<sup>1</sup> Projekt zur Entwicklung evidenzgesicherter Konzepte für die Bewegungstherapie in der Rehabilitation, siehe [http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main\\_reha\\_ep\\_bewegung](http://forschung.deutsche-rentenversicherung.de/ForschPortalWeb/contentAction.do?key=main_reha_ep_bewegung)

dort tätigen Personen die Bedeutung wissenschaftlicher Weiterentwicklungen für ihre alltägliche Arbeit einschätzen, wie die Umsetzung angesichts einer relativ großen Vielfalt bewegungstherapeutischer Leistungen gelingen kann und welcher Veränderungs- und Fortbildungsbedarf wahrgenommen wird. Wenn es um repräsentative Informationen zur bewegungstherapeutischen Versorgung geht, verbleiben national „nur“ die aktuellen Qualitätssicherungsinstrumente und die damit verbundene Dokumentationspraxis. So lässt sich z. B. nicht einschätzen, wie psychosoziale und verhaltensbezogene Ziele innerhalb der Bewegungstherapie tatsächlich angesteuert werden oder wie mit der heterogenen Zielgruppe der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in der Therapieplanung und -steuerung umgegangen 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 in Bezug auf Ziele, Inhalte und Methoden der bewegungstherapeutischen Akteure ausgestaltet sind (z. B. ansatzweise Mittag et al. 2007 für die kardiologische Rehabilitation) und wie diese Sichtweisen das therapeutische Handeln unter den Rahmenbedingungen einer spezifischen Rehabilitationseinrichtung mitbestimmen (können).

Der Begriff Bewegungstherapie wird als Oberbegriff für die innerhalb der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) verwendeten Bezeichnungen *Sport- und Bewegungstherapie* sowie *Physiotherapie* verwendet. Wenn nachfolgend von Bewegungstherapie gesprochen wird, sind damit immer die therapeutischen Leistungen beider Therapiebereiche gemeint.

### **1.2 Methodik**

Das Projekt „Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteursebene“ wurde im erklärenden sequenziellen Mixed-Method-Design (vgl. Creswell et al. 2011; Teddlie und Tashakkori 2006) umgesetzt. In den zwei zeitlich aufeinander folgenden Projektphasen wurden quantitative und qualitative Methodenansätze integriert (siehe Abb. 1-1). Phase 1 zielte mittels standardisierter, quantitativer schriftlicher Befragung von Leitungspersonen bewegungstherapeutischer Abteilungen auf die Erstellung eines umfassenden nationalen Überblicks konzeptioneller Merkmale der Bewegungstherapie auf Ebene einzelner Rehabilitationseinrichtungen. Aufbauend auf dieser fragebogenbasierten Querschnitterhebung wurden in Phase 2 individuelle Handlungsorientierungen von bewegungstherapeutischen Akteuren erhoben. Hierfür wurden zwei ein- bis zweitägige Workshops mit insgesamt 58 Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten aus 58 verschiedenen Abteilungen durchgeführt. In Anlehnung an Scheer et al.

(2012) wurden dabei zentrale Themen mit standardisierten schriftlichen Einzelbefragungen eingeleitet bzw. vorbereitet und mit qualitativen Erhebungen mittels moderierten Gruppendiskussionen kombiniert (sogenannte Fokusgruppen im Mixed-Methods-Design).

Die Planung und Umsetzung aller methodischen Schritte erfolgte in enger Abstimmung mit der interdisziplinär (Medizin, Physiotherapie, Psychologie, Sportwissenschaft) besetzten DGRW-Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“ als assoziierter Expertinnen- und Experten-Gruppe. Zusätzlich erfolgte Beratung durch einen mit Vertreterinnen und Vertretern aus Reha-Wissenschaft und Reha-Praxis besetzten Projektbeirat<sup>2</sup>.

Die Inhalte und der Aufbau dieses Studienprotokolls orientieren sich für Projektphase 1 an den Richtlinien für die Berichterstattung von Beobachtungsstudien (Elm et al. 2014; Vandembroucke et al. 2007) sowie für Projektphase 2 an den Richtlinien zur Berichterstattung von Qualitativen Studien (Tong et al. 2007) sowie den Richtlinien für die Durchführung und Berichterstattung von Mixed-Method-Studien (Leech und Onwuegbuzie 2010, 2011).

---

<sup>2</sup> Dr. Inge Ehlebracht-König, Reha-Zentrum Bad Eilsen; Prof. Dr. Wiebke Göhner, Katholische Hochschule Freiburg; Prof. Dr. Gert Krischak, Institut für rehabilitationsmedizinische Forschung an der Universität Ulm; Prof. Dr. Wilfried Mau, Institut für Rehabilitationsmedizin der Universität Halle-Wittenberg; Verena Pimmer, Deutsche Rentenversicherung Bund; Rotraut Schmale-Grede, Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.; Prof. Dr. Mieke Wasner, SRH Hochschule Heidelberg

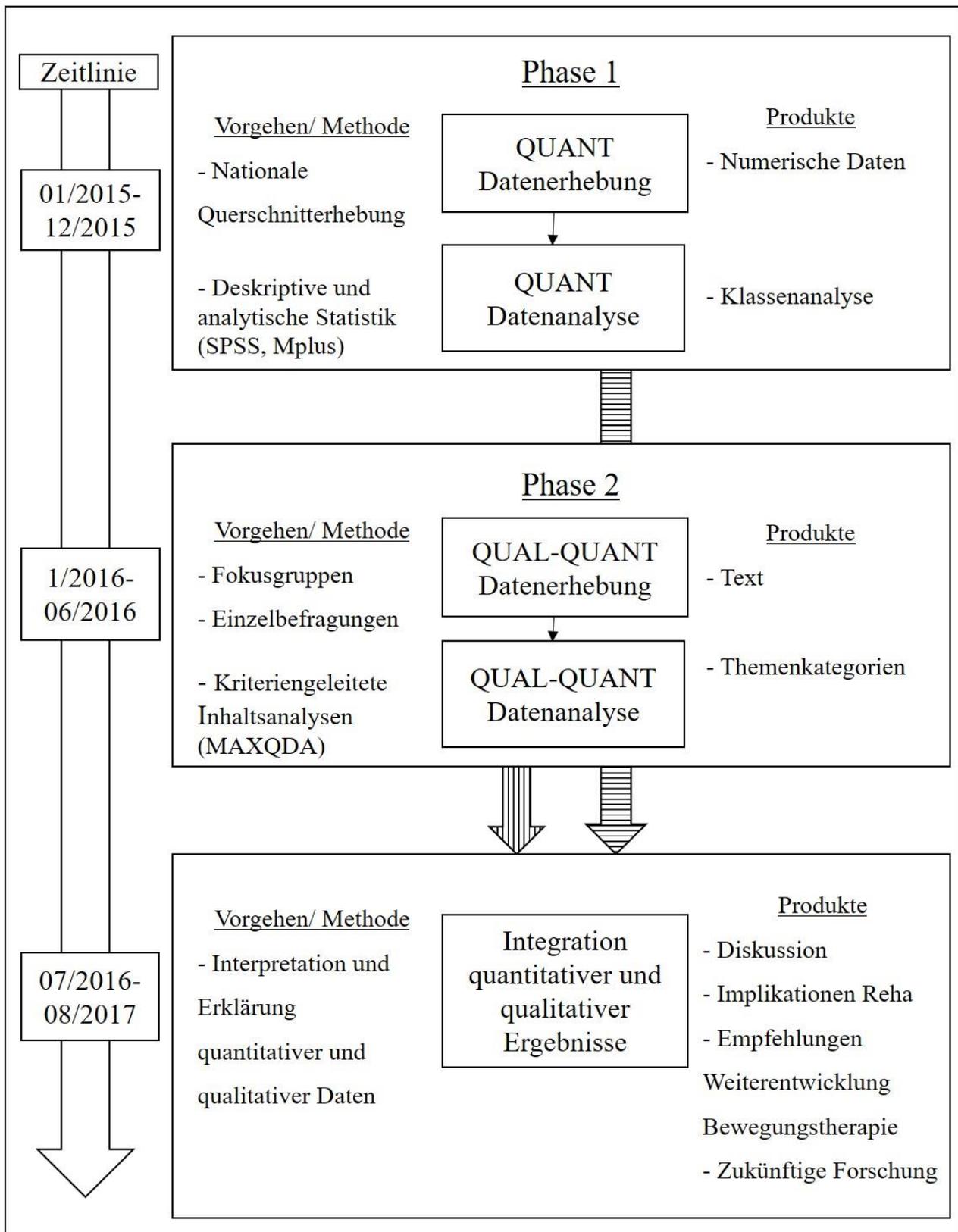


Abb. 1-1: Visuelles Studiendiagramm mit einer Übersicht des Studiendesigns

### 1.2.1 Setting

Die Studie fand im Setting der medizinischen Rehabilitation in Deutschland statt. Die gesetzliche Rentenversicherung ist in Deutschland mit jährlich etwa einer Millionen finanzierten

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015a) mit Abstand der größte Leistungsträger. Medizinische Rehabilitationsleistungen werden dabei vorwiegend als stationäre und nur zu 10-15% als ambulante Leistungen erbracht (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015a). Ambulante und stationäre Rehabilitation werden innerhalb des Projektes - wie auch im Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015a) beschrieben - als gleichwertige Alternativen berücksichtigt.

### **1.2.2 Phase 1: Bundesweite Basiserhebung von Konzepten und Prozessen der Bewegungstherapie (primär quantitative Studie)**

In Phase 1 erfolgte eine querschnittliche fragebogenbasierte bundesweite Basiserhebung von Konzepten und Prozessen der bewegungstherapeutischen Praxis in der medizinischen Rehabilitation.

#### 1.2.2.1 Studienpopulation und Stichprobengröße

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 Krankheitspektrum der medizinischen Rehabilitation (vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund 2015a) wurden in Phase 1 alle Erkrankungsbereiche in die bundesweite Basiserhebung eingeschlossen.

#### 1.2.2.2 Messinstrumente

Für die bundesweite Basiserhebung wurde ein Fragebogen zu bewegungstherapeutischen Konzepten und Prozessen der Bewegungstherapie mittels einer rationalen Konstruktionsstrategie entwickelt (vgl. Jonkisz et al. 2012, S. 36 ff.).

Bei der Erstellung des Fragebogens wurde wie folgt vorgegangen: In einem ersten Arbeitsschritt wurden vorhandene Dokumente und Erhebungsinstrumente zur Erfassung von Konzepten und Prozessmerkmalen in der Rehabilitation gesichtet und analysiert. Die Ergebnisse wurden um auf Expertenwissen basierende Merkmale und Fragen aus dem Projektantrag ergänzt. Als Zwischenergebnis entstand ein umfangreicher Itempool. Der zweite Arbeitsschritt beinhaltete die Konstruktion von Qualitätsdimensionen und qualitätsrelevanter Handlungs-/Inhaltsbereiche der Bewegungstherapie sowie die Zuordnung von Items. Hierfür wurden relevante Qualitätsdimensionen und qualitätsrelevante Handlungs-/Inhaltsbereiche der Bewegungstherapie (in Anlehnung an das Kybernetische Modell der Therapie-

planung; Werle et al. 2006 S. 129) ausgewählt und übergeordnete Qualitätsdimensionen (vgl. MeeR Abschlussbericht, Stamer et al. 2014; Patientenschulung, Ströbl et al. 2007) systematisch gesichtet. Tabelle 1-1 liefert eine Übersicht der zu den Qualitätsdimensionen und Handlungs-/Inhaltsbereichen zugeordneten Items. Die Methodik der Fragebogenentwicklung wurde im Rahmen der Fachtagung „Bewegungstherapie in der Rehabilitation“ am 23.-24. Januar 2015 in Erkner dem Expertinnen- und Expertenpanel der AG Bewegungstherapie der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften zur kritischen Reflexion vorgestellt.

Tab. 1-1: Überblick zu Qualitätsdimensionen und qualitätsrelevanten Handlungs-/Inhaltsbereichen

Qualitätsdimension	Qualitätsrelevante Handlungs-/Inhaltsbereiche der Bewegungstherapie						
	Assessment	Therapieziele	Inhalte, Methoden, Medien	Arbeitsweise	Durchführung	Therapiekontrolle	Zuweisung zur Bewegungstherapie
Theoriebasierung	21, 22, 23, 24	11	15a, b, d; 17a, b, d	35			
Evidenzbasierung/-orientierung		11b	18a, 18b	35			
Systembezug/ Nachhaltigkeit					12		
Manualisierung/ Standardisierung	32	13	32		15c, 17c	32	29, 30, 32
Patientenorientierung	20, 25, 26	13		35			30
Interdisziplinarität	27, 28	13		33, 34, 35, 36, 37, 38			31
Qualitätssicherung/-verbesserung	20			35		20	

*Anmerkungen:* Die Zahlen beziehen sich auf die jeweilige Frage bzw. das jeweilige Item im entwickelten Fragebogen (vgl. Anhang 1). Item 1-10 enthalten Basisinformationen über die Einrichtung und sind deshalb nicht in der Tabelle gelistet.

Der dritte Arbeitsschritt umfasste die Erstellung einer ersten Pilotversion des Fragebogens und dessen Evaluation. Die Pilotversion des Fragebogens wurde an Expertinnen und Experten der AG Bewegungstherapie der DGRW (n = 14) sowie an ausgewählte leitende Personen der Bewegungstherapie aus der Rehabilitationspraxis (n = 11; Abdeckung aller Erkrankungsbereiche) zur Evaluation der einzelnen Items versandt. Der Evaluationsbogen enthielt

Fragen zu den Bereichen Vollständigkeit, Beantwortbarkeit, Akzeptanz und Verständlichkeit. Auf Basis der inhaltsanalytischen Auswertung der Kommentare und Verbesserungsvorschläge (n = 156, durchschnittlich zehn Kommentare pro Person), wurde im fünften und letzten Arbeitsschritt die Endversion des Fragebogens erstellt.

Der finale Fragebogen adressiert Konzeptualisierung, Inhalte, Methoden und organisationale Prozessmerkmale von Bewegungstherapie in den Fachabteilungen. Dazu gehören u. a. Fragen nach Zielgruppen, Zielen, Inhalten, Methoden, Umfang, Assessmentverfahren, Therapiezuweisung bzw. -steuerung, Dokumentation, Manualisierung, Standardisierung und Evaluation, Qualifikation der umsetzenden Personen. Der 38 übergeordnete Fragen umfassende Fragebogen findet sich in Anhang 1.

### 1.2.2.3 Prozess der Datenerhebung

Der Fragebogenversand erfolgte ab Mai 2015 anhand einer Codierungsliste über die DRV Bund an 1558 Fachabteilungen von 1146 Rehabilitationseinrichtungen (zwei Fragebogen pro Fachabteilung, falls es zwei eigenständige bewegungstherapeutische Abteilungen für die KTL-Bereiche A „Sport- und Bewegungstherapie“ und B „Physiotherapie“ gibt). Fachabteilungen, die bis Mitte Juni 2015 keinen Fragebogen zurückgesandt hatten (n=1244), wurde Anfang Juli 2015 ein Erinnerungsschreiben zugesandt, welches erneut die Fragebogen enthielt. Um Rücksendung wurde bis zum 29.07.2015 erbeten. Der Fragebogen wurde pseudonymisiert an das leitende wissenschaftliche Forschungsinstitut in Erlangen mit der Option „Porto zahlt Empfänger“ zurückgesandt.

- Die fragenbogenbasierte Basiserhebung enthält eine selektive Auswahl von Fragen zu Konzepten und Prozessmerkmalen. Für weitergehende Analysen wurde nach der Bereitschaft gefragt, die in den Einrichtungen vorhandenen Medien und Materialien vertraulich für eine Dokumentenanalyse bereitzustellen. Die befragten Fachabteilungen erhielten entsprechend die Möglichkeit zur Angabe ihrer Kontaktdaten und wurden im Nachgang bzgl. der Zusendung der Dokumente von den Forschungszentren kontaktiert.

Zu Beginn des Rekrutierungsprozesses wurden die Leiter/-innen der relevanten Fachabteilungen in einem Informationsschreiben über die Ziele und Methodik der Untersuchung und den eigenen Aufwand bei einer Teilnahme informiert und um Mitwirkung gebeten („informed consent“). Des Weiteren wurde in jedem Anschreiben über die Freiwilligkeit, das Widerrufsrecht, die Anonymität der Datenverarbeitung sowie über einen Ausschluss von Nachteilen bei einer Teilnahmeverweigerung informiert.

Für die Phase 1 erklärten die teilnehmenden Leiter/-innen der Fachabteilungen Ihre Einwilligung zur Teilnahme an diesem Forschungsprojekt durch Rücksendung des Fragebogens an das wissenschaftliche Forschungsinstitut.

## 1.2.2.4 Fragebogenrücklauf

Abbildung 1-2 stellt den Verlauf von Fragebogenversand, Rücklauf der Fragebogen bis zu den final eingeschlossenen Fragebogen im Überblick dar. Von 685 der 1146 angeschriebenen Einrichtungen (60%) liegen Rückmeldungen vor. Davon haben 541 Einrichtungen Angaben zu ihrer/n bewegungstherapeutischen Abteilung/en gemacht (734 Fragebogen). Von den anderen 144 Einrichtungen haben 90 Einrichtungen zurückgemeldet, dass sie keine Bewegungstherapie haben, 45 Einrichtungen mochten nicht an der Befragung teilnehmen (z. B. aufgrund zeitlicher Aspekte, unklarer Kosten-Nutzen-Relation, nicht von der Geschäftsleitung gewünscht etc.) und neun Einrichtungen haben den Fragebogen unausgefüllt und unkommentiert zurückgesandt.

21 Fragebogen wurden aufgrund unvollständigen Ausfüllens exkludiert, so dass maximal 713 Fragebogen die Datenbasis der nachfolgenden Analysen bilden (vgl. Abb. 1-2: Flussdiagramm zu Fragebogenversand und -rücklauf.).

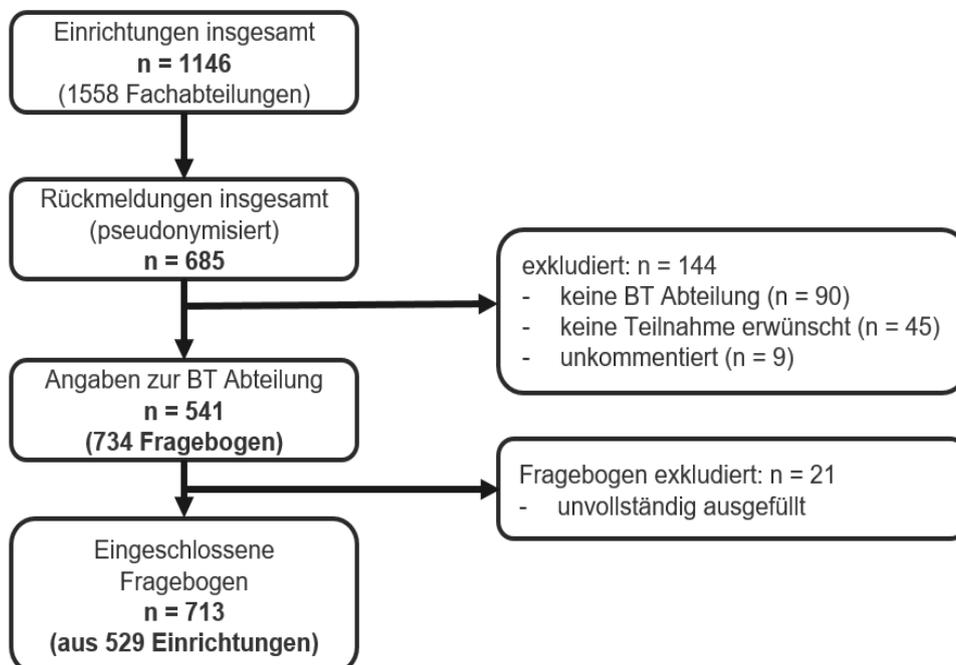


Abb. 1-2: Flussdiagramm zu Fragebogenversand und -rücklauf.

Für einzelne Fragestellungen und Analysen kann die berücksichtigte Fragebogenanzahl, z. B. aufgrund von fehlenden Werten, unter der Anzahl der 713 Fragebogen liegen. Einen

Vergleich der Anteile der bewegungstherapeutischen Fachabteilungen verschiedener Erkrankungsbereiche in diesem Projekt gegenüber der Statistik der Deutschen Rentenversicherung (2015) liefert Abbildung 1-3; dabei wurden jeweils nur stationäre Rehabilitationseinrichtungen berücksichtigt.

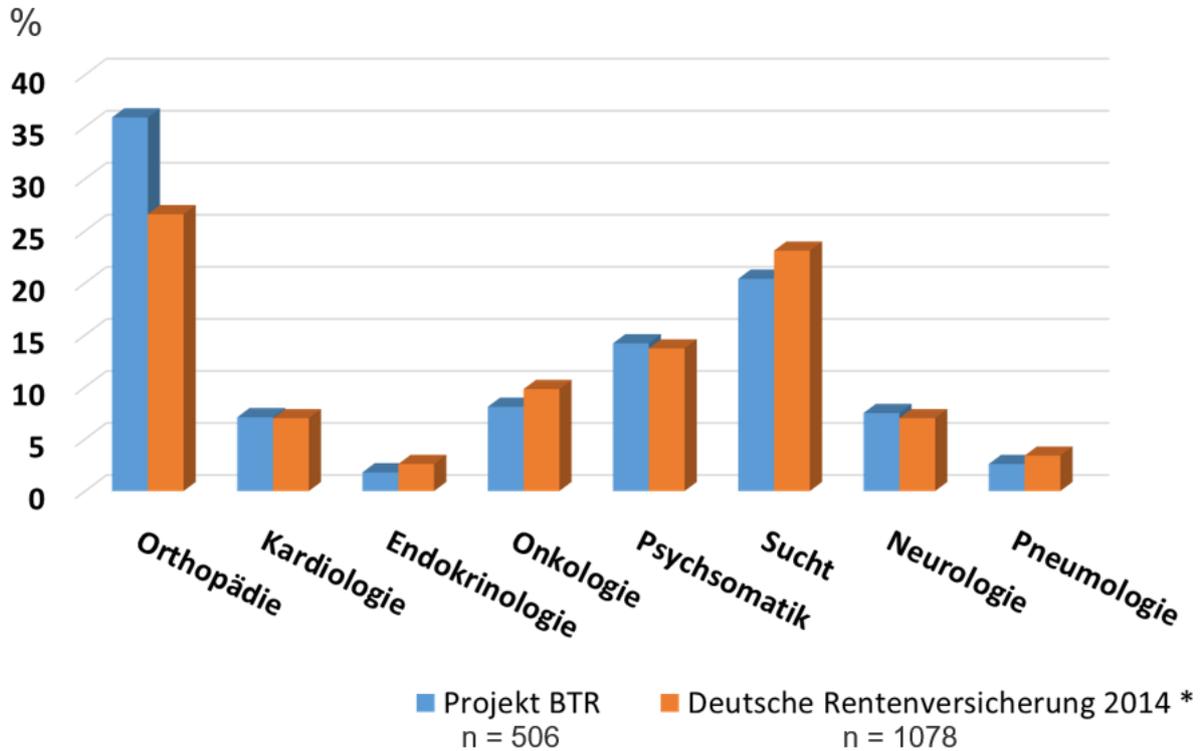


Abb. 1-3: Vergleiche der Anteile der bewegungstherapeutischen Fachabteilungen verschiedener Erkrankungsbereiche „Projekt vs. DRV-Statistik“ (Daten beziehen sich nur auf den Bereich der stationären Rehabilitation; \* vgl. Statistiken der Deutschen Rentenversicherung 2014 in: Deutsche Rentenversicherung, 2015)

#### 1.2.2.5 Datenanalyse

- Mit Blick auf die Vorbereitung der in Phase 2 vorgesehenen Entwicklungswshops wurden die Ergebnisse der Basiserhebung in einem zweiten Schritt dem Expertinnen- und Expertenarbeitskreis im Rahmen der DGRW-AG Bewegungstherapie sowie dem Projektbeirat vorgestellt und die vorgesehenen Beurteilungskriterien im Hinblick auf Konkrettheitsgrad, Funktions- vs. Verhaltensorientierung etc. finalisiert.

Die mit der Fragebogenerhebung ermittelten Daten werden in Bezug auf Häufigkeiten, Erkrankungsbezug, Klinikmerkmale, Therapeutenmerkmale etc. mit Hilfe von deskriptiven sowie interferenzstatistischen Analysemethoden ausgewertet. Um darauf aufbauend die Heterogenität der Kliniken bezüglich der erhobenen Konzepte und Prozessmerkmale der

Bewegungstherapie abzubilden, ergab sich als Teilergebnis von Phase 1 eine mittels latenter Klassenanalyse erstellte Kategorisierung der befragten Einrichtungen (vgl. Kapitel 3).

•

### **1.2.3 Phase 2: Vertiefte Erkundung von Konzepten und Prozessmerkmalen in der bewegungstherapeutischen Praxis (qualitativ-quantitative) Studie**

In Phase 2 wurden zwei eineinhalbtägige Entwicklungsworkshops mit Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten durchgeführt, die für die Umsetzung der in der Systematik der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) in A „Sport- und Bewegungstherapie“ und B „Physiotherapie“ beschriebenen bewegungstherapeutischen Leistungen verantwortlich sind. Zielsetzung war eine vertiefte Exploration von organisatorischen und inhaltlichen Prozessmerkmalen sowie von Merkmalen der Akteure im Rehabilitationsteam.

#### 1.2.3.1 Sampling und Stichprobengröße

Für die beiden Entwicklungsworkshops wurde angestrebt, für sechs bedeutsame Erkrankungsbereiche je 10 Leitungspersonen der Bewegungstherapie zu akquirieren. Somit sollte der Entwicklungsworkshop mit insgesamt 60 Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten aus 60 verschiedenen Einrichtungen durchgeführt werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Phase 2 wurden aus den bewegungstherapeutischen Abteilungen rekrutiert, welche in Projektphase 1 an der Fragebogenerhebung teilgenommen haben (sogenanntes sequenziell verschachteltes Sampling) (Onwuegbuzie und Collins 2007).

Die Einladung zu den Workshops war darauf ausgerichtet, nach Möglichkeit das gesamte Spektrum von Reha-Einrichtungen entlang der Kategorisierung aus Studienphase 1 einzuschließen und auf diese Weise leitende Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten aus Reha-Einrichtungen mit unterschiedlichen Ausprägungen in den erhobenen Konzept- und Prozessmerkmalen einzubeziehen. Das Sampling erfolgt mittels ausgewählter quantitativer Daten aus Studienphase 1. Auf Basis der Ergebnisse der ersten Projektphase wurden die bewegungstherapeutischen Abteilungen hierfür mittels latenter Klassenanalyse (Collins und Lanza 2009) unter Berücksichtigung ausgewählter inhaltlich-konzeptioneller Merkmale kategorisiert (vgl. Kapitel 3).

Für die Kategorisierung der inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtung der Bewegungstherapie wurden folgende konzeptionellen Merkmale der Bewegungstherapie herangezogen:

- *wahrgenommene Beeinflussbarkeit von Problemlagen*: Welche Wirkbereiche sehen die leitenden Therapeutinnen und Therapeuten für ihre Bewegungstherapie: Wo sehen sie

Schwerpunkte in der Beeinflussbarkeit von Problemlagen und Ausgangsbedingungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden durch ihre Bewegungstherapie?

- *Gewichtung von Inhalten:* Welche Inhalte sehen die leitenden Therapeutinnen und Therapeuten als wichtigsten Bestandteil ihrer Therapie an und welche Inhalte sind weniger bedeutsam für die Erreichung ihrer Ziele und Wirkungen?
- *Theorie-Praxis-Verknüpfung:* Welchen Anteil schreiben die leitenden Therapeutinnen und Therapeuten einem Fokus auf Wissensvermittlung sowie einer Verknüpfung von Wissensvermittlung, Kompetenzförderung und Bewegungspraxis zu? Wie stark ist der Fokus auf die Bewegungspraxis gelegt, die weniger mit Wissensvermittlung oder einer Kombination von Theorie und Praxis verbunden ist?

Anschließend erfolgte über die sechs ausgewählten Erkrankungsbereiche (Psychosomatik, Sucht, Orthopädie *Totalendoprothese Hüfte/Knie*, Orthopädie *Rücken*, Onkologie, Neurologie) eine über die heterogenen Klassen gleichverteilte, zufällige Besetzung der sechs Fokusgruppen. Um das ermittelte Spektrum von bewegungstherapeutischen Abteilungen abzubilden, wurden Leitungspersonen der Bewegungstherapie aus allen ermittelten Klassen (vgl. Kapitel 3) eingeladen, die mit mindestens 80%iger Wahrscheinlichkeit der jeweiligen Klasse angehören. Die Details zur Rekrutierung und zu den Responseraten sind in Kapitel 1.2.3.3 beschrieben.

### 1.2.3.2 Messinstrumente

Im Zentrum der Entwicklungsworkshops stand die Durchführung von Fokusgruppen, die mit Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten gleicher Erkrankungsbereiche besetzt waren. Diese wurden mit quantitativen Einzelbefragungen kombiniert.

#### *Quantitative schriftliche Einzelbefragungen*

Erkrankungsspezifische ICF-basierte „Fallbeispiele“ bildeten den Ausgangspunkt für die Gewichtung von Therapiezielen (vgl. Mittag et al. 2007). Die vier übergeordneten Bereiche der Bewegungstherapieziele (körperlich-motorisch, psycho-sozial, Unsicherheit/Dekonditionierung sowie Transfer körperlich-sportlicher Aktivität in den Alltag) wurden faktorenanalytisch aus den Ergebnissen von Projektphase 1 ermittelt (vgl. Kapitel 2 und 3). In Anlehnung an die bei (Finger et al. 2006) beschriebene Methodik und die für die Evaluation von Bewegungstherapie entwickelte Zieltaxonomie (Pfeifer et al. 2010; Sudeck und Pfeifer 2010) wurden für die Fallbeispiele relevante Ziele, Inhalte und Methoden der aktuellen bewegungstherapeutischen Versorgung vertiefend exploriert. Für die individuellen Befragungen wurde für jeden der sechs Erkrankungsbereiche eine typische Problemkonstellation

beschrieben. Im Sinne der ICF wurde dabei neben dem Gesundheitsproblem, die Funktionsfähigkeit sowie assoziierte umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren präzisiert. Für die Erarbeitung des „problem-treatment-pairs“ mussten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für ihr jeweiliges erkrankungsspezifisches Fallbeispiel in einem ersten Schritt bewegungstherapeutische Ziele auf ihre Bedeutung bei der beispielhaften Problemkonstellation gewichten. Im Anschluss mussten sie für jedes Ziel die drei wichtigsten bewegungstherapeutischen Leistungen zur Erreichung des Therapieziels kurz beschreiben (offenes Frageformat). Die Gewichtung der Therapieziele erfolgte somit fallorientiert und wurde mittels des „Analytic Hierarchy Prozess“-Verfahrens vorgenommen (Saaty 1990). Die schriftliche Befragung wurde vorab mit acht Bewegungstherapeuten/-innen aus der Rehabilitationspraxis erprobt.

### *Moderierte Gruppendiskussionen (Fokusgruppen)*

Innerhalb der Entwicklungsworkshops wurden pro Erkrankungsbereich je drei Fokusgruppen durchgeführt.

*Fokusgruppe 1:* Hier wurde das zentrale Ziel „Initiierung bzw. Aufrechterhaltung körperlich aktiver Lebensstile“ vertiefend exploriert. Anhand eines Diskussionsstimulus sollten die Teilnehmenden zum Erzählen aufgefordert werden, was in ihrer Bewegungstherapie dazu beiträgt, dass Rehabilitanden/-innen nachhaltig an mehr körperlich-sportliche Aktivität gebunden werden. Tabelle 1-2 zeigt den Interviewleitfaden inklusive Leitfrage, Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen sowie einer Liste potenziell bedeutsamer Inhalte für optionale Nachfragen bei stockender Diskussion.

Tab. 1-2: Leitfaden für Fokusgruppe 1 „Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie“

<p><b>LEITFRAGE TEIL I - VERHALTEN</b></p>
<p><b>Einleitung:</b> <i>Ein zentrales Rehabilitationsziel ist die „Initiierung bzw. Aufrechterhaltung körperlich aktiver Lebensstile“.</i></p> <p><b>Diskussionsstimulus:</b> <i>Es gibt <u>verschiedene</u> Ansätze dieses Ziel zu verfolgen...</i></p> <p><b>Erzählaufforderung:</b>  <i>...was trägt innerhalb Ihrer Bewegungstherapie dazu bei, dass Rehabilitanden <b>nachhaltig</b>, d. h. über den Reha-Aufenthalt hinaus, an mehr körperlich-sportliche Aktivität <b>gebunden werden</b>?</i></p>
<p><b>AUFRECHTERHALTUNGS- UND STEUERUNGSFRAGEN</b> (Vertiefte Exploration; immer!)</p>
<p>Gezielt nach Umsetzung fragen</p> <p><b>Option A) Aufrechterhaltung:</b> <i>Können Sie zu diesem Aspekt noch <u>mehr erzählen</u>? / Und <u>wie</u> machen Sie das <u>genau</u>? / Wie wird das <u>genau</u> umgesetzt?</i></p> <p><b>Option B) Steuerungsfragen:</b> → Sobald ein Aspekt vertieft/ ausreichend exploriert...:  <i>Wie sieht es denn <u>bei den anderen</u> aus? / Welche Möglichkeiten gibt es <u>sonst noch</u>?</i></p> <p>→... bzw. abgeschlossen wurde, Leitfrage 1 neu aufgreifen:  <i>- <u>Was tun Sie sonst noch</u> um Ihre Rehabilitanden nachhaltig an mehr körperlich-sportliche Aktivität zu binden?</i></p>
<p><b>KONKRETES NACHFRAGEN</b> (Sobald genannter Aspekt Teil der Prioritätenliste)</p>
<p>Zusammenfassung formulieren:          Sie haben den Punkt „_____“ angesprochen.</p> <p>gezielt <b>Hindernissen</b> erfragen:  <i>Sehen Sie an dieser Stelle gewisse Hindernisse, damit dies erreicht wird?</i></p> <p>gezielt <b>Förderfaktoren</b> erfragen:  <i>Was trägt dazu bei, damit dies erreicht wird?</i></p>
<p><b>OPTIONALES NACHFRAGEN</b> (Nur wenn nicht von alleine angesprochen &amp; Diskussion stockt!)</p>
<p><b>Prioritätenliste:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Inhaltliche Ausrichtung</b> (Bewegungspraxis / Wissensvermittlung / Verknüpfung Theorie &amp; Praxis)</li> <li><b>2. Heterogenität</b> (Umgang mit Heterogenität bzw. unterschiedlichen Voraussetzungen)</li> <li><b>3. Patientenorientierung</b> (aktive Rolle des Rehabilitanden / partizipative Zielsetzung bzw. Planung /Präferenzen werden berücksichtigt /bio-psycho-soziale Perspektive /Patient-Behandler-Beziehung)</li> <li><b>4. Medien und Materialien</b> (Patientenmaterialien / Therapeutenmaterialien /Filme, Präsis, ...)</li> <li><b>5. Methodische Umsetzung</b> (Gruppe vs. Einzel / Erfahrungsbasiert vs. Evidenzbasiert)</li> </ol>

Tab. 1-3: Leitfaden zur Fokusgruppe 2 „Entwicklungstrends in der Rehabilitation“ und zur Fokusgruppe 3 „Wünsche für die Zukunft“

<p><b>LEITFRAGE TEIL II –QUALITÄTSDIMENSIONEN</b></p>
<p><b>Einleitung:</b> Ihnen wurden Entwicklungen in der Rehalandschaft aufgezeigt und Sie konnten 3 Dimensionen (Patientenorientierung, Interdisziplinarität, Standardisierung/ Manualisierung) hinsichtlich ihrer persönlichen Bedeutung und der aktuellen Umsetzung bewerten.</p> <p><b>Erzählaufforderung:</b> Anhand der Grafik zeigt sich, dass Sie der Dimension „___“ die</p> <p>a) größte Bedeutung  b) geringste Umsetzung  c) „<b>aussagekräftigste Gewichtung</b>“ zusprechen...</p> <p>Können Sie erzählen, wie Sie zu dieser Einschätzung kommen?</p>
<p><b>KONKRETES NACHFRAGEN</b> (Obligatorisches Nachfragen – Vertiefte Exploration, der aussagestärksten Gewichtung!)</p>
<p>gezielt <b>Bedeutung</b> erfragen: <u>Wieso</u> ist das ihrer Meinung nach so wichtig/unwichtig?</p> <p>gezielt <b>Hindernissen</b> erfragen: Woran denken Sie könnte es liegen, dass es schwierig umzusetzen ist?</p> <p>gezielt <b>Förderfaktoren</b> erfragen: Was müsste Ihrer Meinung nach passieren, um die Umsetzung zu verbessern? / Wie wird es bei jenen, die es bereits integriert haben, umgesetzt?</p>
<p><b>AUFRECHTERHALTUNGS- UND STEUERUNGSFRAGEN</b></p>
<p><b>Option A) Aufrechterhaltung:</b>  Können Sie zu diesem Aspekt noch mehr erzählen? / Wie läuft es aktuell bei Ihnen ab? / Wie ist es zu dieser Entwicklung/ Einführung/ Änderung gekommen?</p> <p><b>Option B) Steuerungsfragen:</b>  Wie sieht es bei den anderen aus?</p>
<p><b>LEITFRAGE TEIL III –WÜNSCHE</b></p>
<p>Und was wünschen Sie sich für die Zukunft, z. B. von der...?  Wissenschaft / Ausbildungssystem / Klinikorganisation vor Ort / Versicherungsträger etc.</p>

*Fokusgruppe 2:* Vorbereitend für die zweite Fokusgruppe erhielten die Teilnehmenden einen 40-minütigen Input-Vortrag zu aktuellen Entwicklungen in der medizinischen Rehabilitation. Dabei wurden die Entwicklungstrends Patientenorientierung, interprofessionelle Zusammenarbeit und Standardisierung thematisiert, die bereits zur Strukturierung des Fragebogens in Projektphase 1 gedient hatten. Für jede der genannten Qualitätsdimensionen bewerteten die Teilnehmer/-innen im Anschluss individuell, wie viel Bedeutung sie den Dimensionen für die Bewegungstherapie zumessen, bzw. wie sie die Dimension bezüglich

ihrer Umsetzung in der eigenen Einrichtung einschätzen (graphische Lösung innerhalb einer Vierfelder-Grafik mit den 11-fach gestuften Achsen „Bedeutung“ [0=gering-10=hoch] und „Umsetzung“ [0=gering-10=hoch]). Im Anschluss verorteten alle Teilnehmenden ihre Gewichtungen der Dimensionen in Bezug auf Bedeutung und Umsetzung auf einer für alle sichtbaren großen Stellwand. Diese entstandenen Abbildungen waren die Grundlage für die nachfolgende Fokusgruppendifkussion. Tabelle 1-3 zeigt den Interviewleitfaden für die Fokusgruppe 2. Es wurde vertieft exploriert, wie die Teilnehmenden zu ihrer Einschätzung kamen und nach Förderfaktoren und Barrieren gefragt (siehe auch Tab. 1-3).

Fokusgruppe 3: In der abschließenden dritten Fokusgruppe wurden Optimierungsmöglichkeiten und Weiterentwicklungsbedarfe für die Bewegungstherapie exploriert. Hierfür wurde als Leitfrage nach den Wünschen seitens der Teilnehmenden gefragt, die sie z. B. an die Wissenschaft, die Ausbildungssysteme, den Kostenträger oder die strukturellen Rahmenbedingungen haben (siehe auch Tab. 1.3).

Zur Sicherung der Qualität der Workshops insbesondere der Fokusgruppen wurde im Vorfeld: 1.) die Workshop-Konzeption mit dem Expertinnen- und Expertenpanel der AG Bewegungstherapie der DGRW abgestimmt. 2.) Fokusgruppenschulungen für die Moderatoren und Co-Moderatoren abgehalten (bezüglich Grundregeln, Richtlinien, Umgang mit „schwierigen“ Gesprächssituationen etc.). Zudem wurden für Fokusgruppe 1 und 2 im Vorfeld zwei Erprobungen durchgeführt, um das Moderatorenverhalten einzuüben und die Erhebungsmethoden zu testen.

### 1.2.3.3 Rekrutierung zu den Workshops und informierte Teilnahmeeinwilligung

Im April 2016 fanden die beiden Entwicklungswshops statt. Im ersten Workshop wurden dabei die Erkrankungsbereiche Orthopädie *Totalendoprothese Hüfte/Knie*, Orthopädie *Rücken* und Neurologie berücksichtigt, im zweiten Workshop die Bereiche Onkologie, Psychosomatik und Sucht.

Die Einladungen wurden über die DRV Bund versendet. Um zu gewährleisten, dass alle Erkrankungsbereiche und relevante Klassen gleichermaßen bei den Workshops vertreten sind, wurde zweiphasig eingeladen. In einer ersten Einladungswelle wurden für jeden Erkrankungsbereich 15-17 Personen eingeladen. In der zweiten Einladungswelle wurden gezielt therapeutische Akteure aus bisher unterrepräsentierten Erkrankungsbereichen bzw. Klassen zusätzlich eingeladen. Der Versand der ersten Einladungsphase erfolgte im Jahr 2016 in Kalenderwoche (KW) 4, die Rücksendefrist war Ende der KW 6. Für den ersten Workshop wurden hierbei 45 Einladungen verschickt, für den zweiten Workshop 50. Der Versand der zweiten Einladungsphase erfolgte in KW 8, die Rücksendefrist war Ende der

KW 10. Für den ersten Workshop wurden hierbei 42 Einladungen verschickt, für den zweiten Workshop 29. Die Einladungen enthielten folgende Dokumente:

- Ein Anschreiben an die Klinikleitung
- Ein Anschreiben an die Leiter/-innen der Bewegungstherapie
- Ein Informationsschreiben für Teilnehmer/-innen
- Eine Einwilligungserklärung (informed consent)
- Ein Anmeldeformular

Wie schon in Phase 1 wurden die Leitungspersonen der relevanten Fachabteilungen in einem Informationsschreiben über die Ziele und Methodik der Untersuchung und den eigenen Aufwand bei einer Teilnahme informiert und um Mitwirkung gebeten. Des Weiteren wurde auch in Phase 2 in jedem Anschreiben über die Freiwilligkeit, das Widerrufsrecht, die Anonymität der Datenverarbeitung sowie über einen Ausschluss von Nachteilen bei einer Teilnahmeverweigerung informiert. Für die Studienphase 2 waren die Leiter/-innen der Fachabteilungen aufgefordert, eine schriftliche Einwilligungserklärung ihrer Anmeldung zum Entwicklungsworkshop beizulegen. Das Vorliegen der unterzeichneten Einverständniserklärung war die Voraussetzung einer Teilnahme an Projektphase 2.

Nach Erhalt der Einladungen meldeten sich die Therapeuten/-innen über das Anmeldeformular direkt in den beteiligten Forschungsinstituten an. Tabelle 1-4 gibt dabei einen Überblick zur Anzahl der versendeten Einladungen, der eingegangenen Anmeldungen und der Responserate differenziert für die erste und zweite Einladungsphase sowie nach Workshop. Die Teilnehmerzahl für beide Entwicklungsworkshops war jeweils auf 30 Personen begrenzt. Folglich mussten für den ersten Workshop acht Absagen erteilt werden, für den zweiten Workshop fünf. Die Absagen wurden so getätigt, dass alle Erkrankungsbereiche bzw. Klassen letztendlich weitgehend gleichmäßig verteilt waren.

Die erste Absage erfolgte schriftlich. Infolge einzelner negativer Reaktionen darauf, wurden alle nachfolgenden getätigten Absagen aufgrund der Wertschätzung zunächst im persönlichen Gespräch telefonisch vorgenommen und anschließend schriftlich versendet. Dabei wurde umfassend informiert, warum eine Absage erteilt werden musste (zweiphasiges Einladen, Responserate in der zweiten Phase deutlich höher, Durchführung von moderierten Gruppendiskussionen nur mit begrenzter Teilnehmerzahl möglich). Die betroffenen Personen hatten größtenteils Verständnis für die Situation.

Tab. 1-4: Anzahl der versendeten Einladungen, der eingegangenen Anmeldungen und der Responserate differenziert für die erste und zweite Einladungsphase und nach Workshop

<b>Workshop I (05.-06. April 2016)</b>			
	Einladungen	Anmeldungen	Responserate
Einladungsphase 1	45	17	38%
Einladungsphase 2	42	21	50%
Gesamt Workshop I	87	38	44%
<b>Workshop II (28.-29. April 2016)</b>			
Einladungsphase 1	50	19	38%
Einladungsphase 2	29	16	55%
Gesamt Workshop II	79	35	44%

#### 1.2.3.4 Durchführung der zwei Entwicklungsworkshops

Beide Workshops wurden in Räumlichkeiten des Landessportbunds Hessen in Frankfurt am Main durchgeführt. Am Workshop I nahmen 30 Personen teil, am Workshop II nahmen aufgrund von zwei kurzfristigen krankheitsbedingten Absagen 28 Personen teil.

Für die Therapeutinnen und Therapeuten entstanden durch die Teilnahme keine Kosten. Unterkunft, Vollverpflegung und Reisekosten wurden übernommen.

#### 1.2.3.5 Datenanalyse

In der Analysephase erfolgt die Zusammenführung der in den Phasen 1 und 2 gewonnenen quantitativen und qualitativ-inhaltlichen Erkenntnisse im Hinblick auf: eine detaillierte Identifikation der Ausgangsbedingungen für die Entwicklung von Qualitätskriterien für die Bewegungstherapie; förderliche und hinderliche Faktoren für die Weiterentwicklung und praktische Umsetzung einer wissenschaftlich fundierten, evidenzbasierten Bewegungstherapie; die Analyse der Wahrnehmung und Bewertung der Zusammenarbeit im bewegungstherapeutischen Team und von interprofessioneller Teamarbeit.

Die dafür notwendige Datenanalyse folgt den Standards bei der Auswertung explorativer Designs. Die Aufzeichnungen aus den Interviews und den Fokusgruppen werden transkribiert und kriteriengeleitet inhaltlich analysiert (Mayring 2008; Kruse 2011; Scheer et al. 2012). Die Aufarbeitung und Interpretation der Fokusgruppen erfolgte mittels der von

Kuckartz (2016) beschriebenen sieben Schritte der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse<sup>3</sup>. Final erfolgt eine Integration der quantitativen Daten aus Phase 1 und der qualitativ-quantitativen Daten aus Phase 2.

#### **1.2.4 Ethik und Einverständnis zur Teilnahme**

Die Studie wird gemäß den Empfehlungen des Weltärztebundes (World Medical Association 2013) und Leitlinien zur Guten Klinischen Praxis durchgeführt (informed consent, Freiwilligkeit, Datenschutz usw.). Das Studienprotokoll und das Datenschutzkonzept wurde von der unabhängigen Ethik Kommission der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (Re.-No. 321\_15B) geprüft und ohne Einwände genehmigt.

### **1.3 Diskussion: Erwartete Ergebnisse und Relevanz**

Das Projekt liefert in Phase 1 quantitative Daten auf Einrichtungsebene zu konzeptionellen Merkmalen und Prozessen der Bewegungstherapie, welche deutlich über die bisher nur möglichen Auszählungen des Umfangs bewegungstherapeutischer Leistungen gemäß KTL-Dokumentationen hinausgehen. Phase 1 ermöglicht die Beschreibung der quantitativen Ausprägung in Bezug auf zentrale Konzept- und Prozessmerkmale der Bewegungstherapie. 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 maximaler 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. Methodisch fiel die Wahl auf Fokusgruppen, da diese geeignet sind, komplexe Verhaltensweisen und Einstellungen bei vielschichtigen Gegenstandsbereichen zu erfassen, insbesondere wenn es um die Handlungsorientierung in der Interaktion mit Anderen geht (Bloor 2011; Dürrenberger et al. 1999).

---

<sup>3</sup> Weiterführende Dokumente zu den durchgeführten qualitativen Inhaltsanalysen (Codebücher, Transkripte etc.) können bei den Autorinnen und Autoren angefragt werden.

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 somit 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 (vgl. Collins et al. 2006).

Weiterhin liefert das Forschungsprojekt „Bewegungstherapie in der Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteursebene“ wichtige Basisinformationen zum Ist-Zustand institutioneller und personaler Bedingungen der bewegungstherapeutischen Versorgung. Die Analyse konkreter konzeptioneller Ausrichtungen und didaktisch-methodischer Ausgestaltungen der Bewegungstherapie bildet - im Einklang mit Erkenntnissen der Translationsforschung (Glasgow et al. 1999; Stirman et al. 2012) - die Grundlage für die systematische Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie in der Rehabilitation insbesondere im Hinblick auf die Weiterentwicklung, Implementierung und Dissemination elaborierter biopsychosozialer Konzepte der Bewegungstherapie. Basierend auf den Studienergebnissen werden 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. Dies betrifft etwa die systematische Einbettung von Bewegungstherapie in aktuelle verhaltensbezogene Rehabilitationskonzepte wie z. B. Verhaltensmedizinische Orthopädie (VMO). Die Studienergebnisse spezifizieren dafür den Entwicklungsbedarf und führen zu Wegen, mit denen bestehende, für die DRV-Bund entwickelte Bausteine evidenzgesicherter Bewegungstherapie in Interaktion mit den Rehabilitationseinrichtungen in die Praxis disseminiert werden können.

## 1.4 Literaturverzeichnis

- Allet, Lara; Cieza, Alarcos; Bürge, Elisabeth; Finger, Monika; Stucki, Gerold; Huber, Erika Omega (2007): Intervention categories for physiotherapists treating patients with musculoskeletal conditions on the basis of the International Classification of Functioning, Disability and Health. In: *International Journal of Rehabilitation Research* 30 (4), S. 273–280.
- Arne, Mats; Janson, Christer; Janson, Staffan; Boman, Gunnar; Lindqvist, Ulla; Berne, Christian; Emtner, Margareta (2009): Physical activity and quality of life in subjects with chronic disease: chronic obstructive pulmonary disease compared with rheumatoid arthritis and diabetes mellitus. In: *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 27 (3), S. 141–147.
- Bithell, Christine (2005): Developing theory in a practice profession. In: *Physiotherapy Research International* 10 (2).
- Bloor, Michael (2011): Addressing social problems through qualitative research. In: *Qualitative Research* 3.
- Börjesson, M.; Hellenius, M. L.; Jansson, E.; Karlson, J.; Leijon, M.; Staehle, A. et al. (2010): Physical activity in the prevention and treatment of disease. In: *Professional Association for Physical Activity, Stockholm*.
- Brüggemann, Silke; Sewöster, Daniela (Hg.) (2015): Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung – Vergleich der Jahre 2007 und 2012. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Augsburg, 16.-18. März 2015. Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Collins, Kathleen M. T.; Onwuegbuzie, Anthony J.; Sutton, Ida L. (2006): A model incorporating the rationale and purpose for conducting mixed methods research in special education and beyond. In: *Learning Disabilities: a Contemporary Journal* 4 (1), S. 67–100.
- Collins, Linda M.; Lanza, Stephanie T. (Hg.) (2009): *Latent class and latent transition analysis*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc (Wiley Series in Probability and Statistics).
- Courneya, Kerry S.; Katzmarzyk, Peter T.; Bacon, Eric (2008): Physical activity and obesity in Canadian cancer survivors. In: *Cancer* 112 (11), S. 2475–2482.
- Creswell, John W.; Klassen, Ann Carroll; Plano Clark, Vicki L.; Smith, Katherine Clegg (2011): Best practices for mixed methods research in the health sciences. In: *Bethesda (Maryland): National Institutes of Health*, S. 2094–2103.
- Dean, Elizabeth; Al-Obaidi, Saud; Andrade, Armele Dornelas de; Gosselink, Rik; Umerah, Gloria; Al-Abdelwahab, Sami et al. (2011): The first physical therapy summit on global

health: implications and recommendations for the 21st century. In: *Physiotherapy Theory and Practice* 27 (8), S. 531–547.

Dean, Elizabeth; Andrade, Armele Dornelas de; O'Donoghue, Grainne; Skinner, Margot; Umereh, Gloria; Beenen, Paul et al. (2014): The second physical therapy summit on global health: developing an action plan to promote health in daily practice and reduce the burden of non-communicable diseases. In: *Physiotherapy Theory and Practice* 30 (4), S. 261–275. DOI: 10.3109/09593985.2013.856977.

Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin. ISSN. Reha-Bericht 2015. 6000. Aufl. Hg. v. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin. Online verfügbar unter [www.reha-berichte-drv.de](http://www.reha-berichte-drv.de).

Dürrenberger, Gregor; Kastenholz, Hans; Behringer, Jeannette (1999): Integrated assessment focus groups: Bridging the gap between science and policy? In: *Science and Public Policy* 26 (5), S. 341–349.

Elm, Erik von; Altman, Douglas G.; Egger, Matthias; Pocock, Stuart J.; Gøtzsche, Peter C.; Vandenbroucke, Jan P.; Initiative, Strobe (2014): Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. In: *International Journal of Surgery* 12 (12), S. 1495–1499.

Finger, Monika E.; Cieza, Alarcos; Stoll, Juerg; Stucki, Gerold; Huber, Erika O. (2006): Identification of intervention categories for physical therapy, based on the International Classification of Functioning, Disability and Health: a Delphi exercise. In: *Physical Therapy* 86 (9), S. 1203–1220.

Foster, Nadine E.; Delitto, Anthony (2011): Embedding psychosocial perspectives within clinical management of low back pain: integration of psychosocially informed management principles into physical therapist practice—challenges and opportunities. In: *Physical Therapy* 91 (5), S. 790–803.

Frerichs, Wiebke; Kaltenbacher, Eva; van de Leur, Johannes Peter; Dean, Elizabeth (2012): Can physical therapists counsel patients with lifestyle-related health conditions effectively? A systematic review and implications. In: *Physiotherapy Theory and Practice* 28 (8), S. 571–587.

Geidl, Wolfgang; Hofmann, Jana; Göhner, Wiebke; Sudeck, Gorden; Pfeifer, Klaus (2012): Verhaltensbezogene Bewegungstherapie – Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. In: *Die Rehabilitation* 51 (04), S. 259–268.

Geidl, Wolfgang; Pfeifer, Klaus (2011): Körperliche Aktivität und körperliches Training in der Rehabilitation des Typ-2-Diabetes. In: *Die Rehabilitation* 50 (04), S. 255–265.

- Geidl, Wolfgang; Semrau, Jana; Pfeifer, Klaus (2014): Health behaviour change theories: contributions to an ICF-based behavioural exercise therapy for individuals with chronic diseases. In: *Disability and Rehabilitation* 36 (24), S. 2091–2100.
- Glasgow, Russell E.; Vogt, Thomas M.; Boles, Shawn M. (1999): Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. In: *American Journal of Public Health* 89 (9), S. 1322–1327.
- Goldstein, Marc S.; Scalzitti, David A.; Craik, Rebecca L.; Dunn, Sharon L.; Irlon, Jean M.; Irrgang, James et al. (2011): The revised research agenda for physical therapy. In: *Physical Therapy* 91 (2), S. 165–174.
- Hay-Smith, E. Jean C.; McClurg, Doreen.; Frawley, Helena.; Dean, Sarah. (2016): Exercise adherence: integrating theory, evidence and behaviour change techniques. In: *Physiotherapy (United Kingdom)* 102 (1), S. 7–9. DOI: 10.1016/j.physio.2015.08.006.
- Jonkisz, Ewa; Moosbrugger, Helfried; Brandt, Dipl-Psych Holger (2012): Planung und Entwicklung von Tests und Fragebogen. In: Helfried Moosbrugger und Augustin Kelava (Hg.): *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*: Springer, S. 27–74.
- Kersten, Roel FMR; Stevens, Martin; van Raay, Jos JAM; Bulstra, Sjoerd K.; van den Akker-Scheek, Inge (2012): Habitual physical activity after total knee replacement. In: *Physical Therapy* 92 (9), S. 1109–1116.
- Kruse, Jan (2011): *Reader: "Einführung in die Qualitative Interviewforschung"*: Inst. für Soziologie.
- Kuckartz, Udo (2016): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3., überarbeitete Auflage*: Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).
- Lee, I-Min; Shiroma, Eric J.; Lobelo, Felipe; Puska, Pekka; Blair, Steven N.; Katzmarzyk, Peter T. (2012): Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. In: *The Lancet* 380 (9838), S. 219–229.
- Leech, Nancy L.; Onwuegbuzie, Anthony J. (2010): Guidelines for conducting and reporting mixed research in the field of counseling and beyond. In: *Journal of Counseling & Development* 88 (1), S. 61–69. DOI: 10.1002/j.1556-6678.2010.tb00151.x.
- Leech, Nancy L.; Onwuegbuzie, Anthony J. (2011): Beyond constant comparison qualitative data analysis: Using NVivo. In: *School Psychology Quarterly* 26 (1), S. 70.
- Mayring, Philipp (2008): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Mittag, Oskar; Müller, V.; Bjarnason-Wehrens, B.; Böhmen, S.; Karoff, M.; Maurischat, C. (2007): *Interdisziplinäre Behandlungskonzepte in der kardialen Rehabilitation: Eine*

Erhebung von Ist-und Soll-Zustand anhand von Indikationsprofilen („problem-treatment-pairs“). In: *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 17 (06), S. 320–326.

Mittrach, Rene; Grill, Eva; Walchner-Bonjean, Monika; Scheuringer, Monika; Boldt, Christine; Huber, Erika Omega; Stucki, Gerold (2008): Goals of physiotherapy interventions can be described using the International Classification of Functioning, Disability and Health. In: *Physiotherapy* 94 (2), S. 150–157.

Mohan, N.; Collins, E.; Cusack, Tara; O'Donoghue, Grainne (2012): Physical activity and exercise prescription: senior physiotherapists' knowledge, attitudes and beliefs. In: *Physiotherapy Practice and Research* 33 (2), S. 71–80.

Newsom, Jason T.; Huguet, Nathalie; McCarthy, Michael J.; Ramage-Morin, Pamela; Kaplan, Mark S.; Bernier, Julie et al. (2011): Health behavior change following chronic illness in middle and later life. In: *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 67 (3), S. 279–288.

O'Donoghue, Grainne; Doody, Catherine; Cusack, Tara (2011): Physical activity and exercise promotion and prescription in undergraduate physiotherapy education: content analysis of Irish curricula. In: *Physiotherapy* 97 (2), S. 145–153.

Onwuegbuzie, Anthony J.; Collins, Kathleen M. T. (2007): A typology of mixed methods sampling designs in social science research. In: *The Qualitative Report* 12 (2), S. 281–316.

Pedersen, Bente Klarlund; Saltin, Bengt (2015): Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. In: *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 25 Suppl 3, S. 1–72. DOI: 10.1111/sms.12581.

Pfeifer, Klaus; Sudeck, Gorden; Brüggemann, Silke; Huber, Gerhard (2010): DGRW-Update: Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Wirkungen, Qualität, Perspektiven. In: *Die Rehabilitation* 49 (04), S. 224–236.

Probst, Annette (2007): Modell der menschlichen Bewegung in der Physiotherapie. In: *Physioscience* 3 (03), S. 131–135.

Saaty, Thomas L. (1990): How to make a decision: the analytic hierarchy process. In: *European Journal of Operational Research* 48 (1), S. 9–26.

Scheer, Dirk; Konrad, Wilfried; Scheel, Oliver; Ulmer, Frank; Hohlt, Andreas (2012): Fokusgruppen im Mixed-Method-Design: Kombination einer standardisierten und qualitativen Erhebung. In: Marlen Schulz, Birgit Mack und Ortwin Renn (Hg.): *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft*: Springer, S. 148–167.

Shepard, Katherine F. (2007): Are you waving or drowning? In: *Physical Therapy* 87 (11), S. 1543–1554.

- Stamer, Maren; Zeisberger, Marlen; Kleineke, Vera; Brandes, Iris; Meyer, Thorsten (2014): MeeR Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund: Im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund. In: Abschlussbericht für den Auftraggeber. Hannover. Verfügbar unter: [https://www.mh-hannover.de/epi\\_reha\\_meer.html](https://www.mh-hannover.de/epi_reha_meer.html). [Zugriff am: 15.05. 2015].
- Stirman, Shannon Wiltsey; Kimberly, John; Cook, Natasha; Calloway, Amber; Castro, Frank; Charns, Martin (2012): The sustainability of new programs and innovations: a review of the empirical literature and recommendations for future research. In: *Implementation Science* 7 (1), S. 17.
- Ströbl, Veronika; Friedl-Huber, Almut; Küffner, Roland; Reusch, Andrea; Vogel, Heiner; Faller, Hermann (2007): „Vorbereitung eines Zentrums Patientenschulung“ Abschlußbericht. Online verfügbar unter <http://www.zentrumpatientenschulung.de>.
- Sudeck, Gordon; Pfeifer, Klaus (2010): Evaluation bewegungsbezogener Interventionen in Therapie und Rehabilitation. In: Alexander Woll, Filip Mess und Thomas Alkemeyer (Hg.): *Handbuch Evaluation im Sport*. Schorndorf: Hofmann (Beiträge zur Lehre und Forschung im Sport, Bd. 177), S. 89–111.
- Teddlie, Charles; Tashakkori, Abbas (2006): A general typology of research designs featuring mixed methods. In: *Research in the Schools* 13 (1), S. 12–28.
- Tong, Allison; Sainsbury, Peter; Craig, Jonathan (2007): Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. In: *International Journal for Quality in Health Care* 19 (6), S. 349–357. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.
- Vandenbroucke, Jan P.; Elm, Erik von; Altman, Douglas G.; Gøtzsche, Peter C.; Mulrow, Cynthia D.; Pocock, Stuart J. et al. (2007): Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. In: *PLoS medicine* 4 (10), e297.
- Werle, Jochen; Woll, Alexander; Tittlbach, Susanne (2006): *Gesundheitsförderung: Körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- World Health Organization (2001): *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. World Health Organization.
- World Medical Association (2013): Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. In: *Journal of the American Medical Association* 310 (20), S. 2191–2194. DOI: 10.1001/jama.2013.281053.
- Zhao, Guixiang; Ford, Earl S.; Li, Chaoyang; Mokdad, Ali H. (2008): Are United States adults with coronary heart disease meeting physical activity recommendations? In: *The American Journal of Cardiology* 101 (5), S. 557–561.

## **2 Konzeptionelle Grundlagen der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer bundesweiten Bestandsaufnahme**

### **2.1 Hintergrund**

Die Bedeutung und Ausrichtung von Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation hat sich in den letzten Jahren gewandelt. So nehmen bewegungstherapeutische Leistungen in biopsychosozialen Rehabilitationskonzepten einen hohen Stellenwert ein und machen mittlerweile den größten Zeitumfang aller medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen für Deutschland aus. So lag 2014 die durchschnittliche Dauer der Bewegungstherapie über alle Indikationen bei 11,8 Stunden pro Woche und Rehabilitand (Brüggemann et al. 2017). Dabei wird die Weiterentwicklung von (körper-)funktionsorientierten Ansätzen hin zu elaborierten biopsychosozialen Therapiekonzepten auch international breit diskutiert (z. B. Geidl et al. 2012; Jones et al. 2016; Dean und Söderlund 2015). Bewegungstherapie in der Rehabilitation ist im Rahmen solcher mehrdimensionaler Konzepte mit verschiedenen allgemeinen und therapiespezifischen Zielsetzungen verbunden. Über die traditionell biomedizinischen Zielsetzungen hinaus, wie die Verbesserung physischer Körperfunktionen und -strukturen und die Verbesserung motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten, reichen sie über psychophysische Zielsetzungen (z. B. Schmerzreduktion) und psychische Zielsetzungen (z. B. Linderung depressiver Symptomatik) bis hin zu edukativen Zielsetzungen, die auf eine Hinführung zu und Bindung an gesundheitswirksame körperliche Aktivität ausgerichtet sind (Pfeifer et al. 2010).

Inwiefern biopsychosoziale Konzepte der Bewegungstherapie und die damit verbundenen Zielsetzungen tatsächlich Eingang in die reguläre Rehabilitationspraxis finden, ist wenig bekannt. Es fehlt bislang eine systematische Bestandsaufnahme der bundesweiten Praxis der Bewegungstherapie innerhalb der medizinischen Rehabilitation, die Einblicke in solche Konzept- und Prozessmerkmale liefern könnte. Bisher können repräsentative Informationen zur bewegungstherapeutischen Versorgung in Deutschland über die Instrumente der Qualitätssicherung und die damit verbundene Dokumentationspraxis abgebildet werden. So erhält man mit Hilfe der Reha-Therapiestandards (RTS), den zugehörigen Evidenzbasierten Therapiemodulen (ETM) und den Codierungen innerhalb der Klassifikation der therapeutischen Leistungen (KTL) im Bereich der Bewegungstherapie Informationen über das Volumen und die Frequenz bewegungstherapeutischer Leistungen. Diese Informationsbasis erlaubt allerdings keine Rückschlüsse auf die konkrete didaktisch-methodische bzw.

inhaltlich-konzeptionelle Ausgestaltung der bewegungstherapeutischen Praxis. Solche inhaltlich-konzeptionellen Handlungsorientierungen bewegungstherapeutischer Akteure entscheiden aber mit über die Gestaltung und Umsetzung einer qualitativ hochwertigen Bewegungstherapie. Daher ist ein Bedarf für eine detailliertere Erfassung der tatsächlichen Ausgestaltung der Bewegungstherapie in Deutschland zu sehen, da ein solches Wissen auch die notwendige Grundlage für künftige Weiterentwicklungen bewegungstherapeutischer Konzepte und Prozesse darstellt.

Auch international wird die defizitäre Informationslage zu theoretischer Fundierung und Ausrichtung sowie didaktisch-methodischer Ausgestaltung z. B. bei der Entwicklung von bewegungstherapeutischen Interventionen bemängelt (Jones et al. 2016). Detaillierte Informationen werden dabei aber sowohl für den Transfer von der Forschung in die therapeutische Praxis, als auch für die Übertragbarkeit bestehender Interventionen auf andere Personengruppen als essentielle Grundlage erachtet.

Ähnlich gelagerte nationale Bestandsaufnahmen in der medizinischen Rehabilitation wurden für die Patientenschulung bereits realisiert (Friedl-Huber et al. 2007; Reusch et al. 2013). Durch sie konnten wichtige Impulse für die Qualitätsentwicklung in der Patientenschulung generiert werden (Faller et al. 2011). Ebenso konnten auf Basis umfassender Erhebungen zu Strukturen und Praxis der psychologischen Abteilungen in Rehabilitationseinrichtungen (Reese et al. 2016a) Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen für verschiedene Erkrankungsbilder erstellt werden (z. B. Reese et al. 2016b; Reese et al. 2016).

Auf Basis einer bundesweiten Bestandsaufnahme wurde nun versucht, einen systematischen Einblick in den Status quo bewegungstherapeutischer Konzepte und Prozesse in der Rehabilitationspraxis zu gewinnen. Im vorliegenden Beitrag werden ausgewählte Ergebnisse dieser Bestandsaufnahme vorgestellt. Unter Berücksichtigung qualitätsrelevanter Ziel- und Inhaltsbereiche der Bewegungstherapie in Anlehnung an das Kybernetische Modell der Therapieplanung (Werle et al. 2006b) werden folgende inhaltlich-konzeptionelle Merkmale der Bewegungstherapie herangezogen:

1. Die wahrgenommenen therapierlevanten Ausgangsbedingungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden: Welche defizitären Bedingungen sehen leitende Personen der Bewegungstherapie besonders häufig bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden?
2. Die wahrgenommene Beeinflussbarkeit der Ausgangsbedingungen im Sinne der Zielorientierung der eigenen Bewegungstherapie: Wo werden Schwerpunkte in der

Beeinflussbarkeit der Ausgangsbedingungen gesehen? Für welche Wirkungsbereiche wird der höchste Einfluss der eigenen Bewegungstherapie eingeschätzt?

3. Die Bedeutsamkeit bewegungstherapeutischer Inhalte im Sinne der inhaltlichen Therapiestruktur: Welche Inhalte sehen leitende Personen als wichtigen Bestandteil ihrer Therapie an und welche Inhalte sind für sie weniger bedeutsam für die Erreichung ihrer Ziele und Wirkungen?
4. Die konkrete didaktisch-methodische Umsetzung verhaltensbezogener bewegungstherapeutischer Inhalte: In welcher Form setzen leitende Personen Inhalte um, welche Materialien stehen ihnen dabei zur Verfügung?
5. Der Grad der inhaltlichen Fokussierung von bewegungstherapeutischen Gruppenangeboten auf Bewegungspraxis in Verhältnis zu Wissensvermittlung: Wie stark ist der Fokus auf Bewegungspraxis gelegt, die weniger mit Wissensvermittlung oder einer Kombination von Theorie und Praxis verbunden ist?

Die genannten Fragen werden zunächst anhand der Deskription von Konzept- und Prozessmerkmalen der Bewegungstherapie bearbeitet. Von besonderem Interesse sind darauf aufbauend statistische sowie inhaltlich bedeutsame Unterschiede, die in Abhängigkeit verschiedener Erkrankungsbereiche sowie der Versorgungsform (ambulant vs. stationär) und der Art der Abteilung (z. B. kombinierte Abteilung aus Physiotherapie und Sporttherapie oder separate Abteilungen) betrachtet werden.

## **2.2 Methode**

### **2.2.1 Design und Durchführung**

Die bundesweite Bestandsaufnahme basiert auf einer querschnittlichen Fragebogenstudie, in der Leitungspersonen der Bewegungstherapie von insgesamt 1558 Fachabteilungen aus 1146 Rehabilitationseinrichtungen über die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund angeschrieben wurden. Jede Fachabteilung erhielt dabei zwei Fragebogen, damit ggf. leitende Personen von eigenständigen bewegungstherapeutischen Abteilungen für die KTL-Bereiche A (Sport- und Bewegungstherapie) und B (Physiotherapie) getrennt voneinander antworten konnten. Angeschrieben wurden erkrankungsübergreifend alle stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen, die am Qualitätssicherungsverfahren der DRV Bund teilnehmen. Der Fragebogenversand erfolgte ab Mai 2015 durch die DRV Bund. Fachabteilungen, die nach vier Wochen keinen Fragebogen zurückgesandt hatten, wurde ein Erinnerungsschreiben versandt. Der Rückversand erfolgte pseudonymisiert direkt an die Forschungsinstitute, die zu keinem Zeitpunkt Einsicht in die Codierungsliste der DRV Bund

hatten. Damit wurde die Anonymität der Teilnehmenden sichergestellt. Für die Studie liegt ein positives Ethikvotum der unabhängigen Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg vor (Re.-No. 321\_15B).

### **2.2.2 Rücklauf und Stichprobe**

Insgesamt haben 685 von 1146 Rehabilitationseinrichtungen eine Rückmeldung gegeben (59,8%), davon machten 541 Einrichtungen (47,2%) Angaben zu ihren bewegungstherapeutischen Abteilungen (734 Fragebogen). Von den restlichen 144 Einrichtungen haben 90 Einrichtungen rückgemeldet, dass sie keine bewegungstherapeutische Abteilung haben, bei 45 Einrichtungen war die Teilnahme an der Befragung nicht erwünscht und neun Einrichtungen haben den Fragebogen unkommentiert zurückgesandt. Von den 734 Fragebogen mussten 21 aufgrund unzureichenden Ausfüllens exkludiert werden, so dass 713 Fragebogen (529 Einrichtungen) in die nachfolgenden Analysen einfließen konnten.

Tabelle 2-1 gibt einen Überblick der Charakteristika der teilnehmenden bewegungstherapeutischen Abteilungen. Die überwiegende Mehrzahl der Fragebogen stammt aus stationären und teilstationären Einrichtungen (71%).

In den meisten teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen antwortete eine Leitungsperson einer bewegungstherapeutischen Abteilung, die sowohl Sport- und Bewegungstherapie als auch Physiotherapie beinhaltet (36,2%). Leitungspersonen aus physiotherapeutischen Abteilung stellen 13,6% der Untersuchungsgruppe, weitere 18,5% leiten eine sporttherapeutische Abteilung. Einer berufsgruppenübergreifenden Therapieabteilung, in die Sport- und Bewegungstherapie sowie Physiotherapie neben anderen Therapiebereichen integriert sind, entstammen 25,8% der teilnehmenden Abteilungen.

Anteilig liegen mit 44,2% die meisten Fragebogen aus dem Erkrankungsbereich der Orthopädie vor, gefolgt von 16,7% aus dem Bereich der Suchterkrankungen und 11,6% aus dem Bereich der Psychosomatik. Im Vergleich zu den im Reha-Bericht 2015 (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015) berichteten Zahlen über stationäre Rehabilitationseinrichtungen zeigt sich eine annähernd gleiche Verteilung der teilnehmenden Einrichtungen im stationären Setting (vgl. Kapitel 1).

## Kapitel 2 Konzeptionelle Grundlagen der Bewegungstherapie

Tab. 2-1: Charakteristika der teilnehmenden bewegungstherapeutischen Abteilungen (N = 713)

		Versorgungsform			Abteilungsart					
		stationär (und teilstationär)	ausschließlich ambulant	fehlend	übergreifende Therapieabteilung (Abt_ÜT)	bewegungstherapeutische Abteilung (Abt_komb.)	Physiotherapeutische Abteilung (Abt_PT)	Sporttherapeutische Abteilung (Abt_ST)	andere	fehlend
gesamt	n	506	175	32	184	258	97	132	29	13
	(%)	(71,0)	(24,5)	(4,5)	(25,8)	(36,2)	(13,6)	(18,5)	(4,0)	(1,8)
<i>Erkrankungsbereiche</i>										
Orthopädie	gesamt	315								
		(44,2)								
	Ortho.-Rücken	149	78	68	39	40	32	34		
		(20,9)								
	Ortho.-TEP	97	66	26	36	26	14	15		
		(13,6)								
	Ortho.-gemischt	69	38	30	19	20	12	10		
		(9,7)								
	Sucht	119	103	9	25	56	7*	21		
		(16,7)								
	Psychosomatik	83	72	7*	13	33	11	21		
		(11,6)								
	Kardiologie	60	36	21	13	25	5*	15		
		(8,4)								
	Neurologie	52	38	8	11	21	10	8		
		(7,3)								
	Onkologie	45	41	4*	15	20	4*	4*		
		(6,3)								
	Pneumologie	13	13*	0*	6*	5*	0*	1*		
		(1,8)								
	Endokrinologie	10	9*	0*	1*	6*	1*	2*		
		(1,4)								
	fehlend	16								
		(2,2)								

*Anmerkung:* \*Kategorie wird für Auswertung von Mittelwertvergleichen ausgeschlossen

Abkürzung: Ortho.: Orthopädie; TEP: Totalendoprothesen

### 2.2.3 Erhebungsinstrument

Der Fragebogen wurde mittels rationaler Konstruktionsstrategie entwickelt und enthält insgesamt 38 übergeordnete Fragen zu bewegungstherapeutischen Konzepten und Prozessmerkmalen. Eine detaillierte Darstellung zur Vorgehensweise bei der Entwicklung ist an anderer Stelle beschrieben (vgl. Kapitel 1).

Zur Berücksichtigung erkrankungsspezifischer Ausrichtungen der Bewegungstherapie wurde ein Großteil der Fragebogenitems in Bezug zu einer typischen dominanten Haupterkrankung beantwortet, die in den jeweiligen bewegungstherapeutischen Abteilungen sehr häufig versorgt wird. Die Leitungspersonen wählten diese Erkrankung selbst aus und füllten die relevanten Fragebogenabschnitte jeweils mit diesem Erkrankungsbezug aus. Auf dieser Basis wurden die Haupterkrankungen in Erkrankungsbereiche zugeteilt, wobei im Erkrankungsbereich der Orthopädie nochmals eine Binnendifferenzierung mit den Schwerpunkten Totalendoprothesen (TEP) und Rückenerkrankungen sowie ein gemischter Bereich vorgenommen wurde (vgl. Tab. 2-1).

Der Abschnitt zu therapierelevanten Ausgangsbedingungen und ihrer Beeinflussbarkeit durch die Bewegungstherapie lehnte sich an die Erfassung von Problemlagen an, die für psychologische Interventionen in der Rehabilitation entwickelt wurde (z. B. Reese und Mittag 2013). Entlang einer ICF-basierten Zielsystematik (Pfeifer et al. 2010) wurde eine Adaptation auf Zielsetzungen der Bewegungstherapie vorgenommen. Leitungspersonen der Bewegungstherapie beurteilten zunächst die Häufigkeit von 17 defizitären Ausgangsbedingungen, die bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auftreten können. Darauf aufbauend gaben die Leitungspersonen eine Einschätzung der Beeinflussbarkeit dieser Merkmale durch ihre eigene Bewegungstherapie ab. Die Beantwortung erfolgte jeweils auf einer vierstufigen Skala (Häufigkeit der Ausgangsbedingung: 1 = selten, 2 = manchmal, 3 = häufig, 4 = sehr häufig; Beeinflussbarkeit: 1 = gering, 2 = mittel/moderat, 3 = hoch, 4 = sehr hoch). Ergänzend dazu wurde eine fünfte Kategorie „kann ich nicht beurteilen“ als Antwortmöglichkeit gegeben. Für die weiteren Analysen wurde diese fünfte Kategorie mit der geringsten Ausprägung der Skala gleichgesetzt. Diese Vorgehensweise ist inhaltlich insofern begründet, dass bei dieser Antwort nicht davon ausgegangen wird, dass die Leitungspersonen ihre Bewegungstherapie auf diese Ausgangsbedingung ausrichten.

Für die wahrgenommene Beeinflussbarkeit der 17 Ausgangsbedingungen (im Sinne einer Zielorientierung der Bewegungstherapie) wurden zur Informationsverdichtung explorative Faktorenanalysen durchgeführt. Eine detaillierte Darstellung ist dem Kapitel 3 im Abschlussbericht zu entnehmen. Dabei wurden vier Wirkbereiche identifiziert, die die eingangs

erwähnte Mehrdimensionalität bewegungstherapeutischen Konzepte abbilden. Jenseits der physischen Zieldimensionen, wie der Verbesserung von Körperfunktionen und -strukturen, beinhalten sie auch psychische und soziale, sowie edukative Dimensionen, die auf eine Hinführung zu und Bindung an gesundheitswirksame körperliche Aktivität ausgerichtet sind. Die Wirkungsbereiche sind dabei wie folgt charakterisiert, wobei die dargestellten Nummern und Wortlaute der Items der Tabelle 2-2 zu entnehmen sind.<sup>1</sup>

- Körperlich-motorischer Wirkungsbereich (Items 2, 3, 4, 5, 6): Dieser Bereich umfasst eingeschränkte Funktionen des Bewegungsapparates (z. B. muskuläre Defizite, Beweglichkeit), Defizite bei motorischen Basisfertigkeiten zur Bewältigung des Alltags, sowie Schmerzen bei Bewegung.
- Psycho-sozialer Wirkungsbereich (Items 7, 13, 16, 17): Depressive Symptomatiken, Probleme im Umgang mit Stress und psychischen Anforderungen und eine eingeschränkte soziale Kompetenz (z. B. mangelnde Kooperations- und Kommunikationsfähigkeit) beinhaltet dieser Bereich.
- Wirkbereich Unsicherheit/Dekonditionierung (Items 1, 8, 9, 10): Unter den Bedingungen einer eingeschränkten körperlichen Belastbarkeit umfasst dieser Wirkungsbereich Unsicherheit/Ängste bzgl. eigener Bewegung und körperlicher Belastbarkeit und mangelnde Kenntnisse für die eigenständige Durchführung körperlich-sportlicher Aktivität (z. B. Bewegungstechniken, Belastungsdosierung).
- Wirkbereich Transfer körperlich-sportlicher Aktivität in den Alltag (Items 11, 12, 14): Dieser Bereich setzt sich zusammen aus mangelnder Motivation für regelmäßige körperlich-sportliche Aktivität und mangelnder Vorstellung über konkrete Umsetzung dieser, sowie eine hohe Wahrnehmung von Barrieren, die eine Weiterführung von körperlicher Aktivität im Alltag behindern.

Leitungspersonen der Bewegungstherapie beurteilten in einem weiteren Fragebogenabschnitt die Bedeutsamkeit spezifischer bewegungstherapeutischer Inhalte für die eigene Bewegungstherapie auf einer sechsstufigen Skala (1 = ist kaum Bestandteil bis 6 = wichtigster Bestandteil der Therapie). Ein Großteil der zehn Items wurde in Anlehnung an ausgewählte Techniken der Verhaltensänderung erfasst (Geidl et al. 2012), ergänzt um einen Inhalt, der mit Aspekten des Erlebens/Erfahrens verknüpft ist, sowie einen Inhalt mit Arbeitsplatzbezug.

---

<sup>1</sup> Item 15 (vgl. Tab. 2-2) wurde aufgrund niedriger Faktorladungen und geringer Trennschärfe für die weiteren Analysen auf Skalenebene nicht weiter berücksichtigt.

Analog zum Vorgehen bei den Wirkungsbereichen wurden auch die vorhandenen Informationen zu den bewegungstherapeutischen Inhalten mittels explorativer Faktorenanalyse verdichtet (vgl. Kapitel 3).

Für die bewegungstherapeutischen Inhalte wurden drei Bereiche identifiziert, die sich folgendermaßen charakterisieren lassen. Die Wortlaute und Nummern der Items sind dabei Tabelle 2-4<sup>2</sup> zu entnehmen:

- Bedeutsamkeit des Inhalts Vermittlung von Effekt- und Handlungswissen (Items 1, 2, 3, 6): Dieser Bereich fasst die Vermittlung von erforderlichen Kenntnissen über die Effekte körperlich-sportlicher Aktivität auf Gesundheit und Wohlbefinden (Effektwissen), sowie die Vermittlung von Wissen über die adäquate Gestaltung und Steuerung von gesundheitswirksamer Aktivität (Handlungswissen) zusammen.
- Bedeutsamkeit des Inhalts volitionale Umsetzung eigener Aktivitäten (Items 7, 10): Dieser Bereich beinhaltet Verhaltensänderungstechniken mit volitionalem Fokus zur nachhaltigen Aufrechterhaltung körperlich-sportlicher Aktivität.
- Bedeutsamkeit des Inhalts positives Erleben der Aktivität (Items 8, 9): Dieser Bereich setzt sich aus der Vermittlung von positiven affektiven Einstellungen und dem Erleben von Gruppendynamik zusammen.

Im Anschluss an die Beurteilung der Bedeutsamkeit der Inhalte wurde zusätzlich erfragt, in welcher Form die Inhalte umgesetzt werden (Vortrag, Gruppendiskussion, Einzelgespräch, in die Praxis integriert, mit Material für therapeutische Akteure [z. B. Poster, Präsentation], mit Material für Teilnehmende [z. B. Arbeitsblatt, Trainingsplan]), wobei Mehrfachnennungen möglich waren<sup>3</sup>.

Mit weiterem Blick auf bewegungstherapeutische Inhalte sollten die leitenden Personen der Bewegungstherapie die wichtigsten gruppentherapeutischen Leistungen auflisten, die die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit der gewählten spezifischen Haupterkrankung üblicherweise in den jeweiligen bewegungstherapeutischen Abteilungen erhalten. Die gruppentherapeutischen Leistungen wurden dabei in Anlehnung an die Erfassung von Leistungen innerhalb des Fragebogens zu Strukturen und Prozessen in der ambulanten Neurorehabilitation (Pöpl et al. 2014) erfasst. Für jede gelistete Leistung wurde neben anderen

---

<sup>2</sup> Items 4 und 5 (vgl. Tab. 2-4) wurde aufgrund niedriger Faktorladungen und geringer Trennschärfe für die weiteren Analysen auf Skalenebene nicht weiter berücksichtigt.

<sup>3</sup> Für einen möglichst detaillierten Einblick in die bewegungstherapeutische Versorgung über die Fragebogenerfassung hinaus, hatten Leitungspersonen die Möglichkeit vorhandene Materialien und Dokumente bereitzustellen, die in der eigenen Bewegungstherapie verwendet werden. Eine Übersicht zugesandter Materialien und Dokumente ist im Anhang 2 zu finden.

Angaben (wie z. B. Häufigkeit pro Woche, Dauer) auch die grundsätzliche –didaktisch-methodische Ausrichtung der Gruppentherapie erfragt. Die leitenden Personen beurteilten für jede Leistung, ob der Fokus auf Bewegungspraxis, auf Wissensvermittlung/Schulung oder auf einer Verknüpfung von Bewegungspraxis und Schulung liegt. Für das gesamte Leistungsspektrum wurde jeweils der zeitliche Anteil mit Fokus auf Bewegungspraxis ermittelt.

### 2.2.4 Datenanalyse

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programmpaket SPSS (Version 22) zunächst deskriptiv. Erkrankungsspezifische Unterschiede, sowie Unterschiede in Abhängigkeit von Strukturmerkmalen der Einrichtungen wurden varianzanalytisch ermittelt. Als unabhängige Merkmale dienten die Erkrankungsbereiche, die Versorgungsform und die Abteilungsart. Es wurden alle Kategorien herangezogen, für die mindestens acht Fragebogen vorlagen. Neben den statistischen Signifikanzprüfungen ( $\alpha_{\text{krit}} = .05$ ) wurden Effektgrößen  $\eta^2$  bestimmt. Zur Interpretation der Effektgröße wurde die Einteilung nach Cohen (1988) zugrunde gelegt ( $\eta^2$ :  $.01 \geq$  kleiner Effekt;  $.06 \geq$  mittlerer Effekt;  $.14 \geq$  großer Effekt). Es wurden Post-hoc-Tests berechnet, wobei im Falle von Varianzhomogenität der Tukey-Test und bei Varianzheterogenität der Games-Howell-Test verwendet wurden.

## 2.3 Ergebnisse

### 2.3.1 Wahrgenommene Häufigkeit von therapielevanten Ausgangsbedingungen

Tabelle 2-2 gibt einen Überblick zur wahrgenommenen Häufigkeit von therapielevanten Ausgangsbedingungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Es zeigten sich erwartungsgemäß zunächst große Unterschiede in der eingeschätzten Häufigkeit von Ausgangsbedingungen, die einen starken somatischen oder psychischen Erkrankungsbezug aufweisen (z. B. starke Einschränkungen des Herz-Kreislauf-Systems mit höchster Bewertung in der Kardiologie:  $\eta^2 = .33$ ; depressive Symptomatik mit höchster Bewertung in der Psychosomatik:  $\eta^2 = .40$ ). Demgegenüber sind in den Häufigkeitseinschätzungen, die einen Transfer von körperlich-sportlicher Aktivität in den Alltag umschreiben (z. B. mangelnde Vorstellung über die konkrete Umsetzung regelmäßiger körperlich-sportlicher Aktivität im Alltag:  $\eta^2 = .03$ ) wenige substantielle Unterschiede zu finden. Motivationale und volitionale Aspekte für regelmäßige körperlich-sportliche Aktivität werden im Mittel häufig als problematische Ausgangsbedingungen wahrgenommen, wobei dies weniger auf eine mangelnde Freude an Bewegung zutrifft.

Im Vergleich der Erkrankungsbereiche ist auffällig, dass im Bereich der Onkologie, trotz häufig wahrgenommener Mattigkeit, es weniger an Motivation für regelmäßige körperlich-sportliche Aktivität oder Freude an Bewegung mangelt. Auch soziale Kompetenzen, wie Kooperations- oder Kommunikationsfähigkeit, wurden hier weniger eingeschränkt wahrgenommen als in anderen Erkrankungsbereichen. Die Erkrankungsbereiche Psychosomatik und Sucht wurden überwiegend ähnlich eingeschätzt. Signifikante Post-hoc-Vergleiche zeigten sich aber bei Schmerzen bei Bewegung, Mattigkeit/Fatigue, Unsicherheit/Ängste bzgl. eigener Bewegung und Belastbarkeit, sowie depressive Symptomatik, die im Bereich der Psychosomatik häufiger als Problem wahrgenommen werden.

### 2.3.2 Wahrgenommene Wirkbereiche der Bewegungstherapie

#### 2.3.2.1 Unterschiede in Abhängigkeit verschiedener Erkrankungsbereiche

In Tabelle 2-3 werden im ersten Abschnitt deskriptive Kennwerte und erkrankungsspezifische Unterschiede in der wahrgenommenen Beeinflussbarkeit bewegungstherapeutischer Wirkbereiche dargestellt. Es zeigte sich für den psycho-sozialen Wirkbereich ein großer erkrankungsspezifischer Unterschied ( $\eta^2 = .21$ ) mit höchster Bewertung in der Psychosomatik. Ein erkrankungsspezifischer Unterschied ist ebenso für den körperlich-motorischen Wirkbereich zu finden, der in der Orthopädie mit Schwerpunkt TEP am höchsten bewertet wurde ( $\eta^2 = .17$ ). Nur geringe Unterschiede zwischen den Erkrankungsbereichen zeigten sich hingegen für den Wirkbereich ‚Transfer körperlich-sportlicher Aktivität in den Alltag‘ ( $\eta^2 = .02$ ). Für den Wirkbereich ‚Unsicherheit/Dekonditionierung‘ wurden mittlere Unterschiede gefunden ( $\eta^2 = .06$ ). Die Beeinflussbarkeit dieses Wirkbereichs wurde erkrankungsübergreifend hoch eingeschätzt.

#### 2.3.2.2 Unterschiede in Abhängigkeit von Strukturmerkmalen der Einrichtungen

Weitere varianzanalytische Unterschiedsprüfungen wurden für die Strukturmerkmale Versorgungsform (stationär vs. ambulant) und Abteilungsart (übergreifende Therapieabteilung [Abt\_ÜT], bewegungstherapeutische Abteilung [Abt\_komb.], physiotherapeutische Abteilung [Abt\_PT], sporttherapeutische Abteilung [Abt\_ST]) durchgeführt. Im Hinblick auf den körperlich-motorischen Wirkbereich konnten diese Strukturmerkmale statistisch signifikant zur Varianzaufklärung beitragen (jeweils  $p < .05$ ) (vgl. Tab. 2-2).

## Kapitel 2 Konzeptionelle Grundlagen der Bewegungstherapie

Tab. 2-2: Von Leitungspersonen der Bewegungstherapie wahrgenommene Häufigkeiten therapierrelevanter Ausgangsbedingungen: Deskriptive Kennwerte und erkrankungsspezifische Unterschiede

Item Nr.	Therapierrelevante Ausgangsbedingungen	Stichprobe gesamt			Kardiologie	Orthopädie - Rücken	Orthopädie - TEP	Orthopädie - gemischt	Endokrinologie	Neurologie	Pneumo-logie	Onkologie	Psycho-so-matik	Sucht
		n	M (SD)	$\eta^2$	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
2	Funktionen Bewegungsapparat stark eingeschränkt	708	3.27 (.78)	.30*	2.83 (.64)	3.65 (.59)	<b>3.76</b> (.50)	3.75 (.44)	3.00 (.47)	3.31 (.65)	2.92 (.76)	3.09 (.64)	2.90 (.74)	2.68 (.89)
3	Defizite motorische Basisfertigkeiten Alltag	702	2.44 (.96)	.28*	2.15 (.71)	2.59 (.82)	3.11 (.73)	2.74 (.83)	2.00 (.67)	<b>3.27</b> (.79)	2.38 (1.04)	2.34 (.89)	1.81 (.92)	1.77 (.87)
4	mangelnde motorische Fertigkeiten Gesundheitssport	707	2.55 (.89)	.13*	2.28 (.80)	2.65 (.87)	2.99 (.77)	2.62 (.84)	2.60 (.52)	<b>3.16</b> (.79)	2.62 (1.04)	2.45 (.76)	2.27 (.85)	2.13 (.90)
5	Probleme, körperliche Anforderungen am Arbeitsplatz zu bewältigen	705	2.64 (.81)	.17*	2.37 (.74)	<b>3.06</b> (.73)	2.71 (.68)	2.76 (.72)	2.20 (.63)	3.02 (.77)	2.62 (.96)	2.50 (.70)	2.60 (.81)	2.12 (.76)
6	Schmerzen bei Bewegung	709	3.01 (.82)	.30*	2.45 (.85)	<b>3.47</b> (.61)	3.45 (.56)	3.41 (.55)	3.00 (.67)	2.70 (.68)	2.38 (.77)	3.02 (.73)	3.02 (.70)	2.34 (.85)
7	Mattigkeit, Fatigue	697	2.28 (.91)	.21*	2.17 (.87)	1.99 (.80)	1.88 (.72)	1.97 (.78)	1.70 (.68)	2.35 (.75)	2.38 (1.04)	<b>3.16</b> (.74)	3.02 (.85)	2.37 (.93)
13	depressive Symptomatik	705	2.41 (.97)	.40*	1.92 (.60)	2.20 (.81)	1.77 (.77)	2.00 (.89)	1.90 (.57)	2.29 (.76)	2.23 (1.01)	2.27 (.69)	<b>3.80</b> (.43)	2.85 (.82)
16	eingeschränkte soziale Kompetenz (Kooperation/Kommunikation)	705	2.00 (.84)	.27*	1.78 (.59)	1.79 (.75)	1.59 (.67)	1.71 (.76)	1.90 (.32)	1.94 (.74)	2.00 (.91)	1.43 (.55)	2.46 (.75)	<b>2.77</b> (.81)
17	Probleme im Umgang mit Stress und psychischen Anforderungen	699	2.72 (.90)	.29*	2.70 (.76)	2.68 (.80)	2.04 (.83)	2.34 (.90)	2.00 (.67)	2.37 (.76)	2.54 (.78)	2.68 (.74)	<b>3.55</b> (.52)	3.25 (.75)
1	Funktionen Herz-Kreislauf-System stark eingeschränkt	699	2.09 (.91)	.33*	<b>3.53</b> (.62)	1.71 (.70)	1.99 (.66)	1.71 (.77)	2.70 (.82)	2.32 (.77)	3.00 (.82)	2.12 (.92)	1.77 (.79)	2.03 (.82)
8	Körper- und Bewegungswahrnehmung stark eingeschränkt	704	2.70 (.86)	.05*	2.43 (.84)	2.79 (.82)	2.44 (.74)	2.64 (.83)	2.50 (.71)	2.90 (.84)	2.69 (.95)	2.56 (.97)	<b>2.98</b> (.91)	2.80 (.89)
9	Unsicherheit/Ängste bzgl. eigener Bewegung und Belastbarkeit	703	2.79 (.81)	.08	<b>3.17</b> (.75)	2.79 (.79)	2.82 (.74)	2.68 (.82)	2.40 (.84)	2.76 (.78)	3.00 (.82)	2.96 (.67)	3.10 (.72)	2.44 (.86)
10	mangelnde Kenntnisse für eigenständige Durchführung ksA	709	3.02 (.72)	.04*	3.33 (.60)	3.09 (.76)	3.03 (.60)	2.91 (.75)	3.20 (.42)	2.80 (.81)	<b>3.38</b> (.65)	3.00 (.64)	2.99 (.74)	2.91 (.76)
11	mangelnde Motivation für regelmäßige ksA	706	2.89 (.81)	.11*	2.85 (.76)	2.97 (.83)	2.71 (.71)	2.75 (.90)	3.20 (.42)	2.48 (.65)	<b>3.31</b> (.86)	2.29 (.73)	3.17 (.77)	3.17 (.77)
14	hohe Wahrnehmung von Barrieren für ksA	698	2.30 (.84)	.05	2.27 (.85)	2.38 (.84)	2.09 (.71)	2.15 (.80)	<b>2.80</b> (.79)	2.18 (.81)	2.77 (.93)	2.23 (.75)	2.67 (.79)	2.15 (.95)
12	mangelnde Vorstellung über konkrete Umsetzung ksA im Alltag	706	2.85 (.75)	.03	3.08 (.70)	2.87 (.78)	2.78 (.64)	2.73 (.67)	<b>3.30</b> (.68)	2.64 (.69)	3.15 (.56)	2.78 (.64)	2.88 (.73)	2.89 (.74)
15	mangelnde Freude an Bewegung	702	2.15 (.84)	.10*	2.10 (.81)	2.29 (.87)	2.02 (.77)	1.91 (.82)	2.50 (.71)	1.76 (.69)	2.38 (1.12)	1.64 (.61)	<b>2.60</b> (.80)	2.31 (.79)

Anmerkung. \*Signifikante Unterschiede in Post-hoc Tests ( $\alpha_{krit} = .05$ ); Fettdruck: höchster Wert; Abkürzungen: Nr.: Nummer; ksA: körperlich-sportliche Aktivität; TEP: Totalendoprothesen

In der Gesamtbetrachtung zeigten sich geringe zusätzliche Aufklärungen für die Versorgungsform ( $\eta^2 = .01$ ) und die Abteilungsart ( $\eta^2 = .05$ ). Ambulante Einrichtungen und übergreifende Therapieabteilungen schätzten ihr Wirkpotenzial am höchsten ein.

Bei spezifischer Betrachtung der Erkrankungsbereiche zeigten sich im Bereich der Psychosomatik mittlere zusätzliche Varianzaufklärungen durch die Abteilungsart ( $\eta^2 = .12$ ). In rein sporttherapeutischen Abteilungen fielen die Werte am geringsten aus, während übergreifende Therapieabteilungen ihr Wirkpotenzial hier am höchsten einschätzten. Ein ähnliches Bild zeigte sich auch im Erkrankungsbereich Neurologie, wo wiederum die sporttherapeutischen Abteilungen ihr Wirkpotenzial am geringsten einschätzten. Hierbei handelt es sich um einen großen Effekt ( $\eta^2 = .22$ ). Im Bereich der Neurologie zeigten sich zusätzlich große Unterschiede auch für die Versorgungsform ( $\eta^2 = .17$ ). Stationäre Einrichtungen schätzten ihr Wirkpotenzial höher ein.

Auch im psycho-sozialen Wirkungsbereich konnten die Strukturmerkmale der Reha-Einrichtung sowohl in der Gesamtbetrachtung, als auch in der erkrankungsspezifischen Betrachtung weitere Varianzaufklärung mit statistischer Signifikanz leisten. In der Gesamtbetrachtung zeigten sich wiederum geringe zusätzliche Varianzaufklärungen für die Versorgungsform ( $\eta^2 = .04$ ). Stationäre und teilstationäre Einrichtungen beurteilten ihr Wirkpotenzial höher. Auch mit Blick auf die erkrankungsspezifischen Ergebnisse zeigte sich im orthopädischen Erkrankungsbereich Rücken eine geringe zusätzliche Varianzaufklärung für die Versorgungsform ( $\eta^2 = .04$ ), wo wiederum stationäre und teilstationäre Einrichtungen ihr Wirkpotenzial höher einschätzten.

Für den Wirkbereich Unsicherheit/Dekonditionierung ergaben sich kaum Unterschiede. Eine statistisch signifikante große Varianzaufklärung zeigte sich nur in der erkrankungsspezifischen Betrachtung im Bereich Neurologie für die Versorgungsform ( $\eta^2 = .20$ ). Stationäre und teilstationäre Einrichtungen bewerteten diesen Wirkungsbereich höher als ambulante Einrichtungen.

Auch im Wirkbereich Transfer körperlich-sportlicher Aktivität in den Alltag leisteten die Strukturmerkmale überwiegend keine zusätzlich statistisch signifikanten Aufklärungen. Hier zeigte sich in der Gesamtbetrachtung ein geringer Unterschied lediglich für die Abteilungsart ( $\eta^2 = .03$ ). Hier schätzen therapieübergreifende Abteilungen ihr Wirkpotenzial am höchsten ein.

## Kapitel 2 Konzeptionelle Grundlagen der Bewegungstherapie

Tab. 2-3: Beeinflussbarkeit Wirkungsbereiche der Bewegungstherapie, Gewichtung bewegungstherapeutischer Inhalte, sowie Fokussierung auf Bewegungspraxis in Gruppentherapien: Deskriptive Kennwerte und erkrankungsspezifische Unterschiede

	Gesamt	Kardiologie	Orthopädie - Rücken	Orthopädie - TEP	Orthopädie - gemischt	Endokrino- logie	Neurologie	Pneumo- logie	Onkologie	Psycho-so- matik	Sucht	Unterschieds- prüfung
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)	$\eta^2$
<i>Zielorientierung</i>												
Körperlich-motorischer Wirkungsbereich <sup>1</sup>	2.84 (.60)	2.71 (.53)	2.97 (.55)	<b>3.20</b> (.52)	3.03 (.53)	2.33 (.21)	2.90 (.54)	2.89 (.60)	2.89 (.53)	2.65 (.61)	2.46 (.55)	.17*
Psycho-sozialer Wirkungsbereich <sup>1</sup>	2.26 (.66)	2.24 (.63)	2.00 (.58)	2.02 (.60)	1.93 (.59)	1.78 (.54)	2.17 (.52)	2.32 (.60)	2.45 (.57)	<b>2.74</b> (.65)	2.64 (.60)	.21*
Wirkbereich Unsicherheit/Dekonditionierung <sup>1</sup>	2.87 (.57)	3.19 (.59)	2.76 (.57)	2.82 (.52)	2.82 (.58)	2.66 (.57)	2.85 (.61)	<b>3.29</b> (.50)	3.10 (.48)	2.88 (.55)	2.80 (.57)	.06*
Wirkbereich Transfer körperlich-sportlicher Aktivität in den Alltag <sup>1</sup>	2.54 (.63)	2.65 (.71)	2.46 (.61)	2.46 (.60)	2.47 (.62)	2.54 (.31)	2.46 (.58)	<b>2.77</b> (.73)	2.65 (.60)	2.64 (.65)	2.56 (.64)	.02
<i>Gewichtung von Inhalten</i>												
Inhalt: Vermittlung von Effekt- & Handlungswissen <sup>2</sup>	4.99 (.80)	<b>5.33</b> (.64)	5.13 (.71)	4.87 (.88)	5.21 (.62)	5.05 (.63)	4.56 (.89)	5.31 (.74)	5.18 (.80)	4.91 (.85)	4.76 (.78)	.08*
Inhalt: volitionale Umsetzung eigener Aktivitäten <sup>2</sup>	3.61 (1.16)	<b>4.01</b> (1.24)	3.64 (1.11)	3.72 (1.11)	4.01 (1.05)	3.50 (.90)	3.30 (1.18)	3.79 (1.20)	3.70 (1.17)	3.37 (1.09)	3.32 (1.22)	.05*
Inhalt: positives Erleben der Aktivität <sup>2</sup>	4.38 (1.11)	4.20 (.87)	4.06 (1.15)	3.89 (1.21)	4.34 (1.07)	4.28 (.67)	4.09 (.94)	4.33 (1.05)	4.30 (1.06)	<b>5.12</b> (.79)	5.00 (.93)	.16*
Fokus auf Bewegungspraxis in Gruppentherapien (in Prozent)	47.0 (29.4)	51.1 (27.2)	43.0 (26.4)	52.9 (31.5)	50.4 (27.2)	<b>66.6</b> (30.4)	52.5 (30.6)	31.1 (16.6)	43.9 (28.9)	44.7 (29.8)	44.2 (32.0)	.03*

*Anmerkung:* \*Signifikante Unterschiede in Post-hoc Tests ( $\alpha_{\text{krit}} = .05$ ); Fettdruck: höchster Wert

<sup>1</sup> Skala: 1 = geringe Beeinflussbarkeit, 2 = mittlere Beeinflussbarkeit, 3 = hohe Beeinflussbarkeit, 4 = sehr hohe Beeinflussbarkeit

<sup>2</sup> Skala: 1 = ist kaum Bestandteil unserer Therapie bis 6 = ist wichtigster Bestandteil unserer Therapie

Abkürzung: TEP: Totalendoprothesen

### 2.3.3 Bedeutsamkeit bewegungstherapeutischer Inhalte

#### 2.3.3.1 Unterschiede in Abhängigkeit verschiedener Erkrankungsbereiche

Für die Gewichtung der bewegungstherapeutischen Inhalte bestanden für den Inhaltsbereich ‚positives Erleben der Aktivität‘ die größten Unterschiede ( $\eta^2 = .16$ ), wie Tabelle 2-3 zu entnehmen ist. Die höchste Bewertung lag hier im Erkrankungsbereich der Psychosomatik vor. In Bezug auf die Inhaltsbereiche der ‚Vermittlung von Effekt- und Handlungswissen‘ und der ‚volitionalen Umsetzung eigener Aktivitäten‘ zeigten sich mittlere Unterschiede ( $\eta^2 = .08$  bzw.  $\eta^2 = .05$ ). In diesen beiden Bereichen liegen signifikante Post-hoc-Vergleiche mit jeweils höchster Bewertung im Erkrankungsbereich der Kardiologie und niedrigster Bewertung im Erkrankungsbereich der Neurologie vor.

Erkrankungssübergreifend wurden die Techniken mit volitionalem Fokus als ein eher weniger wichtiger Bestandteil der eigenen Therapie eingeschätzt.

#### 2.3.3.2 Unterschiede in Abhängigkeit von Strukturmerkmalen der Einrichtungen

In der Gesamtbetrachtung konnten die Strukturmerkmale der Reha-Einrichtung überwiegend keine zusätzlich statistisch signifikanten Aufklärungen leisten (vgl. Tab. 2-5). Es zeigte sich lediglich eine geringe zusätzliche Varianzaufklärung für die Versorgungsform ( $\eta^2 = .01$ ) im Hinblick auf die Bedeutsamkeit des Inhalts ‚Erleben der Aktivität‘. Stationäre und teilstationäre Einrichtungen gewichteten diesen Inhalt höher. Zudem konnte in der Gesamtbetrachtung die Abteilungsart im Hinblick auf den Inhalt ‚volitionale Umsetzung eigener Aktivitäten‘ geringe zusätzliche Varianzaufklärung leisten ( $\eta^2 = .02$ ). Therapieübergreifende Abteilungen gewichteten diesen Inhalt am höchsten.

Mit Blick auf die erkrankungsspezifischen Ergebnisse konnten einzelne Strukturmerkmale statistisch signifikant zur Varianzaufklärung beitragen. Es liegen unterschiedliche Einschätzungen der Bedeutsamkeit des Inhalts ‚volitionale Umsetzung eigener Aktivitäten‘ im Erkrankungsbereich Orthopädie Rücken in Abhängigkeit der Versorgungsform vor. Stationäre und teilstationäre Einrichtungen schätzten diesen Inhalt bedeutsamer ein ( $\eta^2 = .03$ ). Bezüglich des Inhalts ‚Vermittlung von Effekt- und Handlungswissen‘ stuften im Erkrankungsbereich Orthopädie TEP hingegen ambulante Einrichtungen die Bedeutsamkeit höher ein ( $\eta^2 = .05$ ). Große zusätzliche Varianzaufklärung zeigte sich für die Abteilungsart im Bereich der Neurologie für den Inhalt ‚volitionale Umsetzung eigener Aktivitäten‘ ( $\eta^2 = .18$ )

mit höchster Gewichtung in physiotherapeutischen Abteilungen, wohingegen in den Bereichen Psychosomatik und Orthopädie gemischt der Inhalt ‚positives Erleben der Aktivität‘ in therapieübergreifenden Abteilungen am höchsten gewertet wurde.

### **2.3.4 Didaktisch-methodische Umsetzung verhaltensbezogener bewegungstherapeutischer Inhalte**

Wie Tabelle 2-4 zu entnehmen ist, zeigte sich über alle Erkrankungsbereiche hinweg, dass die häufigste Umsetzungsform verhaltensbezogener bewegungstherapeutischer Inhalte die Integration in die Praxis darstellte (durchschnittlich 80%). Einzige Ausnahme stellte hierbei die Anleitung dar, Pläne zur Weiterführung körperlicher Aktivität am Wohnort zu erstellen. Dies wurde am häufigsten im Einzelgespräch (49%) umgesetzt. In der Gesamtbetrachtung wurde diesem Inhalt im Mittel die geringste Bedeutsamkeit zugesprochen. Im Hinblick auf konkrete Anregungen, wo und wie Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nach der Reha weiterhin körperlich aktiv bleiben können, zeigte sich, dass dies am wenigsten in Gruppendiskussionen thematisiert wurde. Die meisten Materialien sowohl für bewegungstherapeutische Akteure (49%; z. B. in Form von Präsentationen) als auch für Teilnehmende (58%; z. B. in Form von Arbeitsblättern) lagen für den Inhalt des Informationserhalts zu Gesundheitseffekten von Bewegung und Training vor, die wenigsten für den Inhalt des Erlebens von Gruppendynamik und sozialen Eingebundenseins (bewegungstherapeutische Akteure: 6%, Teilnehmende: 7%). Ähnlich wenige Materialien gab es auch für den Inhalt der Bewertung emotionaler Zustände in Verbindung mit körperlicher Aktivität. Insgesamt zeigte sich, dass es für Teilnehmende für alle Inhalte vergleichsweise mehr Materialien gab als für bewegungstherapeutische Akteure.

Ein tabellarischer Überblick, welche Materialien und Dokumente in der bewegungstherapeutischen Praxis zum Einsatz kommen, ist im Anhang 2 zu finden.

### **2.3.5 Grad der Fokussierung auf Bewegungspraxis**

In der Gesamtbetrachtung aller Erkrankungsbereiche fokussierten bewegungstherapeutische Gruppenangebote in 47% auf Bewegungspraxis (vgl. Tab. 2-3), wobei die Streuungen insgesamt relativ hoch ausfallen. Im Erkrankungsbereich der Endokrinologie liegt der höchste Anteil der Bewegungspraxis mit knapp 67% vor, im Erkrankungsbereich der Pneumologie der niedrigste Anteil mit rund 31%. Erkrankungsspezifisch zeigten sich allerdings keine substanziellen Unterschiede.

Des Weiteren ergaben sich insgesamt keine Assoziationen mit den Merkmalen der Versorgungsform und der Art der Abteilung (vgl. Tab. 2-5).

### 2.4 Diskussion

Eine stärkere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der medizinischen Rehabilitation zeigte sich in Deutschland erst in den letzten Jahren (Koch et al. 2007). Zuvor stand auch der Stellenwert der Bewegungstherapie, als umfangstärkstes Element in der medizinischen Rehabilitation, in einem deutlichen Missverhältnis zur wissenschaftlichen Analyse (Pfeifer et al. 2010). International sind systematische und umfassende Vorgehensweisen in der Erfassung bewegungstherapeutischer Konzepte schon länger zu finden (z. B. Turner und Whitfield 1999), nun liegt ein differenzierter Einblick auch national vor. Detaillierte Informationen bilden die essentielle Basis für die künftige (Weiter-)Entwicklung bewegungstherapeutischer Konzepte (Jones et al. 2016).

Im Rahmen biopsychosozialer Therapiekonzepte ist die Bewegungstherapie mit mehrdimensionalen Zielsetzungen verbunden. Für die Bestandsaufnahme wurden therapierrelevante Ausgangsbedingungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und ihre Beeinflussbarkeit durch die Bewegungstherapie erfragt, die entlang einer ICF-basierten Zielsystematik (Pfeifer et al. 2010) auf Zielsetzungen der Bewegungstherapie adaptiert wurden. Dabei wurden problematische Ausgangsbedingungen formuliert, um Defizite zu kontrastieren und nicht etwa vorhandene Ressourcen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, welche zum Gegenstand künftiger Forschung gemacht werden könnten. Erwartungsgemäß zeigten sich große Unterschiede in der eingeschätzten Häufigkeit von problematischen Ausgangsbedingungen, die einen starken somatischen oder psychischen Erkrankungsbezug aufweisen. Neben erkrankungsspezifischen Besonderheiten spiegelten sich auch je erkrankungsunspezifische Defizite wider, was im Sinne einer Multimorbidität gedeutet werden könnte. So wurde beispielsweise eine depressive Symptomatik als Ausgangsbedingung mit starkem psychischen Erkrankungsbezug bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden am häufigsten im Bereich der Psychosomatik wahrgenommen, aber eben auch teilweise in anderen Erkrankungsbereichen als substanzielle Begleitsymptomatik. Ebenso wurden Einschränkungen der Funktionen des Bewegungsapparates mit somatischem Bezug am höchsten im Bereich der Orthopädie bewertet, aber auch erkrankungsübergreifend in der gesamten Stichprobe hoch eingeschätzt.

## Kapitel 2 Konzeptionelle Grundlagen der Bewegungstherapie

Tab. 2-4: Deskriptive Kennwerte und konkrete didaktisch-methodische Umsetzung verhaltensbezogener bewegungstherapeutischer Inhalte in Prozent

Item Nr.	Bewegungstherapeutische Inhalte	M (SD) <sup>1</sup>	Form der Umsetzung in % (Mehrfachnennung möglich)					
			Vortrag	Gruppen-diskussion	Einzel-gespräch	Integration Praxis	Material für Therapeuten/innen	Material für TN
1	TN erhalten Informationen zu Gesundheitseffekten von Bewegung/Training	4.93 (1.04)	71	26	40	82	49	58
2	TN werden vielfältige Übungsformen und sportliche Techniken für gesundheitssportliche Aktivitäten vermittelt	5.12 (1.02)	28	17	30	89	22	52
3	TN lernen, ihre Trainingsbelastung selbstständig zu dosieren und zu steuern	4.96 (1.06)	21	16	38	87	16	36
4	TN werden spezifisch angeleitet ihren Körper besser wahrzunehmen	5.03 (.99)	11	18	35	89	10	21
5	TN werden auf Bewegungsanforderungen im beruflichen Alltag spezifisch vorbereitet	4.17 (1.06)	22	22	45	79	17	29
6	TN werden mit Bewegungsempfehlungen vertraut gemacht	4.97 (1.06)	34	22	43	80	19	37
7	TN erhalten konkrete Anregungen, wo und wie sie nach der Reha weiterhin körperlich aktiv bleiben können	4.85 (1.27)	36	21	58	59	15	36
8	TN bewerten emotionale Zustände in Verbindung mit körperlicher Aktivität	3.78 (1.50)	10	24	44	68	7	8
9	TN erleben Gruppendynamik und soziales Eingebundensein	4.98 (1.14)	10	37	10	87	6	7
10	TN werden dazu angeleitet, Pläne zur Weiterführung körperlicher Aktivität am Wohnort schriftlich zu erstellen	2.39 (1.63)	20	20	49	42	12	36

*Anmerkungen:* Abkürzung TN: Teilnehmerinnen und Teilnehmer

<sup>1</sup>Skala: 1 = ist kaum Bestandteil unserer Therapie bis 6 = ist wichtigster Bestandteil unserer Therapie

## Kapitel 2 Konzeptionelle Grundlagen der Bewegungstherapie

Tab. 2-5: Varianzanalytische Unterschiede in der Bewertung der Wirkbereiche, Gewichtung bewegungstherapeutischer Inhalte, sowie Fokussierung auf Bewegungspraxis in Gruppentherapien (für die fallstärksten Erkrankungsbereiche)

	Versorgungsform			Abteilungsart				
	stationär (und teilstationär)	ausschließlich ambulant	$\eta^2$	bewegungs-thera-		Physiotherapeutische Abteilung (Abt_PT)	Sporttherapeutische Abteilung (Abt_ST)	$\eta^2$
				übergreifende Therapieabteilung (Abt_ÜT)	peutische Abteilung (Abt_komb.)			
M (SD)	M (SD)		M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
<b>Körperlich-motorischer Wirkbereich (Skala 1-4)<sup>1</sup></b>								
gesamt	2.83 (.59)	2.97 (.60)	.01*	3.10 (.51)	2.96 (.58)	3.00 (.60)	2.75 (.56)	.05*
Kardiologie	2.78 (.48)	2.55 (.60)	.04	-	-	-	-	-
Orthopädie Rücken	2.94 (.54)	3.02 (.57)	.01	3.01 (.50)	2.95 (.58)	3.10 (.59)	2.88 (.53)	.02
Orthopädie Totalendoprothesen	3.17 (.55)	3.29 (.41)	.01	3.34 (.47)	3.12 (.54)	3.29 (.49)	3.07 (.56)	.05
Orthopädie gemischt	2.88 (.51)	3.19 (.51)	.09*	3.02 (.46)	2.95 (.59)	3.02 (.61)	2.86 (.46)	.01
Neurologie	2.95 (.50)	2.41 (.48)	.17*	2.98 (.50)	3.15 (.45)	2.71 (.47)	2.53 (.45)	.22*
Onkologie	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychosomatik	-	-	-	2.90 (.50)	2.75 (.64)	2.51 (.58)	2.36 (.46)	.12*
Sucht	2.47 (.57)	2.32 (.39)	.00	-	-	-	-	-
<b>Psycho-sozialer Wirkbereich (Skala 1-4)<sup>1</sup></b>								
gesamt	2.25 (.63)	1.98 (.64)	.04*	2.20 (.62)	2.20 (.71)	2.03 (.69)	2.13 (.58)	.01
Kardiologie	2.20 (.63)	2.28 (.64)	.00	-	-	-	-	-
Orthopädie Rücken	2.10 (.49)	1.87 (.65)	.04*	2.17 (.64)	1.92 (.60)	2.00 (.58)	1.92 (.47)	.03
Orthopädie Totalendoprothesen	2.04 (.62)	1.96 (.53)	.00	2.04 (.50)	1.98 (.71)	1.96 (.68)	2.05 (.57)	.00
Orthopädie gemischt	2.00 (.56)	1.85 (.63)	.02	2.08 (.57)	1.96 (.58)	1.86 (.77)	1.83 (.54)	.03
Neurologie	2.19 (.52)	2.10 (.60)	.01	2.09 (.07)	2.29 (.48)	1.93 (.79)	2.29 (.52)	.07
Onkologie	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychosomatik	-	-	-	3.07 (.39)	2.81 (.67)	2.45 (.84)	2.59 (.54)	.09
Sucht	2.63 (.62)	2.62 (.49)	.00	-	-	-	-	-

Anmerkungen: \*Signifikante Unterschiede ( $\alpha_{krit} = .05$ ); Leere Zellen (-): Ausschluss der Kategorien für Mittelwertvergleiche aufgrund zu geringer Fallzahlen

<sup>1</sup> Skala: 1= geringe Beeinflussbarkeit, 2 = mittlere Beeinflussbarkeit, 3 = hohe Beeinflussbarkeit, 4 = sehr hohe Beeinflussbarkeit

## Kapitel 2 Konzeptionelle Grundlagen der Bewegungstherapie

### Fortsetzung 1 Tab. 2-5

	Versorgungsform			Abteilungsart				
	stationär (und teilstationär)	ausschließlich ambulant	$\eta^2$	bewegungs-therapeutische		Physiotherapeutische Abteilung (Abt_PT)	Sporttherapeutische Abteilung (Abt_ST)	$\eta^2$
				übergreifende Therapieabteilung (Abt_ÜT)	Abteilung (Abt_komb.)			
M (SD)	M (SD)		M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
<b>Wirkbereich Unsicherheit/Dekonditionierung (Skala 1-4)<sup>1</sup></b>								
gesamt	2.84 (.55)	2.84 (.61)	.00	2.90 (.51)	2.75 (.57)	2.77 (.60)	2.83 (.58)	.01
Kardiologie	3.18 (.55)	3.16 (.68)	.00	3.13 (.70)	3.17 (.60)	3.44 (.31)	3.25 (.53)	-
Orthopädie Rücken	2.74 (.53)	2.79 (.60)	.00	2.86 (.61)	2.62 (.45)	2.78 (.64)	2.80 (.61)	.03
Orthopädie Totalendoprothesen	2.78 (.52)	2.90 (.47)	.01	2.90 (.48)	2.63 (.57)	2.92 (.54)	2.92 (.51)	.06
Orthopädie gemischt	2.82 (.56)	2.81 (.61)	.00	2.98 (.51)	2.64 (.65)	2.70 (.53)	2.68 (.54)	.07
Neurologie	2.95 (.53)	2.28 (.66)	.20*	2.84 (.49)	2.97 (.50)	2.75 (.84)	2.88 (.76)	.02
Onkologie	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychosomatik	-	-	-	2.94 (.34)	2.92 (.62)	2.63 (.44)	2.87 (.58)	.03
Sucht	2.80 (.56)	3.00 (.52)	.01	-	-	-	-	-
<b>Wirkbereich Transfer körperlich-sportlicher Aktivität in den Alltag (Skala 1-4)<sup>1</sup></b>								
gesamt	2.51 (.62)	2.48 (.63)	.00	2.67 (.60)	2.41 (.64)	2.43 (.65)	2.48 (.55)	.03*
Kardiologie	2.67 (.71)	2.54 (.75)	.01	-	-	-	-	-
Orthopädie Rücken	2.52 (.57)	2.42 (.64)	.01	2.65 (.63)	2.28 (.60)	2.42 (.64)	2.48 (.59)	.05
Orthopädie Totalendoprothesen	2.43 (.59)	2.57 (.56)	.01	2.60 (.57)	2.28 (.69)	2.56 (.63)	2.36 (.53)	.05
Orthopädie gemischt	2.47 (.67)	2.47 (.58)	.00	2.88 (.63)	2.26 (.50)	2.44 (.78)	2.47 (.55)	.15*
Neurologie	2.44 (.59)	2.38 (.42)	.00	2.42 (.54)	2.59 (.71)	2.14 (.42)	2.60 (.28)	.08
Onkologie	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychosomatik	-	-	-	2.89 (.59)	2.67 (.61)	2.48 (.76)	2.51 (.61)	.05
Sucht	2.56 (.64)	2.71 (.80)	.00	-	-	-	-	-

Anmerkungen: \*Signifikante Unterschiede ( $\alpha_{krit} = .05$ ); Leere Zellen (-): Ausschluss der Kategorien für Mittelwertvergleiche aufgrund zu geringer Fallzahlen

<sup>1</sup> Skala: 1= geringe Beeinflussbarkeit, 2 = mittlere Beeinflussbarkeit, 3 = hohe Beeinflussbarkeit, 4 = sehr hohe Beeinflussbarkeit

## Kapitel 2 Konzeptionelle Grundlagen der Bewegungstherapie

Fortsetzung 2 Tab. 2-5

	Versorgungsform			Abteilungsart				
	stationär (und teilstati- onär)	ausschließlich ambulant	$\eta^2$	übergreifende Therapieabteilung (Abt_ÜT)	bewegungs-thera- peutische Abteilung (Abt_komb.)	Physiotherapeutische Abteilung (Abt_PT)	Sporttherapeutische Abteilung (Abt_ST)	$\eta^2$
Inhalt: Vermittlung von Effekt- & Handlungswissen (Skala 1-6) <sup>2</sup>								
gesamt	4.95 (.83)	5.06 (.72)	.00	5.12 (.72)	4.88 (.82)	5.02 (.88)	4.97 (.80)	.01
Kardiologie	5.33 (.68)	5.27 (.61)	.00	-	-	-	-	-
Orthopädie Rücken	5.24 (.61)	5.02 (.81)	.02	5.21 (.64)	5.09 (.59)	5.20 (.63)	5.09 (.96)	.01
Orthopädie Totalendoprothesen	4.74 (.95)	5.17 (.62)	.05*	5.11 (.77)	4.68 (.97)	4.68 (1.19)	4.93 (.47)	.05
Orthopädie gemischt	5.34 (.57)	5.04 (.67)	.06	5.39 (.60)	5.08 (.72)	5.45 (.40)	4.95 (.59)	.10
Neurologie	4.50 (.98)	4.72 (.63)	.01	4.45 (.85)	4.42 (1.07)	4.88 (.80)	4.69 (.66)	.04
Onkologie	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychosomatik	-	-	-	5.08 (.60)	4.95 (.70)	4.67 (1.21)	4.93 (.88)	.02
Sucht	4.76 (.80)	4.94 (.76)	.00	-	-	-	-	-
Inhalt: volitionale Umsetzung eigener Aktivitäten (Skala 1-6) <sup>2</sup>								
gesamt	3.64 (1.22)	3.67 (1.00)	.00	3.86 (1.22)	3.56 (1.01)	3.63 (1.00)	3.40 (1.00)	.02*
Kardiologie	3.93 (1.38)	4.02 (.97)	.00	-	-	-	-	-
Orthopädie Rücken	3.84 (1.18)	3.45 (1.02)	.03*	3.88 (1.35)	3.68 (1.17)	3.42 (.93)	3.44 (.77)	.03
Orthopädie Totalendoprothesen	3.62 (1.14)	3.92 (.97)	.02	3.93 (1.16)	3.54 (1.05)	3.65 (1.09)	3.63 (1.01)	.02
Orthopädie gemischt	4.17 (1.19)	3.85 (.84)	.02	4.47 (1.13)	3.69 (1.03)	4.13 (1.02)	3.80 (.67)	.10
Neurologie	3.24 (1.11)	3.25 (1.20)	.00	3.05 (.86)	3.50 (1.29)	4.00 (1.03)	2.50 (.89)	.18*
Onkologie	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychosomatik	-	-	-	3.50 (.94)	3.39 (1.01)	3.35 (.91)	3.32 (1.31)	.00
Sucht	3.36 (1.21)	3.56 (1.01)	.00	-	-	-	-	-

Anmerkungen: \*Signifikante Unterschiede ( $\alpha_{krit} = .05$ ); Leere Zellen (-): Ausschluss der Kategorien für Mittelwertvergleiche aufgrund zu geringer Fallzahlen

<sup>2</sup> Skala: 1= ist kaum Bestandteil unserer Therapie bis 6 = ist wichtigster Bestandteil unserer Therapie

## Kapitel 2 Konzeptionelle Grundlagen der Bewegungstherapie

### Fortsetzung 3 Tab. 2-5

	Versorgungsform			Abteilungsart				
	stationär (und teilstationär)	ausschließlich ambulant	$\eta^2$	übergreifende Therapieabteilung (Abt_ÜT)	bewegungs-thera- peutische Abteilung (Abt_komb.)	Physiotherapeutische Abteilung (Abt_PT)	Sporttherapeutische Abteilung (Abt_ST)	$\eta^2$
Inhalt: positives Erleben der Aktivität (Skala 1-6) <sup>2</sup>								
gesamt	4.35 (1.17)	4.12 (1.03)	.01*	4.34 (1.18)	4.27 (1.20)	4.13 (1.19)	4.20 (1.03)	.00
Kardiologie	4.21 (.92)	4.12 (.80)	.00	-	-	-	-	-
Orthopädie Rücken	4.10 (1.26)	4.03 (1.05)	.00	4.08 (1.23)	4.22 (1.03)	3.76 (1.31)	4.04 (1.10)	.02
Orthopädie Totalendoprothesen	3.88 (1.28)	3.98 (1.05)	.00	4.01 (1.06)	3.46 (1.46)	4.25 (1.28)	3.77 (.92)	.06
Orthopädie gemischt	4.40 (1.13)	4.24 (1.00)	.01	4.76 (.85)	4.18 (1.18)	4.68 (1.03)	3.75 (.68)	.14*
Neurologie	4.06 (.95)	4.00 (1.16)	.00	4.15 (1.31)	4.11 (1.01)	4.10 (.70)	3.81 (.59)	.02
Onkologie	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychosomatik	-	-	-	5.58 (.57)	5.11 (.74)	4.45 (1.09)	5.12 (.69)	.15*
Sucht	4.99 (.92)	4.94 (1.16)	.00	-	-	-	-	-
Fokus auf Bewegungspraxis (in %)								
gesamt	47.82 (29.83)	47.81 (28.95)	.00	45.43 (27.29)	50.28 (28.16)	44.79 (29.61)	47.73 (31.01)	.01
Kardiologie	54.28 (28.34)	46.41 (26.12)	.02	-	-	-	-	-
Orthopädie Rücken	42.57 (24.83)	43.43 (27.52)	.00	42.35 (22.32)	42.08 (26.28)	40.67 (28.88)	47.52 (28.47)	.01
Orthopädie Totalendoprothesen	53.05 (32.76)	51.76 (30.33)	.00	53.18 (28.98)	52.55 (34.30)	54.58 (32.16)	60.14 (33.78)	.01
Orthopädie gemischt	48.59 (28.73)	52.03 (25.63)	.00	34.05 (24.77)	63.60 (22.72)	44.08 (24.98)	44.85 (30.65)	.20*
Neurologie	53.88 (31.97)	52.21 (36.05)	.00	54.48 (32.39)	58.37 (29.66)	48.51 (34.82)	35.96 (26.66)	.07
Onkologie	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychosomatik	-	-	-	42.19 (30.61)	45.21 (23.62)	42.00 (30.45)	45.64 (34.73)	.00
Sucht	43.59 (30.78)	55.26 (45.13)	.01	-	-	-	-	-

*Anmerkungen:* \*Signifikante Unterschiede ( $\alpha_{krit} = .05$ ); Leere Zellen (-): Ausschluss der Kategorien für Mittelwertvergleiche aufgrund zu geringer Fallzahlen

<sup>2</sup> Skala: 1= ist kaum Bestandteil unserer Therapie bis 6 = ist wichtigster Bestandteil unserer Therapie

Die zunehmende Multimorbidität stellt die bewegungstherapeutische Versorgung in der Rehabilitation somit vor unterschiedliche Herausforderungen z. B. in Bezug auf eine bedarfsgerechte Zuweisung und Durchführung von Rehabilitationsleistungen, da die medizinische Rehabilitation bisher vorwiegend durch eine erkrankungsspezifische Ausrichtung geprägt ist (Seger et al. 2016a; Seger et al. 2016b).

Die Beeinflussbarkeit der Ausgangsbedingungen durch die eigene Bewegungstherapie ist weniger stark erkrankungsabhängig, was als ein Hinweis auf eine mehrdimensionale Ausrichtung der Bewegungstherapie in vielen Einrichtungen interpretiert werden kann. In der Gesamtbetrachtung wurde das Wirkpotenzial der Bewegungstherapie im Bereich des Transfers von körperlich-sportlicher Aktivität in den Alltag eher gering eingeschätzt. Möglicherweise wurde bei dieser Einschätzung der in der Regel nur drei-wöchige Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung berücksichtigt und in Frage gestellt, inwieweit man innerhalb dieser Zeitspanne nachhaltige Effekte in diesen Bereichen erzielen kann.

Ebenso wurde erkrankungsübergreifend bewegungstherapeutischen Inhalten mit volitionalem Fokus eine vergleichsweise geringere Gewichtung innerhalb der eigenen Bewegungstherapie zugesprochen. Gerade diese Inhalte sollten aber von hoher Bedeutsamkeit sein, um Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nachhaltig an körperlich-sportliche Aktivität zu binden, da Veränderungen hin zu aktiven Lebensweisen häufig ausbleiben (Hay-Smith et al. 2016). Nur bei Aufrechterhaltung der in der Rehabilitation initiierten körperlich-sportlichen Aktivität kann auch eine nachhaltige Sicherung der durch die Bewegungstherapie erzielten Wirkungen auf körperlicher sowie psychosozialer Ebene erreicht werden. Die Aufrechterhaltung körperlich-sportlicher Aktivität erfordert für die Gestaltung von Rehabilitationskonzepten vor allem auch eine Berücksichtigung von verhaltensbezogenen Inhalten (Hay-Smith et al. 2016). Angesichts dessen besteht möglicherweise Schulungsbedarf zu Verhaltensänderungstechniken mit volitionalem Fokus, bzw. Bedarf nach thematischer Verankerung schon in Ausbildungsinhalten. Allerdings waren hierbei wiederum erkrankungsspezifische Unterschiede festzustellen. Im Erkrankungsbereich der Kardiologie wurden bewegungstherapeutische Inhalte mit Fokus auf die volitionale Umsetzung eigener Aktivitäten am bedeutendsten wahrgenommen, möglicherweise weil hier schon früh der Transfer körperlich-sportlicher Aktivität in den Alltag vermehrt thematisiert wurde und entsprechende Konzepte Eingang in die Rehabilitationspraxis gefunden haben (z. B. Keck 2000; Sudeck 2006; Höner et al. 2004).

Zur weiteren Varianzaufklärung trugen in der Studie strukturelle Merkmale der Reha-Einrichtungen, wie die Versorgungsform und die Abteilungsart, bei. Die statistische Power ist

dabei durch kleine Stichproben innerhalb der der Kategorien, bzw. ungleichmäßige Verteilung eingeschränkt. Einzelne Kategorien wurden für Mittelwertvergleiche ausgeschlossen (vgl. Tab. 2-1). Im Hinblick auf die Versorgungsform als ein strukturelles Merkmal schätzten Leitungspersonen der Bewegungstherapie im Erkrankungsbereich der Neurologie sowohl im körperlich-motorischen Bereich, als auch im Bereich Unsicherheit/Dekonditionierung das Wirkpotenzial ihrer Bewegungstherapie im stationären Setting jeweils höher ein. Vor dem Hintergrund, dass im Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation der DRV Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015b) grundsätzlich ambulante und stationäre Rehabilitation als gleichwertige Alternativen gesehen werden, scheint es in manchen Erkrankungsbereichen doch Unterschiede zwischen beiden Versorgungsformen zu geben, die sich in der Gesamtbetrachtung allerdings wieder minimierten. Im Rehabilitationsalltag ist man mit unterschiedlichem Klientel konfrontiert. Für die ambulante Versorgung von Personen mit neurologischem Krankheitsbild deuten beispielsweise die Ergebnisse von (Pöpl et al. 2014) darauf hin, dass eher leicht betroffene Personen aus Phase D das Kernklientel darstellen, während schwerer betroffene Rehabilitandinnen und Rehabilitanden der Phase C nur in Ausnahmefällen ambulant versorgt werden und die wenigsten ambulanten Einrichtungen hierfür zugelassen sind.

Für eine weitere Varianzaufklärung innerhalb der Erkrankungsbereiche hätte möglicherweise die Phase der Erkrankung bzw. die Differenzierung der Erkrankung stärker berücksichtigt werden müssen. Da ein Großteil der Fragebogenitems in Bezug zu einer spezifischen Haupterkrankung beantwortet wurde, die wiederum zu Erkrankungsbereichen zugeteilt wurden, kommen unaufgeklärte Varianzen vermutlich auch durch einen zu geringen Differenziertheitsgrad zu Stande. Im Bereich der Orthopädie wurde zwar eine weitere Binnendifferenzierung vorgenommen (Rücken, TEP, gemischt), nicht jedoch z. B. für den neurologischen Bereich, was in Anbetracht der unterschiedlichen Bedingungen in verschiedenen Erkrankungsphasen differenzierte Erkenntnisse hervorbringen hätte können.

Bewegungstherapeutische Gruppenleistungen sind mittlerweile nicht als reine Bewegungspraxis ausgelegt, sondern auch verknüpft mit Wissensvermittlung und Schulungselementen. Die Vermittlung von Effekt- und Handlungswissen wurde als bedeutender Inhalt der Therapie eingeschätzt. Hierfür liegen erkrankungsübergreifend auch die meisten unterstützenden Materialien für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie bewegungstherapeutische Akteure vor. Wissensvermittlung und die Bereitstellung von Begleitmaterial allein scheint allerdings nicht auszureichen, um nachhaltig körperlich aktive Lebensstile zu initiieren („knowledge-behaviour gap“ Hay-Smith et al. 2016). Wie bereits erwähnt, besteht Bedarf

nach Inhalten mit volitionalem Fokus, wo es bislang auch vergleichsweise weniger Materialien in den Rehabilitationseinrichtungen gibt. Die wenigsten Materialien, sowohl für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als auch für bewegungstherapeutische Akteure liegen für Inhalte vor, die ein positives Erleben der Aktivität thematisieren. In Anbetracht, dass positive affektive Reaktionen in Verbindung mit körperlich-sportlicher Aktivität als wichtige Einflussgröße für eine langfristige Bindung an Aktivität gesehen werden (z. B. Williams 2008), wäre die Verfügbarkeit bzw. der Einsatz von unterstützenden Materialien sicherlich auch in diesem Bereich wünschenswert.

### **2.5 Ausblick und Limitationen**

In der zweiten Phase des Projekts wurden Workshops mit Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten durchgeführt. In erkrankungsspezifischen Fokusgruppen wurde unter anderem gerade diese Frage diskutiert, was innerhalb der eigenen Bewegungstherapie dazu beiträgt, eine nachhaltige Bindung an körperlich-sportliche Aktivität zu initiieren. Hier wurden neben Inhalten und konkreten didaktisch-methodischen Umsetzungsmöglichkeiten auch Förderfaktoren und Barrieren thematisiert (vgl. Kapitel 6) und somit ein vertiefter Einblick ermöglicht.

Detaillierte Informationen bilden dabei die essentielle Basis für die (Weiter-)Entwicklung bewegungstherapeutischer Konzepte (Jones et al. 2016). Bei der Entwicklung einer komplexen physiotherapeutischen Intervention zur Änderung des Bewegungsverhaltens nutzen Jones et al. (2016) daher beispielsweise den Ansatz des „Intervention Mapping“ (Kok et al. 2004), der eine systematische Vorgehensweise und große Transparenz sicherstellt. Neben dem Transfer aus der Forschung in die Praxis wird dadurch auch die Erforschung der Wirksamkeit und Wirkfaktoren von bewegungstherapeutischen Maßnahmen stärker ermöglicht. Um den vertieften Einblick in den Status quo der Bewegungstherapie auf einer breiten Informationsbasis vornehmen zu können, wurden zur Sicherung eines guten Fragebogenrücklaufs verschieden Strategien verfolgt. So fand eine vorherige Erprobung statt, die Rücksendung erfolgte pseudonymisiert und die Befragung wurde über verschiedene Wege (Ankündigungen auf Fachtagungen, in Fachzeitschriften und Newslettern) bekannt gemacht. Die Rücklaufquote war zufriedenstellend, trotz des umfangreichen Fragebogens mit 15 Din A4 Seiten. Es kann allerdings nicht ausgeschlossen werden, dass Antworten der bewegungstherapeutischen Abteilungen selektiv erfolgten. Vergleicht man die Anteile mit den im Reha-Bericht 2015 (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015a) ermittelten Zahlen, so liegt zumindest im Bereich stationärer Rehabilitationseinrichtungen keine erkrankungsspezifische Selektion vor.

Der eingesetzte Fragebogen war an Leitungspersonen adressiert, da diese die konzeptionelle Ausrichtung verantworten. Diese Verantwortung für die eigene Bewegungstherapie könnte möglicherweise das Antwortverhalten der leitenden Personen in Richtung der sozialen Erwünschtheit beeinflusst haben. Die Sicherstellung der Anonymität und eine intensive Kommunikation dieser sollten solche Antwortverzerrungen minimieren. In welchem Maße sich die Einschätzungen der Leitungspersonen auch mit Einschätzungen innerhalb des gesamten bewegungstherapeutischen Teams decken und in welchem Maße sie (in)kongruent mit Einschätzungen von anderen bewegungstherapeutischen Akteuren in anderer Funktion sind, wäre darüber hinaus eine interessante Forschungsperspektive.

In den meisten teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen gab es nur eine bewegungstherapeutische Abteilung. Dennoch waren auch weitere unterschiedliche Konstellationen zu finden, wie z. B. jeweils eigenständige Abteilungen für Physiotherapie und Sporttherapie. Im Falle mehrerer Abteilungen ist mit dem Fragebogen nicht spezifisch geklärt worden, wie die Aufgabenteilung untereinander konkret gestaltet ist. Bewegungstherapeutische Leitungspersonen füllten den Fragebogen jeweils für ihre Abteilung aus. Wurde beispielsweise ein therapeutischer Inhalt gering gewichtet, lässt es somit nur den Rückschluss zu, dass ihm in dieser Abteilung keine große Bedeutsamkeit zugesprochen wird. Es könnte aber durchaus sein, dass er dafür in einer anderen Abteilung ein wichtiger Bestandteil der Therapie ist.

Bei der Fragebogenentwicklung fand einerseits eine systematische Sichtung vorhandener Dokumente und Erhebungsinstrumente zur Erfassung von Konzepten und Prozessmerkmalen in der Rehabilitation statt. Es wurde auf die umfassende Berücksichtigung aller qualitätsrelevanter Handlungs- und Inhaltsbereiche der Bewegungstherapie in Anlehnung an das Kybernetische Modell der Therapieplanung (Werle et al. 2006), sowie übergeordnete Qualitätsdimensionen z. B. in Anlehnung an das MeeR-Projekt (Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha-Einrichtung) (Stamer et al. 2014) geachtet. Zudem erfolgte die Planung und Umsetzung der methodischen Schritte in der Fragebogenentwicklung in enger Abstimmung mit der Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“ der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften. Zusätzlich erfolgte Beratung durch einen mit Vertreterinnen und Vertretern aus Reha-Wissenschaft und Reha-Praxis besetzten Projektbeirat. Trotzdem konnten bei der Fragebogenerhebung nicht alle Aspekte der Bewegungstherapie bis ins Detail erfasst werden, wie es möglicherweise z. B. über eine teilnehmende Beobachtung realisierbar gewesen wäre. Wie oben bereits angedeutet, wurden die Sichtweisen der bewegungstherapeutischen Akteure in einer zweiten Phase des Projekts zusätzlich in Form der Fokusgruppen zu unterschiedlichen Themen berücksichtigt, was in den Kapiteln 5 und 6 berücksichtigt wird.

## 2.6 Literaturverzeichnis

- Brüggemann, Silke; Sewöster, Daniela; Kranzmann, Angela (2017): Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung – eine Analyse auf Basis quantitativer Routinedaten. In: Die Rehabilitation (efirst). DOI: 10.1055/s-0043-102556.
- Cohen, Jordan (1988): Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hoboken: Taylor and Francis.
- Dean, Elizabeth; Söderlund, Anne (2015): What is the role of lifestyle behaviour change associated with non-communicable disease risk in managing musculoskeletal health conditions with special reference to chronic pain? In: BMC Musculoskeletal Disorders 16, S. 87. DOI: 10.1186/s12891-015-0545-y.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015a): Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin. ISSN. Reha-Bericht 2015. 6000. Aufl. Hg. v. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin. Online verfügbar unter [www.reha-berichte-drv.de](http://www.reha-berichte-drv.de).
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015b): Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA) Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung. In: Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin. 1. Aufl.(04/2009). Online verfügbar unter [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207034/publicationFile/2130/rahmenkonzept\\_lta\\_datei.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207034/publicationFile/2130/rahmenkonzept_lta_datei.pdf).
- Faller, Hermann; Reusch, Anke; Meng, Karin (2011): DGRW-Update: Patientenschulung. In: Die Rehabilitation 50 (05), S. 284–291.
- Friedl-Huber, Almut; Küffner, Roland; Ströbl, Veronika; Reusch, Andrea; Vogel, Heiner; Faller, Hermann (2007): Praxis der Patientenschulung in der medizinischen Rehabilitation. Eine empirische Bestandsaufnahme bei 771 Rehabilitationseinrichtungen. In: Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation 75, S. 15–20.
- Geidl, Wolfgang; Hofmann, Jana; Göhner, Wiebke; Sudeck, Gorden; Pfeifer, Klaus (2012): Verhaltensbezogene Bewegungstherapie – Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. In: Die Rehabilitation 51 (04), S. 259–268.
- Hay-Smith, E. Jean C.; McClurg, Doreen.; Frawley, Helena.; Dean, Sarah. (2016): Exercise adherence: integrating theory, evidence and behaviour change techniques. In: Physiotherapy 102 (1), S. 7–9.
- Höner, Oliver; Sudeck, Gorden; Willimczik, Klaus (2004): Instrumentelle Bewegungsaktivitäten von Herzinfarktpatienten. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 12 (1), S. 1–10. DOI: 10.1026/0943-8149.12.1.1.

- Jones, Taryn M.; Dear, Blake F.; Hush, Julia M.; Titov, Nickolai; Dean, Catherine M. (2016): Application of intervention mapping to the development of a complex physical therapist intervention. In: *Physical Therapy* 96 (12), S. 1994–2004. DOI: 10.2522/ptj.20150387.
- Keck, Michael (2000): Zum Problem der Schnittstellenoptimierung Phase II/Phase III bei kardiologischen Rehabilitanden. In: *Die Rehabilitation* 39 (2), S. 101–105. DOI: 10.1055/s-2000-14389.
- Koch, Uwe; Lehmann, Claudia; Morfeld, Mathias (2007): Bestandsaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland 1-4. In: *Die Rehabilitation* 46 (3), S. 127–144. DOI: 10.1055/s-2007-973827.
- Kok, Gerjo; Schaalma, Herman; Ruiters, Robert A. C.; van Empelen, Pepijn; Brug, Johannes (2004): Intervention mapping: protocol for applying health psychology theory to prevention programmes. In: *Journal of Health Psychology* 9 (1), S. 85–98. DOI: 10.1177/1359105304038379.
- Pfeifer, Klaus; Sudeck, Gordon; Brüggemann, Silke; Huber, Gerhard (2010): DGRW-Update: Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Wirkungen, Qualität, Perspektiven. In: *Die Rehabilitation* 49 (04), S. 224–236.
- Pöpl, Dominik; Deck, R.; Kringler, W.; Reuther, P. (2014): Strukturen und Prozesse in der ambulanten Neurorehabilitation. In: *Die Rehabilitation* 53 (3), S. 168–175. DOI: 10.1055/s-0033-1353193.
- Reese, Christina; Hübner, Peter; Petrak, Frank; Schmucker, Dieter; Weis, Joachim; Mittag, Oskar (2016a): Strukturen und Praxis der psychologischen Abteilungen in der onkologischen und diabetologischen Rehabilitation: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. In: *Die Rehabilitation* 55 (1), S. 40–47. DOI: 10.1055/s-0042-100225.
- Reese, Christina; Mittag, Oskar (2013): Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen: Methoden und Ergebnisse. In: *Das Gesundheitswesen* 75 (12), S. 832–837. DOI: 10.1055/s-0033-1333738.
- Reese, Christina; Petrak, Frank; Mittag, Oskar (2016b): Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit Typ-2-Diabetes: Methoden und Ergebnisse. In: *Die Rehabilitation* 55 (5), S. 299–304. DOI: 10.1055/s-0042-113936.
- Reese, Christina; Weis, Joachim; Schmucker, Dieter; Mittag, Oskar (2016c): Development of practice guidelines for psychological interventions in the rehabilitation of patients with oncological disease (breast, prostate, or colorectal cancer): methods and results. In: *Psycho-Oncology*. DOI: 10.1002/pon.4322.

- Reusch, Andrea; Schug, Melanie; Küffner, Roland; Vogel, Heiner; Faller, Hermann (2013): Gruppenprogramme der Gesundheitsbildung, Patientenschulung und Psychoedukation in der medizinischen Rehabilitation 2010 – Eine Bestandsaufnahme. In: Die Rehabilitation 52 (04), S. 226–233.
- Seger, Wolfgang K.F.; Cibis, Wolfgang M.; Deventer, Angela; Grotkamp, Sabine L.; Lübke, Norbert; Schoenle, Paul-Walter et al. (2016a): Die Zukunft der medizinisch-rehabilitativen Versorgung im Kontext der Multimorbidität - Teil II: Strukturelle Voraussetzungen und Anforderungen an das rehabilitative Versorgungssystem. In: Das Gesundheitswesen. DOI: 10.1055/s-0042-108441.
- Seger, Wolfgang K.F.; Cibis, Wolfgang M.; Deventer, Angela; Grotkamp, Sabine L.; Lübke, Norbert; Schoenle, Paul-Walter; Schubert, M. (2016b): Die Zukunft der medizinisch-rehabilitativen Versorgung im Kontext der Multimorbidität - Teil I: Begriffsbestimmung, Versorgungsfragen und Herausforderungen. In: Das Gesundheitswesen. DOI: 10.1055/s-0042-108440.
- Stamer, Maren; Zeisberger, Marlen; Kleineke, Vera; Brandes, Iris; Meyer, Thorsten (2014): MeeR Merkmale einer guten und erfolgreichen Reha - Einrichtung im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund: Im Auftrag der Deutschen Rentenversicherung Bund. Abschlussbericht für den Auftraggeber. Online verfügbar unter [https://www.mh-hannover.de/epi\\_reha\\_meer.html](https://www.mh-hannover.de/epi_reha_meer.html).
- Sudeck, Gordon (2006): Motivation und Volition in der Sport- und Bewegungstherapie. Konzeptualisierung und Evaluierung eines Interventionskonzepts zur Förderung von Sportaktivitäten im Alltag. Hamburg: Czwalina (Forum Sportwissenschaft, 13).
- Turner, Patricia A.; Whitfield, T. Allan W. (1999): Physiotherapists' reasons for selection of treatment techniques. A cross-national survey. In: Physiotherapy Theory and Practice 15 (4), S. 235–246. DOI: 10.1080/095939899307649.
- Werle, Jochen; Woll, Alexander; Tittlbach, Susanne (2006): Gesundheitsförderung: Körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit im Alter. Stuttgart: Kohlhammer.
- Williams, David M. (2008): Exercise, affect, and adherence: an integrated model and a case for self-paced exercise. In: Journal of Sport & Exercise Psychology 30 (5), S. 471–496.

### **3 Typische inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtungen der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation. Eine latente Klassenanalyse auf Basis einer bundesweiten Erhebung in Deutschland**

#### **3.1 Einleitung**

Die differenzierten Analysen der inhaltlich-konzeptionellen Merkmale der bewegungstherapeutischen Abteilungen haben einerseits plausible Unterschiede zwischen den Erkrankungsbereichen abbilden können (Kapitel 2). 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.

Die Zielsetzung im Kapitel 3 ist es nun, eine Kategorisierung der bewegungstherapeutischen Abteilungen im Hinblick auf ihre Ziele und Inhalte vorzunehmen. Im Fokus der Fragestellung steht dabei die Identifikation von typischen inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtungen der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation. Die Analysen aus Kapitel 2 werden dadurch ergänzt, wodurch weitere Projektschritte ermöglicht werden:

- Die Kategorisierung typischer inhaltlich-konzeptioneller Ausrichtungen der Bewegungstherapie verlangt, dass nunmehr die verschiedenen Informationen über eine bewegungstherapeutische Einrichtung integrativ betrachtet werden. D. h., dass die wahrgenommene Beeinflussbarkeit von Wirkbereichen und die Gewichtung bewegungstherapeutischer Inhalte einer bewegungstherapeutischen Abteilung gebündelt in den Blick genommen werden, so dass die jeweils spezifische inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtung *einer Abteilung* charakterisiert werden kann. Damit werden weniger einzelne Wirkbereiche und Inhaltsgewichtungen analysiert (und z. B. zwischen den Erkrankungsbereichen verglichen), als vielmehr deren spezifische Konstellation identifiziert.
- Darauf aufbauend kann die *inhaltliche Zielsetzung* verfolgt werden, den Verbreitungsgrad von typischen inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtungen zu ermitteln und mögliche Unterschiede zwischen den Erkrankungsbereichen zu explorieren. Dies stellt elementares Hintergrundwissen über unterschiedliche Ausgangssituationen in verschiedenen

Rehabilitationseinrichtungen bereit, das einen differenzierteren Zugang zur Weiterentwicklung der bewegungstherapeutischen Versorgung ermöglicht.

- *Methodische Zielsetzung:* Eine Kategorisierung auf Einrichtungsebene bietet darüber hinaus die Möglichkeit, die Vielfalt typischer inhaltlich-konzeptioneller Ausrichtungen im weiteren Prozess der vertieften Erkundung bewegungstherapeutischer Ausrichtungen in der zweiten Studienphase zu berücksichtigen. So sieht der Studienplan (Kapitel 1) vor, dass für den qualitativen Studienteil die potenzielle Heterogenität in der bewegungstherapeutischen Versorgung in Deutschland berücksichtigt wird. Die hier angestrebte inhaltlich-konzeptionelle Kategorisierung der bewegungstherapeutischen Abteilungen kann für eine gezielte Einladung von bewegungstherapeutischen Leitungspersonen für die Entwicklungsworkshops in ausgewählten Erkrankungsbereichen genutzt werden.

Diese Zielstellungen werden in drei Schritten verfolgt: *Erstens* werden in Vorbereitung der Hauptanalysen zunächst faktorenanalytische Verfahren eingesetzt, um die vorhandenen Informationen über die bewegungstherapeutischen Abteilungen zu verdichten und die Kategorisierung mit möglichst wenigen prägnanten inhaltlich-konzeptionellen Merkmalen vornehmen zu können (erzielbare Wirkungen durch eigene Bewegungstherapie; Gewichtung von Inhalten und methodische Ausgestaltung). Im Zentrum steht *zweitens* die Anwendung einer latenten Klassenanalyse, mit der die typischen inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtungen der Bewegungstherapie identifiziert werden können. *Drittens* werden die ermittelten Kategorien in Beziehung zu den Erkrankungsbereichen gesetzt, um ihren Verbreitungsgrad in Abhängigkeit bestimmter Erkrankungsbereiche zu spezifizieren.

### **3.2 Methoden**

#### **3.2.1 Design und Studienpopulation**

Die Methodik ist im Hinblick auf das Design und die Stichprobe zunächst identisch mit den zuvor in Kapitel 1 und Kapitel 2 berichteten Informationen.

#### **3.2.2 Erhebungsverfahren**

Die relevanten Fragebogenabschnitte beziehen sich auf a) die wahrgenommene Beeinflussbarkeit von Problemlagen bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, b) die Gewichtung verhaltensorientierter Inhalte sowie c) die allgemeine didaktisch-methodische Ausrichtung der gruppentherapeutischen Leistungen der Bewegungstherapie. Für die ersten beiden Bereiche sind die konkreten Items den Tabellen 3-1 und Tabellen 3-2 zu entnehmen. Bedeutsam

ist, dass sich alle Fragen auf eine ausgewählte Haupterkrankung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden beziehen sollten, die in der bewegungstherapeutischen Abteilung am häufigsten versorgt wird. Weitere Informationen zum Fragebogen können wiederum dem Studienprotokoll entnommen werden (vgl. Kapitel 1).

*Wahrgenommene Beeinflussbarkeit von Problemlagen.* Zur Abbildung der anvisierten Wirkbereiche der Bewegungstherapie wurden 17 Items mit unterschiedlichen Problemlagen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eingesetzt, die allgemeine und therapiespezifische Zielsetzungen der Bewegungstherapie umfassten. Diese Problemlagen wurden deduktiv aus bestehenden Zielkatalogen der Bewegungstherapie hergeleitet (z. B. Pfeifer et al. 2010) und auf ein plausibles Minimum reduziert (vgl. Tab. 3-1). Darunter waren zum einen Merkmale aus den übergeordneten Zieldimensionen der Körperfunktionen und -strukturen (z. B. körperlich: Item 2: „Funktionen des Bewegungsapparats stark eingeschränkt“ bzw. psychisch: Item 13: „depressive Symptomatik“). Zum anderen wurden Merkmale aus dem Bereich der Aktivitäten/Partizipation mit spezifischem Blick auf die Hinführung zu körperlich-sportlicher Aktivität (z. B. Item 12: „mangelnde Vorstellung über konkrete Umsetzung körperlich-sportliche Aktivitäten im Alltag“) sowie allgemeine Einschränkungen von Aktivitäten berücksichtigt (z. B. Item 17: „Probleme im Umgang mit Stress und psychischen Anforderungen“). Die Leitungspersonen mussten jeweils beurteilen, wie stark sie die Problemlagen durch ihre eigene Bewegungstherapie als beeinflussbar einschätzen. Die Antwortmöglichkeiten reichten von gering (1), moderat (2), hoch (3) bis sehr hoch (4).<sup>1</sup>

*Gewichtung bestimmter verhaltensorientierter Inhalte.* Die Leitungspersonen beurteilten in einem Fragebogenabschnitt die Bedeutsamkeit spezifischer bewegungstherapeutischer Inhalte für die eigene Bewegungstherapie. Hierfür wurden acht Items in Anlehnung an ausgewählte Techniken der Verhaltensänderung formuliert, die für die Bewegungstherapie als bedeutsam erachtet wurden (Geidl et al. 2012; vgl. Tab. 3-2). Zudem wurde ein Item ergänzt, das inhaltlich auf das Erleben von Gruppendynamik ausgerichtet ist (Tab. 3-2: Nr. 9). Ein zweites Item wurde ergänzt, das Inhalte mit Arbeitsplatzbezug umschreibt (Tab. 3-2: Nr. 5). Die Antworten erfolgten auf einer sechsstufigen Skala von 1 (‚ist kaum Bestandteil‘) bis 6 (‚wichtigster Bestandteil der Therapie‘).

Für diese zehn Items wurden ebenfalls faktorenanalytische Verfahren eingesetzt, um möglichst wenige gebündelte Inhaltsbereiche in die Hauptanalysen einschließen zu können.

---

<sup>1</sup> Zudem konnte eine fünfte Kategorie ‚kann ich nicht beurteilen‘ gewählt werden. Für die weiteren Analysen wurde diese fünfte Kategorie mit der niedrigsten wahrgenommenen Beeinflussbarkeit zusammen betrachtet. Bei dieser Antwort schien es plausibel anzunehmen, dass dieser Problemlage keine substanzielle Bedeutung für die eigene Bewegungstherapie beigemessen wurde und die Bewegungstherapie nicht speziell auf diesen Wirkbereich ausgerichtet war.

### Kapitel 3 Typische inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtungen der Bewegungstherapie

Tab. 3-1: Deskriptive Angaben zur wahrgenommenen Beeinflussbarkeit von Problemlagen bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie Angaben zur explorativen Faktorenanalyse (max. n = 628 mit 13 und mehr Items; inkl. FIML)

Nr.	Therapierelevante Ausgangsbedingungen	n	Deskriptive Statistik					Faktorenanalyse <sup>2</sup>					
			Antworthäufigkeit f (%) <sup>1</sup>				M	SD	Faktor				h <sup>2</sup>
			1	2	3	4			1	2	3	4	
9	Unsicherheit/Ängste bzgl. eigener Bewegung und Belastbarkeit	622	3.2	19.8	50.8	26.2	3.00	0.77	<b>.74</b>	-.02	-.02	.04	.55
10	mangelnde Kenntnisse für eigenständige Durchführung ksA	625	2.6	16.2	49.3	32.0	3.11	0.76	<b>.58</b>	-.01	-.17	.38	.58
8	Körper- und Bewegungswahrnehmung stark eingeschränkt	624	4.3	25.3	50.6	19.7	2.86	0.78	<b>.51</b>	.15	.19	-.01	.51
1	Funktionen Herz-Kreislauf-System stark eingeschränkt	622	14.1	37.1	34.4	14.3	2.49	0.91	<b>.48</b>	.06	.06	-.11	.24
3	Defizite motorische Basisfertigkeiten Alltag	618	7.4	24.4	45.1	23.0	2.84	0.86	.03	<b>.85</b>	-.13	-.03	.71
2	Funktionen Bewegungsapparat stark eingeschränkt	627	1.1	13.2	46.1	39.6	3.24	0.72	.07	<b>.82</b>	-.14	-.03	.68
6	Schmerzen bei Bewegung	626	5.8	31.9	40.4	21.9	2.78	0.85	-.10	<b>.67</b>	.09	-.02	.40
5	Probleme, körperliche Anforderungen am Arbeitsplatz zu bewältigen	621	9.0	37.2	43.3	10.5	2.55	0.80	-.08	<b>.66</b>	.10	.09	.48
4	mangelnde motorische Fertigkeiten Gesundheitssport	622	3.5	31.0	48.1	17.4	2.79	0.76	.20	<b>.56</b>	.08	-.03	.50
13	depressive Symptomatik	622	23.0	42.1	27.7	7.2	2.19	0.87	-.06	-.03	<b>.92</b>	-.09	.71
17	Probleme im Umgang mit Stress und psychischen Anforderungen	619	17.4	37.2	36.7	8.7	2.37	0.87	-.02	-.01	<b>.78</b>	.04	.63
16	eingeschränkte soziale Kompetenz (Kooperation/Kommunikation)	621	24.2	43.5	27.1	5.3	2.14	0.84	.00	-.16	<b>.74</b>	.05	.55
7	Mattigkeit, Fatigue	611	17.3	40.6	35.2	6.9	2.32	0.84	.20	.04	<b>.52</b>	-.07	.39
12	mangelnde Vorstellung über konkrete Umsetzung ksA im Alltag	624	4.5	35.1	45.2	15.2	2.71	0.78	.06	-.03	-.03	<b>.89</b>	.81
11	mangelnde Motivation für regelmäßige ksA	624	4.2	42.6	39.7	13.5	2.63	0.77	.08	-.02	.31	<b>.48</b>	.55
14	hohe Wahrnehmung von Barrieren für ksA	613	17.6	46.7	31.2	4.6	2.23	0.79	.06	.17	.24	<b>.39</b>	.46
15	mangelnde Freude an Bewegung	619	8.2	36.8	43.3	11.6	2.58	0.80					

Anmerkungen: M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; h<sup>2</sup> = Kommunalität; grau hinterlegte Werte kennzeichnen den Modalwert; <sup>1</sup> Antworthäufigkeiten für Kategorie 1 (gering) inkl. der Kategorie ‚kann ich nicht beurteilen‘; <sup>2</sup> Faktorladungen des finalen Itemsets mit 16 Items und vier Faktoren

### Kapitel 3 Typische inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtungen der Bewegungstherapie

Tab. 3-2: Deskriptive Angaben zur Gewichtung spezifischer bewegungstherapeutischer Inhalte sowie Angaben zur explorativen Faktorenanalyse (n = max. 667 mit 7 oder mehr beantworteten Items)

Nr.	Inhaltsbereich	n	Deskriptive Statistik								Faktorenanalyse <sup>1</sup>			
			Antworthäufigkeit f (%)						M	SD	Faktor			h <sup>2</sup>
			1	2	3	4	5	6			1	2	3	
2	TN werden vielfältige Übungsformen und sportliche Techniken für gesundheitssportliche Aktivitäten vermittelt	664	1.4	1.2	4.2	12.8	37.8	42.6	5.12	1.02	<b>.71</b>	.02	-.02	.51
3	TN lernen, ihre Trainingsbelastung selbständig zu dosieren und zu steuern	663	0.5	3.3	5.9	17.5	37.4	35.4	4.94	1.07	<b>.65</b>	.13	.03	.53
1	TN erhalten Informationen zu Gesundheitseffekten von Bewegung/Training	664	0.6	1.8	8.1	17.5	37.5	34.5	4.93	1.05	<b>.51</b>	.36	-.01	.56
6	TN werden mit Bewegungsempfehlungen vertraut gemacht	663	0.9	2.7	6.0	15.1	40.3	35.0	4.96	1.06	<b>.47</b>	.47	-.04	.61
7	TN erhalten konkrete Anregungen, wo und wie sie nach der Reha körperlich aktiv bleiben können	665	3.2	3.5	7.4	15.9	32.3	37.7	4.84	1.28	.17	<b>.64</b>	-.05	.52
10	TN werden dazu angeleitet, Pläne zur Weiterführung körperlicher Aktivität am Wohnort schriftlich zu erstellen	646	44.6	19.5	10.1	10.2	8.4	7.3	2.40	1.65	-.06	<b>.40</b>	.25	.27
8	TN bewerten emotionale Zustände in Verbindung mit körperlicher Aktivität	656	9.5	12.7	17.5	24.5	21.3	14.5	3.79	1.51	-.10	.06	<b>.82</b>	.64
9	TN erleben Gruppendynamik und soziales Eingebundensein	656	2.3	2.0	5.5	16.3	32.3	41.6	4.99	1.16	.32	-.13	<b>.56</b>	.49
4	TN werden spezifisch angeleitet, ihren Körper besser wahrzunehmen	663	0.6	1.4	6.0	15.7	38.8	37.6	5.03	1.00				
5	TN werden auf Bewegungsanforderungen im beruflichen Alltag spezifisch vorbereitet	664	6.6	8.9	13.7	22.6	28.3	19.9	4.17	1.46				

Anmerkungen. M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; h<sup>2</sup> = Kommunalität; grau hinterlegte Werte kennzeichnen den Modalwert;

<sup>1</sup> Faktorladung des finalen Itemsets mit acht Items und drei Faktoren; <sup>2</sup> Faktorladungen des finalen Itemsets mit 16 Items und 4 Faktoren

### *Allgemeine didaktisch-methodische Ausrichtung der gruppentherapeutischen Leistungen.*

Zur Erfassung der allgemeinen didaktisch-methodischen Ausrichtung der Bewegungstherapie wurden detaillierte Fragen zu den gruppentherapeutischen Leistungen entwickelt. Die Leitungspersonen mussten hierbei alle gruppentherapeutischen Leistungen auflisten, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit der ausgewählten Haupterkrankungen normalerweise erhalten (vgl. auch Pöppel et al. 2014). Für jede gelistete Leistung wurde neben Angaben zur Häufigkeit pro Woche und Dauer pro Einheit auch die allgemeine didaktisch-methodische Ausrichtung erfragt. Die leitenden Personen beurteilten für jede Leistung, ob der Fokus auf Bewegungspraxis, auf Wissensvermittlung/Schulung oder auf einer Verknüpfung von Bewegungspraxis und Schulung liegt.

Für die Auswertung wird der prozentuale Anteil des zeitlichen Umfangs bewegungstherapeutischer Leistungen verwendet, den die Leitungspersonen mit einem *Fokus auf die Bewegungspraxis* charakterisierten. Dieser Anteil ist somit in Relation zum gesamten zeitlichen Umfang der Bewegungstherapie zu sehen und wird als Prozentwert ausgedrückt. Dabei stehen den Angeboten mit Fokus auf die Bewegungspraxis jene Angebote gegenüber, die die Leitungspersonen mit einem Fokus auf Verknüpfung von Bewegungspraxis und Schulung oder mit einem Fokus auf Wissensvermittlung/Schulung charakterisierten.

### **3.2.3 Statistische Analysen**

Die Faktorenanalysen zur Informationsverdichtung wurden separat für die beiden Bereiche der wahrgenommenen Beeinflussbarkeit von Problemlagen und der Gewichtung von verhaltensorientierten Inhalten vorgenommen. In beiden Fällen wurden mit der Software Mplus 5.21 (Muthén und Muthén 1998-2010) explorative Faktorenanalysen (EFA) für Items mit ordinalem Skalenniveau berechnet. Hierbei wurde ein robustes Weighted Least Square Schätzverfahren sowie eine schiefwinklige Rotationsmethode (PROMAX) eingesetzt, da Korrelationen zwischen den Faktoren prinzipiell nicht ausgeschlossen bzw. angenommen wurden. Fehlende Werte wurden innerhalb der explorativen Faktorenanalysen mithilfe einer Full Information Maximum-Likelihood-(FIML-)Prozedur geschätzt, die Standardeinstellung für EFA im Softwarepaket Mplus 5.21 ist (Muthén und Muthén 1998-2010).

Die Entscheidung über die Anzahl der extrahierten Faktoren wurde auf Basis von globalen Fit-Indizes, lokalen Modellparametern (Kommunalität, Faktorladungen der einzelnen Items, polychorische Inter-Item-Korrelationen) sowie des Eigenwertverlaufs (Scree-Plot) beurteilt. Als globale Fit-Indizes wurden  $\chi^2$ -Signifikanztest sowie das Verhältnis  $\chi^2/df$  verwendet. Ein signifikanter  $\chi^2$ -Test zeigt eine Abweichung zwischen Modell und empirischen Daten an.

Das Verhältnis  $\chi^2/df$  ergänzt die Beurteilung angesichts der hohen Sensitivität des Signifikanztests gegenüber den Freiheitsgraden, wobei Werte unter 2 als gut und Werte unter 3 als zufriedenstellend betrachtet werden (Schermelleh-Engel et al. 2003). Zudem wurden der Root-Mean-Square-Error of Approximation (RMSEA) und das Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) zur Modellbeurteilung herangezogen. RMSEA-Werte unter .05 weisen auf eine gute Modellanpassung und Werte unter .08 auf eine zufriedenstellende Modellanpassung hin. SRMR-Werte unter .05 weisen auf eine gute Modellanpassung und Werte unter .10 auf eine zufriedenstellende Modellanpassung hin (Schermelleh-Engel et al. 2003). Einzelne Items wurden ausgeschlossen, wenn sie schlechte lokale Modellparameter aufwiesen und zu keinem der extrahierten Faktoren zufriedenstellend zugeordnet werden konnten. Im Resultat sollten Items auf Basis statistischer Kriterien sowie einer guten inhaltlichen Interpretierbarkeit zu einer möglichst sparsamen Anzahl an Faktoren gebündelt werden.

Die latenten Klassen-Analysen (Latent Class Analysis; LCA) wurden mit der Software Mplus 5.21 (Muthén und Muthén 1998-2010) aufbauend auf Geiser (2011), Collins und Lanza (2010) sowie Muthén und Muthén (1998-2010) durchgeführt. Die Berechnungen erfolgten anhand eines Maximum Likelihood-Schätzverfahrens mit robustem Standardfehler (MLR). Für die LCA wurden für die explorativ ermittelten Faktoren jeweils Terzile gebildet. Sie beschreiben eine unterdurchschnittliche, durchschnittliche und überdurchschnittliche Ausprägung eines Indikators.

Im Rahmen von latenten Klassifikationsansätzen wird generell empfohlen, Modelle mit unterschiedlicher Anzahl von Klassen zu berechnen. Es soll dann das Modell ausgewählt werden, dass die besten Resultate für vergleichende Goodness-of-Fit-Indizes und statistische Tests liefert und zugleich die beste inhaltliche Interpretierbarkeit und Passung zu theoretischen Vorüberlegungen und empirischen Vorkenntnissen aufweist (Marsh et al. 2009). Die modellvergleichenden statistischen Tests zielen darauf ab, ob ein komplexeres Modell (Modell mit  $k$  Klassen) besser zu den empirischen Daten passt als ein sparsameres Modell (Modell mit  $k-1$  Klassen). Da es kein absolutes Standardkriterium für die Auswahl einer bestimmten Anzahl von Klassen gibt, werden in der Regel verschiedene Indikatoren für die Entscheidung über die Klassenanzahl kombiniert (Tein et al. 2013).

Aufbauend auf dieser Strategie wurden Modelle mit zwei bis sieben Klassen miteinander verglichen. Ab einer Anzahl von mehr als sieben Klassen wiesen verschiedene der nachfolgenden Indikatoren darauf hin, dass die Modellfits zunehmend schlechter wurden. Im Einzelnen wurden als relative Fitindizes das Bayessche Informationskriterium (Bayesian Information Criterion, BIC) und das für die Stichprobengröße adjustierte BIC betrachtet.

Niedrigere Werte deuten hierbei auf eine bessere Modellanpassung hin. Direkte statistische Modellvergleiche wurden mit dem Bootstrap Likelihood Ratio Differenztest (Nylund et al. 2007) und dem Bootstrap Lo-Mendel-Rubin-Likelihood Test (Lo et al. 2001) vorgenommen. Beide Verfahren prüfen die Alternativhypothese, dass ein Modell mit  $k$  Klassen eine bessere Modellanpassung aufweist als ein Modell mit einer Klasse weniger ( $k-1$  Klassen;  $p < .05$ ). Zudem wurden Werte für die Entropie herangezogen als Indiz für die Genauigkeit der Zuordnung von Fällen in die jeweilige Klasse. Höhere Werte zeigen eine höhere Genauigkeit für eine bestimmte Modelllösung an. Ein ähnliches Kriterium ist die durchschnittliche Höhe der Wahrscheinlichkeiten, mit der die einzelnen Individuen einer Klasse zugehören. Da die Zielsetzung der Analysen auch darauf ausgerichtet war, die (individuelle) Klassenzugehörigkeit zu bestimmen und für weitere Schritte im Forschungsprojekt zu nutzen, wurden diese Kriterien mit in den Entscheidungsprozess einbezogen (Collins und Lanza 2010). Es werden daher Werte für die Modelllösungen angegeben, die den Mittelwert für die Wahrscheinlichkeiten beschreiben, mit der einzelne Individuen einer Klasse genau dieser Klasse zugeordnet wurden. Werte über 80 (also im Durchschnitt 80% Wahrscheinlichkeit, dass die Individuen dieser Klasse zugehören) werden als gut bezeichnet (z. B. Geiser 2011; Collins und Lanza 2010).

Innerhalb einer LCA können *fehlende Informationen* bei einzelnen Indikatoren ersetzt werden (Collins und Lanza 2010). Für die eigenen Analysen sollte generellen Empfehlungen für den Umgang mit fehlenden Werten gefolgt werden (Wirz 2004). Demnach wird ein Ausschluss von Fällen nahegelegt, wenn weniger als etwa drei Viertel der Informationen, welche in eine Analyse einfließen, für einen Fall vorliegen.

### **3.3 Ergebnisse**

#### **3.3.1 Studienteilnehmende**

Von den 1146 angeschriebenen Rehabilitationseinrichtungen gaben insgesamt 685 Einrichtungen eine Rückmeldung. Inhaltliche Angaben zur Bewegungstherapie wurden in 734 Fragebögen aus 539 Rehabilitationseinrichtungen gegeben. Andere Rückmeldungen wiesen darauf hin, dass keine relevante bewegungstherapeutische Abteilung vorliegt ( $n = 90$ ) oder kein Interesse bzw. keine Zeit für eine Studienteilnahme bestand ( $n = 54$ ). Auf der Ebene der eligiblen Rehabilitationseinrichtungen belief sich der Rücklauf somit auf ca. 51%.

Für die Datenauswertungen mussten 21 Fragebögen ausgeschlossen werden, da sie sich als sehr unvollständig ausgefüllt erwiesen (vgl. Kapitel 1). Für die nachfolgenden Analysen

wurden zudem 39 Fragebögen nicht berücksichtigt, die von Leitungspersonen einer Fachabteilung stammen, die mehr als einen Fragebogen für verschiedene Erkrankungsschwerpunkte ausgefüllt hatten. Es wurde jeweils nur jener Fragebogen verwendet, der sich auf den Schwerpunkt der Rehabilitationseinrichtung bezieht. Für die hier beabsichtigten Auswertungen standen somit 674 potenziell relevante Fragebogen zur Verfügung.

Von den einbezogenen 674 Fragebogen stammten die meisten aus Abteilungen, die Bewegungstherapie für den Erkrankungsbereich Muskel/Skelett/Bindegewebe realisierten ( $n = 305$ ). Weitere größere Gruppen stammten aus den Bereichen Sucht ( $n = 118$ ), Psychosomatik ( $n = 78$ ), Kardiologie ( $n = 50$ ), Neurologie ( $n = 49$ ) und Onkologie ( $n = 41$ ). Geringe Anteile lagen für die Bereiche Stoffwechsel/Verdauung ( $n = 12$ ), Endokrinologie ( $n = 9$ ) und Rheumatologie ( $n = 5$ ) vor. Für weitere zwölf Fragebogen konnte der Erkrankungsbereich nicht eindeutig bestimmt werden.

### 3.3.2 Explorative Faktorenanalysen

In die EFA für die **wahrgenommene Beeinflussbarkeit von Wirkungsbereichen der Bewegungstherapie** wurden Personen eingeschlossen, die mindestens 13 der 17 Items ausgefüllt hatten ( $n = 628$ ). Der Fragebotenteil wurde von 37 Personen nicht bearbeitet und von neun Personen unzureichend ausgefüllt. Demgegenüber hatten 549 Personen alle 17 Items beantwortet (81.5%). Fehlende Informationen der einbezogenen 628 Fragebogen wurden anhand des FIML-Verfahrens innerhalb der EFA geschätzt (entspricht 1.09% der relevanten Datenpunkte).

Die explorativen Analysen legten zunächst nahe, ein Item aus dem Itempool nicht weiter zu berücksichtigen. Es handelt sich um das Item 15 („mangelnde Freude an Bewegung“), das am stärksten auf dem Faktor mit dem Markieritem „Depressive Symptomatik“ lud, aber hier eine vergleichsweise geringe Faktorladung (.48) aufwies. Es wurde daher auf das Item verzichtet, da stärker die allgemeine Freudlosigkeit als die spezifische Freudlosigkeit an Bewegung für die Faktorzuordnung verantwortlich schien. Angesichts der geringen Faktorladung wurde daher kein substanzieller Mehrwert für eine Erweiterung des Faktors gesehen.

Für die verbliebenen 16 Items deuteten der Eigenwertverlauf sowie die globalen Modellfit-Indizes auf die Favorisierung einer 4-Faktoren-Lösung hin, welche zudem eine bessere inhaltliche Interpretierbarkeit der Faktoren erlaubte. Die globalen Fitindizes für das 3-Faktoren-Modell lagen final im guten bis befriedigenden Bereich ( $\chi^2 = 170.02$ ;  $p < .001$ ;  $\chi^2/df = 3.00$ ; RMSEA = .053; SRMR = .029). Im Vergleich dazu wies das 3-Faktoren-Modell insbesondere schlechtere Werte für das Verhältnis  $\chi^2/df = 4.00$  sowie etwas schlechtere Werte für RMSEA (.064) und RMSR (.037) auf.

Der Faktor 1 fasste vier Items zusammen, die einen Wirkungsbereich ‚*Unsicherheit/ Dekonditionierung*‘ umschreiben (Tab. 3-1). Unsicherheit und Ängste mit Blick auf Belastbarkeit des eigenen Körpers sowie stark eingeschränkte Körperwahrnehmung fielen zusammen mit mangelnden Kenntnissen für den Umgang/Dosierung körperlicher Aktivität und stark eingeschränkter Herz-Kreislauf-Funktion. Letzteres Item 1 wies eine kritische Kommunalität auf. Es zeigte aber keine substantziellen Fremdladungen und ließ sich inhaltlich als körperliche Facette einer Dekonditionierung gut einordnen. Die Inter-Item-Korrelationen fielen für dieses Item entsprechend etwas niedriger aus ( $.28 \leq r_{polychorisch (pol.)} \leq .34$ ) als zwischen den anderen drei Items ( $.46 \leq r_{pol.} \leq .55$ ).

Der Faktor 2 ließ sich als *körperlich-motorischer Wirkungsbereich* zusammenfassen. Er beinhaltete fünf Items, die motorische Defizite für körperliche Aktivität in Alltag, Freizeit und Beruf, starke Einschränkungen des Bewegungsapparats sowie auch Schmerzen bei Bewegung umfassten. Die Inter-Item-Korrelationen wiesen mit Werten zwischen  $r_{pol.} = .36$  und  $r_{pol.} = .68$  auf eine zufriedenstellende bis gute interne Konsistenz hin.

Der Faktor 3 fasste vier Items eines *psycho-sozialen Wirkungsbereichs* zusammen. Er enthielt die Beeinflussbarkeit von depressiven Symptomatiken, von Mattigkeit/Fatigue, von Problemen im Umgang mit Stress bis hin zu Einschränkungen der sozialen Kompetenz. Die Inter-Item-Korrelationen fielen insgesamt gut aus ( $.41 \leq r_{pol.} \leq .66$ ), wobei die niedrigsten Korrelationen im Zusammenhang mit dem Item „Mattigkeit/Fatigue“ auftraten ( $.41 \leq r_{pol.} \leq .51$ ).

Der Faktor 4 bündelte drei Items, die den *Transfer körperlich-sportlicher Aktivitäten* adressieren. Sie umschrieben motivationale und volitionale Problematiken für regelmäßige Aktivitäten. Die Inter-Item-Korrelationen lagen im mittleren bis hohen Bereich ( $.45 \leq r_{pol.} \leq .62$ ) und wiesen auf eine gute interne Konsistenz des Faktors hin.

Für die EFA für die **Gewichtung verhaltensorientierter Inhalte** konnten 667 Personen einbezogen werden, die mindestens sieben der zehn Items bearbeitet hatten. Lediglich drei Personen hatten diesen Fragebogenabschnitt nicht bearbeitet und für weitere vier Personen lagen weniger als sieben beantwortete Items vor. In 617 Fällen waren alle zehn Indikatoren vorhanden, während in den anderen 50 Fragebögen in einem geringen Umfang fehlende Werte vorlagen (0.02% der Datenpunkte). Diese fehlenden Informationen wurden im Rahmen der EFA durch das FIML-Verfahren ersetzt.

Innerhalb der EFA wurden zunächst zwei Items aus den weiteren Analysen entfernt. Für das Item 4 (‚TN werden spezifisch angeleitet, ihren Körper besser wahrzunehmen‘) ergaben sich indifferente Faktorladungen mit jeweils zwei Ladungen um 0.30, so dass keine zufriedenstellende Faktorzuordnung vorgenommen werden konnte. Das Item 5 (‚TN werden auf Arbeitsanforderungen im beruflichen Alltag spezifisch vorbereitet‘) lud auf einem Faktor

zusammen mit jenen zwei Items, die auf den Transfer körperlich-sportlicher Aktivitäten in der Freizeit abzielten (siehe unten: Item 7 und 10). Zur besseren inhaltlichen Interpretierbarkeit dieses Faktors wurde auf eine gemeinsame Betrachtung der Vorbereitung auf körperliche Aktivitäten im Freizeitkontext sowie im Arbeitskontext verzichtet.

Für die verbliebenen acht Items war eine 3-Faktoren-Lösung auf Basis des Eigenwertverlaufs sowie der globalen Modellfit-Indizes zu favorisieren. Während das 2-Faktoren-Modell einen eher unbefriedigenden Modellfit aufwies ( $\chi^2 = 74.72$ ;  $p < .001$ ;  $\chi^2/df = 5.75$ ; RMSEA = .084; SRMR = .041), wies das 3-Faktoren-Modell einen guten globalen Modellfit auf ( $\chi^2 = 15.06$ ;  $p = .035$ ;  $\chi^2/df = 2.15$ ; RMSEA = .042; SRMR = .015).

Der Faktor 1 bündelte Inhalte zur *Vermittlung von Effekt- und Handlungswissen* (Tab. 3-2). Die vier Items zur Wissensvermittlung wiesen eine befriedigende bis gute interne Konsistenz auf (Inter-Item-Korrelationen:  $.46 \leq r_{pol.} \leq .60$ ). Der Faktor 2 bündelte zwei Inhalte zur *volitionalen Umsetzung eigener körperlich-sportlicher Aktivitäten*. Wenngleich die Inter-Item-Korrelation vergleichsweise niedrig war ( $r_{pol.} = .34$ ;  $p < .01$ ), konnte die inhaltliche Passung der beiden Items als sehr gut beurteilt werden. Das Item 10 wies dabei die Besonderheit auf, dass es mit Abstand die höchste Itemschwierigkeit hatte, so dass die Inter-Item-Korrelation sowie die Kommunalität dadurch negativ beeinflusst wurden. Der Faktor 3 fasste zwei Inhalte zur Gewichtung eines *positiven Erlebens von körperlich-sportlichen Aktivitäten* zusammen. Diese Inhalte mit Erlebensorientierung (Bewertung emotionaler Zustände in Verbindung mit Aktivität, Gruppendynamik und soziales Eingebundensein) wiesen eine zufriedenstellende Inter-Item-Korrelation ( $r_{pol.} = .49$ ) und Kommunalitäten auf (Tab. 3-2). Die Interkorrelationen der drei Faktoren bewegten sich im mittleren Bereich und lagen jeweils unterhalb von  $r = .50$  ( $r_{1,2} = .49$ ;  $r_{1,3} = .44$ ;  $r_{2,3} = .40$ ).

In der Konsequenz der explorativen Faktorenanalysen wurden insgesamt acht Indikatoren identifiziert, die in die Hauptanalysen zur Kategorisierung der inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtung von bewegungstherapeutischen Einrichtungen einfließen. Darunter sind vier Faktoren zur Beeinflussbarkeit von Wirkungsbereichen der Bewegungstherapie sowie drei Faktoren zur inhaltlichen Gewichtung verhaltensorientierter Inhalte. Für diese Faktoren wurde jeweils das arithmetische Mittel der faktorenanalytisch zugeordneten Items gebildet. Hinzu kommt als achter Indikator der Anteil gruppentherapeutischer Leistung mit Fokus auf die Bewegungspraxis. Für die latenten Klassenanalysen wurden für diese acht Merkmale jeweils

Terzile gebildet, die eine unter-, über- oder durchschnittliche Merkmalsausprägung repräsentieren (vgl. Tab. 3-3).<sup>1</sup>

### 3.3.3 Latente Klassenanalyse

Für die acht Indikatoren lagen von 571 der 674 Personen alle Informationen vor. Weitere 43 Personen gaben Informationen zu sieben Indikatoren und für weitere zehn Personen lagen Informationen für sechs Indikatoren vor. Insgesamt wurden damit 624 Fragebogen in die Kategorisierung der bewegungstherapeutischen Einrichtungen einbezogen, wohingegen 50 Fragebögen für die latente Klassenanalyse aufgrund unzureichend ausgefüllter relevanter Fragebogenabschnitte nicht verwendet werden konnten (Informationen für weniger als 6 der 8 Indikatoren; 7.4%).

Es wurden insgesamt sechs Modelle berechnet, deren zentrale Ergebnisse zur Entscheidung über die Anzahl der Klassen in Tabelle 3-4 zusammengestellt sind. Während der Log-Likelihood-Wert mit zunehmender Anzahl der Klassen sank, deuteten die relativen Fitindizes an, dass sparsamere Modelle mit weniger als sieben Klassen besser zu den empirischen Daten passten. Der BIC zeigte bei 3 Klassen den geringsten Wert, während der adjustierte BIC vergleichbare Werte für die Lösungen mit fünf und sechs Klassen aufwies. Der BLRT-Signifikanztest lässt die 6-Klassen-Lösung favorisieren, wohingegen der adjustierte LMR-Test für eine 5-Klassen-Lösung spricht. Der Entropie-Indikator ließ – bei geringen Unterschieden – das Modell mit sechs Klassen favorisieren. Die Modelle mit fünf oder sechs Klassen wiesen eine mindestens gute Zuordnungswahrscheinlichkeit für die Mehrzahl der Klassen auf, sowie jeweils eine Klasse mit einer befriedigenden Zuordnungswahrscheinlichkeit. In der Zusammenfassung der statistischen Entscheidungskriterien wurde eine Entscheidung zwischen einer 5-Klassen-Lösung und einer 6-Klassen-Lösung nahegelegt. Aus diesem Grund wurden insbesondere diese beiden Lösungen intensiv auf ihre inhaltlichen Ausprägungen vergleichend analysiert. Dazu wurden sowohl die Item-Response-Wahrscheinlichkeiten für jede Klasse sowie die mittleren Ausprägungen und Streuungen der acht Indikatoren in den einzelnen Klassen inspiziert (vgl. Kapitel 3.4.3). Der Diskussi-

---

<sup>1</sup> Da es teilweise zu häufig besetzten Ausprägungen auf den Terzilgrenzen kam, wichen die Terzilanteile in der Regel von einer idealtypischen Drittel-Aufteilung ab. Für die Verteilung in die einzelnen Terzilgruppen wurde nach folgendem Prinzip vorgegangen: Bei Merkmalen, die generell positiv bzw. höher eingeschätzt wurden, wurde die Kategorie ‚überdurchschnittlich‘ stärker besetzt (z. B. Gewichtung Inhalt: positives Erleben der Aktivität); für Merkmale, die generell negativer bzw. geringer eingeschätzt wurden, wurde die Kategorie ‚unterdurchschnittlich‘ stärker besetzt (z. B. Gewichtung Inhalt: volitionale Umsetzung eigener Aktivität).

onsprozess zwischen den Autorinnen und Autoren führte zu dem Schluss, dass das komplexere 6-Faktorenmodell insbesondere einen substanziellen inhaltlichen Mehrwert durch die zusätzlich separierte Klasse lieferte. Vor dem Hintergrund der statistisch zu favorisierenden Anzahl an Klassen und aus inhaltlichen Gründen (bei gleichzeitig möglichst hoher Sparsamkeit) wurde nachfolgend die 6-Klassen-Lösung weiterverfolgt.

### Kapitel 3 Typische inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtungen der Bewegungstherapie

Tab. 3-3: Deskriptive Statistik und Terzilbildung für die acht Indikatoren der konzeptionell-inhaltlichen Ausrichtung der Bewegungstherapie

Indikator	Min	Max	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>S</i>	<i>K</i>	Terzilbildung: Grenzwerte (Anteile)		
							unteres Terzil	mittleres Terzil	oberes Terzil
Wirkbereich: körperlich-motorisch	1.20	4.00	2.84	0.59	-0.08	-0.60	≤ 2.50 (28.3 %)	≥ 3.20 (38.1 %)	≥ 3.20 (33.5 %)
Wirkbereich: psycho-sozial	1.00	4.00	2.25	0.67	0.20	-0.50	< 2.00 (30.1 %)	≥ 2.75 (40.0 %)	≥ 2.75 (29.9 %)
Wirkbereich: Unsicherheit/Dekonditionierung	1.00	4.00	2.86	0.57	-0.31	0.00	≤ 2.67 (30.5%)	> 3.00 (37.0 %)	> 3.00 (32.4 %)
Wirkbereich: Transfer körperlich-sportliche Aktivität	1.00	4.00	2.52	0.62	0.27	-0.20	≤ 2.00 (31.1 %)	≥ 3.00 (38.4 %)	≥ 3.00 (30.3 %)
Gewichtung Inhalt: Vermittlung von Effekt- und Handlungswissen	1.25	6.00	4.99	0.80	-1.04	1.99	< 4.75 (28.4 %)	≥ 5.50 (36.7 %)	≥ 5.50 (34.7 %)
Gewichtung Inhalt: volitionale Umsetzung der Aktivität	1.00	6.00	3.61	1.17	0.18	-0.21	≤ 3.00 (36.8 %)	> 4.00 (37.7 %)	> 4.00 (25.5 %)
Gewichtung Inhalt: positives Erleben der Aktivität	1.00	6.00	4.39	1.13	-0.60	0.14	≤ 3.50 (26.9%)	≥ 5.00 (33.0 %)	≥ 5.00 (40.1 %)
Gruppentherapeutische Leistungen: Anteil Fokus Bewegungspraxis (in %)	0.0	100.0	47.2	29.3	-0.03	-0.93	≤ 34.4 (33.3 %)	≥ 61.3 (33.3 %)	≥ 61.3 (33.3 %)

Tab. 3-4: Fitindizes, Entropie, Modellvergleiche sowie Zuordnungswahrscheinlichkeiten pro Klasse für die geschätzten Modelle der latenten Klassenanalysen

Modell	LL	BIC	adj. BIC	Entropie	aLMR	BLRT	nK < 10/5%	Zuordnungswahrscheinlichkeit pro Klasse (in %) <sup>1</sup>						
								1	2	3	4	5	6	7
2 Klassen	-5107.7	10427.8	10323.1	0.74	-	-	0/0	91.0	93.6	-	-	-	-	-
3 Klassen	-5047.9	10417.7	10258.9	0.75	.016	<.0001	0/0	90.1	90.0	82.3	-	-	-	-
4 Klassen	-4998.9	10429.1	10216.4	0.77	.016	<.0001	0/0	82.9	83.8	85.5	91.2	-	-	-
5 Klassen	-4968.6	10477.8	10211.1	0.78	.043	<.0001	0/0	86.1	83.1	83.7	92.0	78.8	-	-
6 Klassen	-4941.2	10532.4	10211.8	0.80	.114	.003	1/0	84.0	86.6	85.1	91.6	80.5	73.9	-
7 Klassen	-4919.9	10599.4	10224.7	0.79	.800	.060	1/0	89.2	79.5	86.5	86.4	77.0	78.7	84.1

*Anmerkungen:* LL = Log-Likelihood; BIC = Bayesian Information Criterion; aLMR = p-Wert für den adjustierten Lobin-Mendell-Rubin Likelihood Ratio Test; BLRT = p-Wert für den Bootstrap Likelihood Ratio Test; nK < 10/5% = Anzahl der Klassen mit weniger als 10 bzw. 5% der Fälle; <sup>1</sup> Die Nummerierung der Klasse ist zufällig, so dass die Klassennummer in den verschiedenen Modellen nicht vergleichbar sind

### 3.3.4 Interpretation der 6-Klassen-Lösung

Die inhaltliche Interpretation der 6-Klassen-Lösung bezieht sich primär auf die Item-Response-Wahrscheinlichkeiten für die einzelnen Klassen, die der LCA zu Grunde lagen. Hierbei handelt es sich um die Wahrscheinlichkeiten, mit denen Leitungspersonen einer bestimmten Klasse zu einem der drei Terzile eines Indikators (überdurchschnittlich, durchschnittlich, unterdurchschnittlich) zuzuordnen sind. Die Ergebnisse der Auswertung sind in der Abbildung 3-1 grafisch dargestellt.

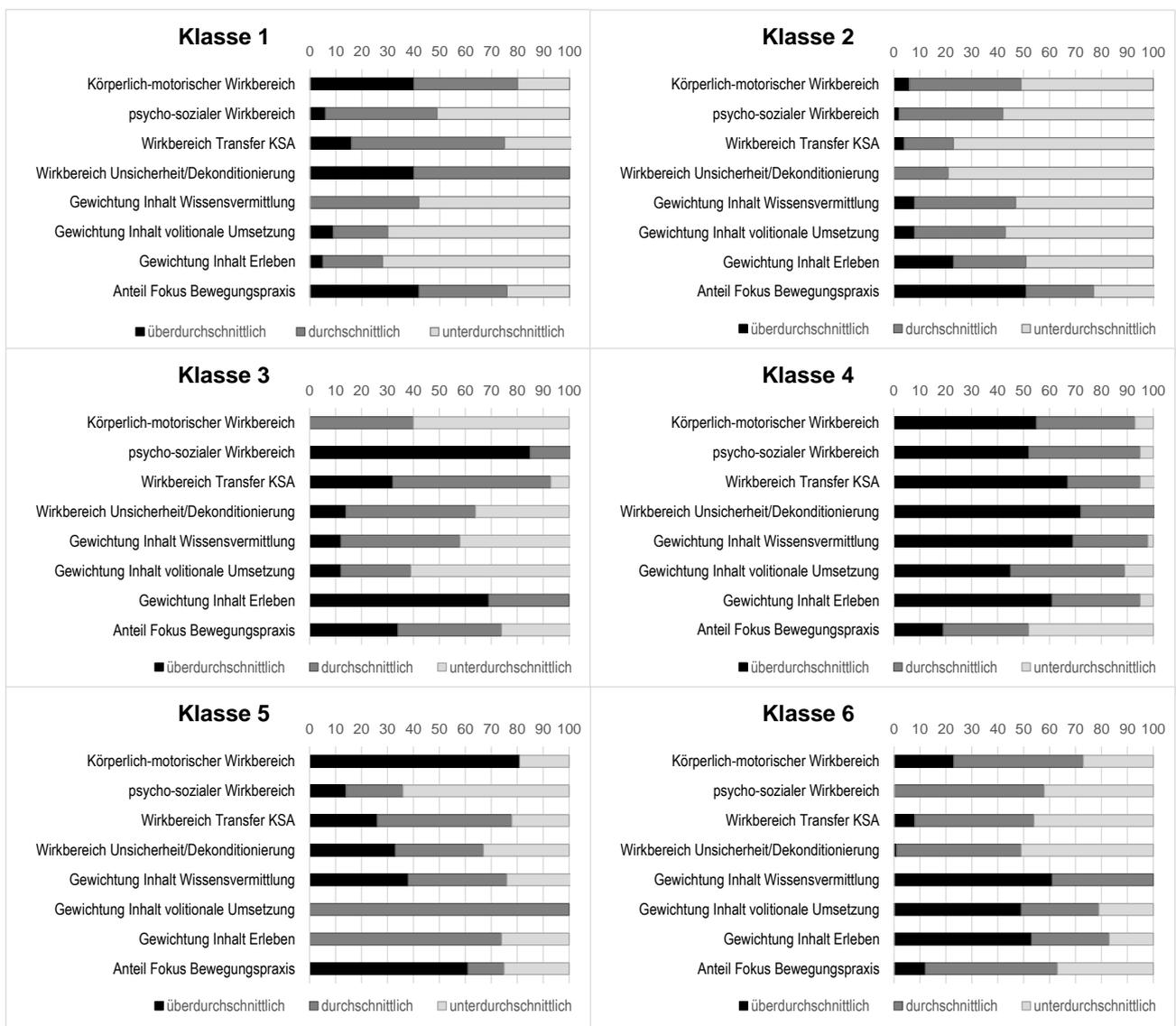


Abb. 3-1: Grafische Darstellung der Item-Response-Wahrscheinlichkeiten (in %) für die acht Indikatoren (Terzile: überdurchschnittlich [schwarz], durchschnittlich [grau], unterdurchschnittlich [hellgrau]) in den einzelnen Klassen 1 bis 6

In Ergänzung dazu wurden die Mittelwerte der acht Indikatoren als Profillinien für die sechs Klassen herangezogen (Tab. 3-2). Für eine bessere Vergleichbarkeit der unterschiedlich skalierten Indikatoren wurde einheitlich eine lineare Transformation auf das Intervall von 0 bis 100 vorgenommen. Diese Darstellung veranschaulicht die absolute Höhe der Ausprägungen in den acht Indikatoren in den sechs Klassen. Dadurch wird *innerhalb* der Klassen nochmals deutlicher, welche Wirkbereiche am stärksten beeinflussbar gesehen und welche Inhalte stärker als andere Inhalte gewichtet wurden.

Die nachfolgenden Beschreibungen dienen dazu, eine gewählte Kurzbezeichnung für die sechs Klassen verständlich und nachvollziehbar zu machen. Für ein weitergehendes Verständnis werden die klassenspezifischen Besonderheiten in Tabelle 3-5 prägnant beschrieben.

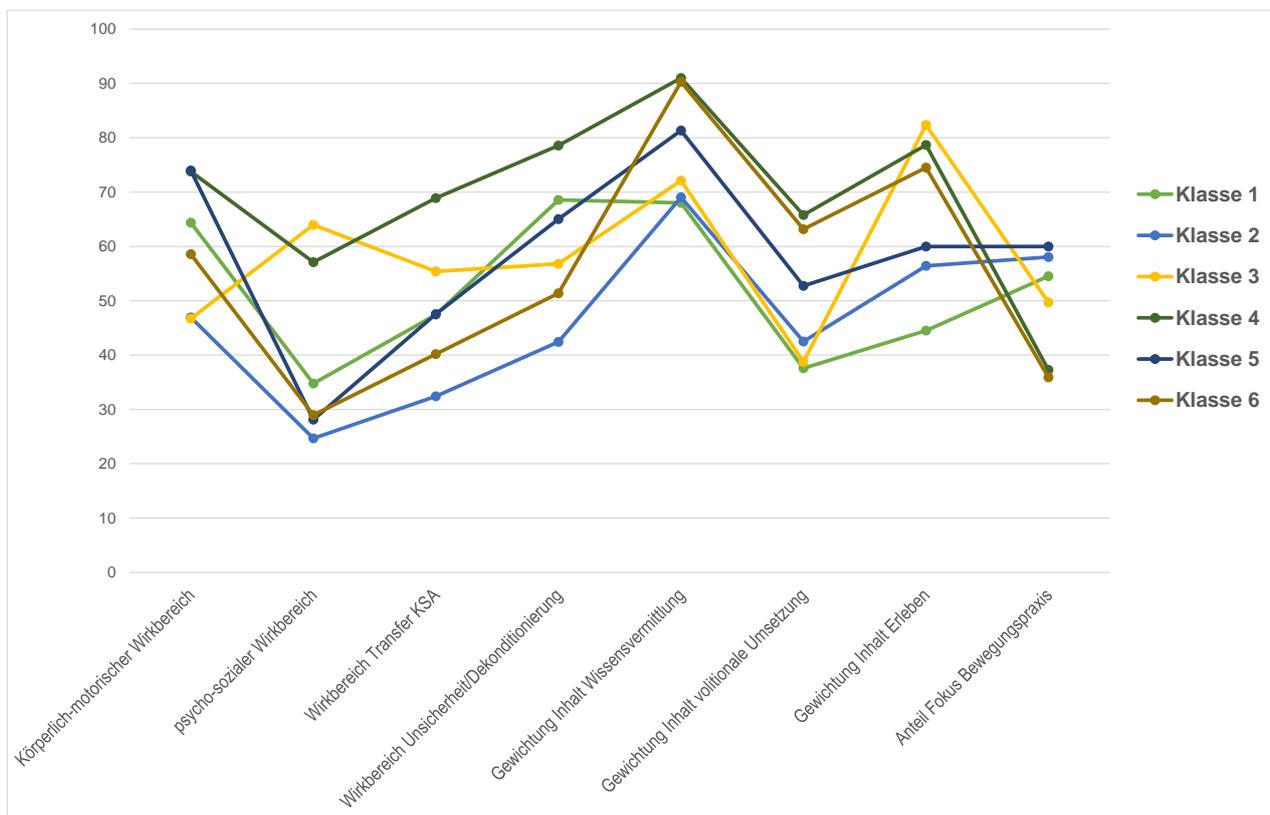


Abb. 3-2: Mittlere Ausprägungen der acht Indikatoren in den Klassen 1 bis 6 (für einen besseren Vergleich wurden die Indikatoren linear auf ein Intervall von 0 bis 100 transformiert; n = 602-624)

Die beiden Klassen 2 und 5 weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit für einen überdurchschnittlichen Fokus auf Bewegungspraxis in gruppentherapeutischen Angeboten auf (vgl. Tab. 3-1). **Klasse 2** fällt weiter durch die geringsten Erwartungen für die Beeinflussbarkeit

der verschiedenen Wirkbereiche der Bewegungstherapie auf. Zudem werden verhaltensorientierte Inhalte – im Vergleich zu den anderen Klassen – eher weniger gewichtet. Im Vergleich der Inhaltsbereiche sprechen diese Leitungspersonen der Wissensvermittlung noch am meisten Gewicht zu (vgl. Tab. 3-2). Zusammengefasst zeichnet sich die Bewegungstherapie in der Klasse 2 durch einen *Fokus auf Bewegung* aus. Die Hauptsache scheint also zu sein, dass die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Bewegung gebracht werden, wobei damit vergleichsweise wenig erzielbare Wirkungen assoziiert werden. Es handelt sich hierbei um die zweitgrößte Klasse in der Untersuchungsgruppe (21%).

Die **Klasse 5** ist neben dem höheren Fokus auf die Bewegungspraxis durch die Ausrichtung auf den körperlich-motorischen Wirkbereich der Bewegungstherapie geprägt. Erzielbare Wirkungen im körperlich-motorischen Bereich werden als hoch eingeschätzt, wohingegen erzielbare Wirkungen im psycho-sozialen Bereich als gering eingeschätzt werden. Die Gewichtung in allen drei verhaltensorientierten Inhaltsfeldern liegt im mittleren Bereich, wobei die Wissensvermittlung am stärksten gewichtet wird. Als Kurzcharakteristik kann die Klasse 5 mit einem *Fokus Training mit ergänzender Verhaltensorientierung* beschrieben werden. Systematisches Training mit Ausrichtung auf Wirkungen im körperlich-motorischen Bereich steht im Vordergrund und wird durch moderate Erweiterungen zur Förderung des Transfers körperlich-sportlicher Aktivität in den Alltag und den Abbau von Unsicherheit ergänzt. Diese Klasse stellt den kleinsten Anteil der Untersuchungsgruppe dar (7%).

Die beiden Klassen 4 und 6 weisen die geringsten Wahrscheinlichkeiten für einen Fokus auf Bewegungspraxis auf, d. h. sie sehen in ihrer Bewegungstherapie höhere Anteile für theoretische Inhalte sowie die Verknüpfung von Praxis und Theorie vor. Die **Klasse 4**, die den größten Anteil der Untersuchungsgruppe ausmacht (31%), sieht über alle Wirkbereiche hinweg eine überwiegend überdurchschnittliche Beeinflussbarkeit durch ihre Bewegungstherapie. Auffällig sind die höchsten Werte für die Beeinflussbarkeit des Transfers körperlich-sportlicher Aktivitäten sowie dem Abbau/dem Umgang mit Unsicherheit und Dekonditionierung. Die Leitungspersonen gewichten entsprechend verhaltens- und erlebensorientierte Inhalte vergleichsweise hoch. Für die Klasse 4 kann die Bewegungstherapie durch eine hohe *Mehrdimensionalität und Verhaltensorientierung* gekennzeichnet werden. Es werden mehrdimensionale Ziele in der Bewegungstherapie angesteuert und erzielbare Wirkungen in allen Wirkbereichen überdurchschnittlich hoch eingeschätzt. Dafür werden vielfältige verhaltens- und erlebensorientierte Inhalte hoch gewichtet.

Die **Klasse 6** (14%) ist sehr vergleichbar zu der Klasse 4 mit Blick auf die Inhaltsgewichtung sowie die höheren Anteile der Praxis-Theorie-Verknüpfung. Ihre Erwartungen zu erzielbaren

Wirkungen in allen vier Bereichen sind jedoch – im Vergleich zur Klasse 4 – deutlich geringer. Die stärkste Beeinflussbarkeit wird noch im körperlich-motorischen Bereich sowie in der Beeinflussbarkeit von Unsicherheit/Dekonditionierung gesehen. In dieser Klasse 6 steht die Bewegungstherapie kurzgefasst für eine *Verhaltensorientierung bei geringer Erwartungshaltung mit Blick auf erzielbaren Wirkungen* durch die eigene Bewegungstherapie.

Die **Klasse 3** (12%) fällt durch ihren deutlichen Fokus auf psycho-soziale Zielsetzungen der Bewegungstherapie sowie eine überdurchschnittliche Erlebensorientierung auf. Die Gewichtung auf die Erlebensorientierung geht einher mit moderaten Erwartungen für die Beeinflussbarkeit des Transfers körperlich-sportlicher Aktivität in den Alltag. Wissensvermittlung und volitionale Inhalte werden hingegen im Vergleich zu den anderen Klassen unterdurchschnittlich gewichtet. Kurzgefasst ist die Bewegungstherapie in dieser Klasse 3 durch einen *Fokus auf Erlebnis* geprägt.

Die **Klasse 1** (16%) sieht ihre Stärken in der Beeinflussbarkeit von Unsicherheit/Dekonditionierung sowie im körperlich-motorischen Bereich. Inhaltlich werden hierfür – im Vergleich zu den anderen Klasse – die verhaltensorientierten und erlebensorientierten Inhalte eher unterdurchschnittlich gewichtet. Als einzige verhaltensorientierte Komponente weist die Wissensvermittlung noch eine höhere Gewichtung auf. Eine Kurzcharakteristik für die Bewegungstherapie in dieser Klasse 1 wäre demnach ein *Fokus Konditionsaufbau und Abbau von Unsicherheit*. Mit einer tendenziell höheren Schwerpunktsetzung auf die Bewegungspraxis werden körperliche Funktionen gestärkt und Unsicherheiten im Umgang mit der Gesundheitsstörung abgebaut, wobei Wissensvermittlung ergänzend von Bedeutung ist.

### **3.3.5 Typische inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtungen in den verschiedenen Erkrankungsbereichen**

Für die Betrachtung der Beziehungen zwischen den typischen konzeptionell-inhaltlichen Ausrichtungen der Bewegungstherapie und den Erkrankungsbereichen wurden jene Erkrankungsbereiche ausgewählt, für die jeweils mindestens 35 Fragebogen vorlagen. Aus der größten Gruppe aus dem Erkrankungsbereich Muskel/Skelett/Bindegewebe wurden nochmals jene Fragebogen spezifisch zugeordnet, die sich eindeutig entweder dem Bereich Orthopädie Rücken (n = 137) oder dem Bereich Orthopädie TEP (n = 89) zuordnen ließen. Die Tabelle 3-6 fasst die Verteilungen der sechs latenten Klassen für die ausgewählten Erkrankungsbereiche zusammen. Für die inferenzstatistische Prüfung von Unterschieden zwischen den Erkrankungsbereichen wurde aufgrund der teilweise geringen Zellbesetzung

Tab. 3-5: Beschreibung der sechs Klassen typischer inhaltlich-konzeptioneller Ausrichtungen der Bewegungstherapie einschließlich Label und Gruppengröße (in% der Untersuchungsgruppe) für die einzelnen Klassen

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

ein exakter Test nach Fisher berechnet. Dieser deutete auf einen statistischen signifikanten Unterschied zwischen den Erkrankungsbereichen im Hinblick auf die Verteilung der Klassen hin ( $p < .001$ ).

In einigen der Erkrankungsbereichen (Herz/Kreislauf, Orthopädie Rücken, Onkologie und Psychosomatik) trat am häufigsten die Klasse 4 auf, in der die bewegungstherapeutische Ausrichtung durch mehrdimensionale Ziele und verhaltensorientierte Inhalte auffiel. Die Klasse 4 war dabei im Vergleich zur Gesamtgruppe deutlich überrepräsentiert in den Bereichen Herz-Kreislauf und Onkologie.

In den eher psychischen Erkrankungsbereichen war auffällig, dass in beiden Bereichen Psychosomatik und Sucht die Klasse 3 mit Fokus Erlebnis am häufigsten auftrat. Diese Klasse konnte weitestgehend nur in diesen beiden Erkrankungsbereichen beobachtet werden. Für den Bereich Sucht fiel allerdings – im Unterschied zum Bereich Psychosomatik – auf, dass auch die Klasse 2 mit Fokus Bewegung häufiger auftrat. Im Bereich der Psychosomatik trat hingegen die Klasse 4 mit Mehrdimensionalität und Verhaltensorientierung gleich häufig auf wie die Klasse 3 mit Fokus Erlebnis.

In den beiden Bereichen Neurologie und TEP war die Klasse 1 mit Fokus Konditionsaufbau und Abbau von Unsicherheit die häufigste Therapieausrichtung. Im Bereich TEP trat zudem die Klasse 5 mit Fokus Training und ergänzender Verhaltensorientierung tendenziell häufiger auf. In der Neurologie war es zudem die Klasse 2 mit Fokus Bewegung.

#### **3.3.6 Typische inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtungen in Abhängigkeit der Abteilungsart**

Die Tabelle 3-7 gibt einen Überblick über die Verteilung der typischen inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtungen in Abhängigkeit der Abteilungsart. Inferenzstatistisch zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Abteilungsarten ( $\chi^2 (15) = 31.42$ ;  $p = .003$ ). Folgende typische bewegungstherapeutische Ausrichtungen fallen bei Betrachtung der Zellenbesetzungen bei den einzelnen Abteilungsarten im Vergleich zur Verteilung in der Gesamtgruppe auf:

- Klasse 2 mit einem Fokus auf Bewegung tritt häufiger in übergreifenden Therapieabteilungen auf;
- Klasse 4 mit Mehrdimensionalität und Verhaltensorientierung kommt häufiger bei eigenständigen sporttherapeutischen Abteilungen vor;

Klasse 6 mit Verhaltensorientierung bei geringer Erwartungshaltung tritt häufiger in eigenständigen physiotherapeutischen Abteilungen auf.

Tab. 3-6: Häufigkeiten der sechs latenten Klassen in ausgewählten Erkrankungsbereichen

Kurzcharakterisierung		Gesamt	Kardiologie	Rücken	TEP	Neurologie	Onkologie	Psychosomatik	Sucht
		n = 624	n = 48	n = 137	n = 89	n = 41	n = 38	n = 73	n = 109
Klasse 1	Fokus Konditionsaufbau und Abbau von Unsicherheit	15.7%	4 (8.7 %)	22 (16.1 %)	27 (30.3 %)	12 (29.3 %)	7 (18.4 %)	2 (2.7 %)	10 (10.1 %)
Klasse 2	Fokus Bewegung	21.1%	8 (17.4%)	30 (21.9%)	19 (21.3%)	12 (29.3%)	4 (10.5 %)	9 (12.3 %)	25 (22.9 %)
Klasse 3	Fokus Erlebnis	11.9%	0 (0 %)	6 (4.4 %)	0 (0 %)	2 (4.9 %)	2 (5.3 %)	26 (35.6 %)	37 (33.9 %)
Klasse 4	Mehrdimensionalität und Verhaltensorientierung	30.9%	24 (52.2 %)	34 (24.8 %)	26 (29.2 %)	11 (26.8 %)	17 (44.7 %)	26 (35.6 %)	27 (24.8 %)
Klasse 5	Fokus Training mit ergänzender Verhaltensorientierung	6.6%	4 (8.7 %)	15 (10.9 %)	12 (13.5 %)	1 (2.4 %)	2 (5.3 %)	1 (1.4 %)	0 (0 %)
Klasse 6	Verhaltensorientierung bei geringer Erwartungshaltung	13.8%	6 (6.0 %)	30 (21.9 %)	5 (5.6 %)	3 (7.3 %)	6 (15.8 %)	9 (12.3 %)	9 (8.3 %)

Anmerkungen: Schwarze Füllung entspricht häufigste und überrepräsentierte Klasse im Erkrankungsbereich; Dunkelgraue Füllung kennzeichnet häufigste Klasse im Erkrankungsbereich; Hellgraue Füllung kennzeichnet, dass die Klasse im Erkrankungsbereich im Vergleich zur Gesamtgruppe überrepräsentiert ist

### 3.4 Diskussion

Die präsentierten Ergebnisse der latenten Klassenanalysen stellen eine Erweiterung der differenzierten Analysen in Kapitel 2 dar. Der Erkenntnisgewinn besteht vor allem darin, dass durch das Verfahren der latenten Klassenanalyse verschiedene inhaltlich-konzeptionelle Merkmale einer Abteilung gebündelt betrachtet werden. Dadurch stehen nicht einzelne Wirkbereiche oder verhaltensorientierte Inhalte im Fokus der Analyse, sondern die einzelnen bewegungstherapeutischen Abteilungen, die jeweils inhaltlich-konzeptionell charakterisiert werden. Diese Perspektive verstärkt die bisher in Kapitel 2 mit sogenannten variablenorientierten Auswertungen gewonnenen Erkenntnisse, dass bundesweit in einem hohem Maße Unterschiede in der inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtung der Bewegungstherapie bestehen. Dies ist zunächst sachlogisch zu erwarten, insofern typische erkrankungsspezifische Ausrichtungen zum Beispiel im Bereich der eher psychischen Erkrankungen (Psychosomatik und Sucht) wiedergespiegelt werden (vgl. auch Kapitel 2).

Der Blick auf die einzelnen bewegungstherapeutischen Abteilungen verdeutlicht jedoch weitergehend, dass einerseits bestimmte typische Ausrichtungen mit den Erkrankungsbereichen assoziiert sind. Andererseits sind auch verschiedene inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtungen innerhalb von einzelnen Erkrankungsbereichen vertreten. Exemplarisch kann dies für die Erkrankungsbereiche Psychosomatik und Sucht konkretisiert werden: So ist ein bewegungstherapeutischer Fokus auf Erlebnis typisch für diese beiden Erkrankungsbereiche. Bei einem Drittel der Abteilungen wurde dieser Therapiefokus identifiziert. Im Bereich

der Psychosomatik ist jedoch in gleicher Weise eine mehrdimensionale und verhaltensorientierte Bewegungstherapie vertreten, die Ziele und Inhalte der Bewegungstherapie breiter anlegt. Diese konzeptionelle Ausrichtung ist ebenso im Bereich Sucht bei einem Viertel der untersuchten Abteilungen festzustellen. Zusätzlich fällt im Bereich Sucht auf, dass ein weiteres Viertel der Abteilungen durch einen Fokus auf Bewegung zu beschreiben ist, bei dem wenig Verhaltensorientierung erkennbar ist und erzielbare Wirkungen in den Bereichen körperlich-motorischer Wirkungen, psycho-sozialer Wirkungen, dem Transfer körperlich-sportlicher Aktivität in den Alltag sowie dem Abbau von Unsicherheit und Dekonditionierung unterdurchschnittlich eingeschätzt werden. Neben diesen Unterschieden zwischen den Bereichen Psychosomatik und Sucht treten aber auch weitere Gemeinsamkeiten dahingehend auf, dass bestimmte inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtungen sehr unwahrscheinlich sind. Dies betrifft hier den Therapiefokus auf Training mit einer ergänzenden Verhaltensorientierung. Für die bundesweite Bestandsaufnahme ist es demnach lohnenswert, typische inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtungen im Vergleich der Erkrankungsbereiche sowie innerhalb der Erkrankungsbereich genauer in den Blick zu nehmen.

### Kapitel 3 Typische inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtungen der Bewegungstherapie

Tab. 3-7: Häufigkeiten der sechs latenten Klassen in Abhängigkeit der Abteilungsart (n = 591)

Kurzcharakterisierung		Gesamt	übergreifende Therapieabteilung	bewegungs-therapeutische Abteilung	eigenständige physiotherapeutische Abteilung	eigenständige sporttherapeutische Abteilung
		n = 591	n = 160	n = 228	n = 82	n = 121
Klasse 1	Fokus Konditionierung und Ermutigung	16.1%	23 (14.4 %)	49 (19.3 %)	9 (11.0 %)	14 (11.6 %)
Klasse 2	Fokus Bewegung	20.5%	47 (29.4 %)	44 (19.3 %)	13 (15.9 %)	17 (14.0 %)
Klasse 3	Fokus Erlebnis	11.7%	23 (14.4 %)	21 (9.2 %)	8 (9.8 %)	17 (14.0 %)
Klasse 4	Mehrdimensionalität und Verhaltensorientierung	31.6%	40 (25.0 %)	69 (30.3 %)	29 (35.4 %)	49 (40.5 %)
Klasse 5	Fokus Training mit ergänzender Verhaltensorientierung	6.8%	11 (6.9 %)	18 (7.9 %)	4 (4.9 %)	7 (5.8 %)
Klasse 6	Verhaltensorientierung bei geringer Erwartungshaltung	13.4%	16 (10.0 %)	27 (11.8 %)	19 (23.2 %)	17 (14.0 %)

*Anmerkungen:* Graue Füllung kennzeichnet, dass die Klasse in dieser Abteilungsart im Vergleich zur Gesamtgruppe überrepräsentiert ist

Hinweise, dass ein substanzieller Anteil der Bewegungstherapie in Deutschland verschiedene Weiterentwicklungen im Einklang mit biopsychosozialen Therapiekonzepten und einer verstärkten Ausrichtungen auf den Transfer körperlich-sportlicher Aktivität in den Alltag vollzogen hat. Dies scheint am stärksten für die Erkrankungsbereiche Kardiologie sowie Onkologie zuzutreffen. Bewegungstherapeutische Abteilungen, die sich durch Mehrdimensionalität und Verhaltensorientierungen in ihren Zielen und Inhalten charakterisieren lassen, sind in diesen beiden Erkrankungsbereichen jeweils mit Abstand am stärksten vertreten.

Auf der anderen Seite steht aber auch ein Fünftel der Abteilungen, die zweitgrößte Gruppe der beteiligten Abteilungen, die einen Fokus auf die Bewegungspraxis setzen, ohne dass inhaltliche Schwerpunktsetzungen auf körperliches Training, psychische Wirkungen oder den Transfer körperlich-sportlicher Aktivitäten in den Alltag erkennbar wären. Eine Weiterentwicklung bewegungstherapeutischer Konzepte, welche die Mehrdimensionalität der Bewegungstherapie mit Blick auf biopsychosoziale Ziele berücksichtigt sowie wissenschaftlich evaluierte und andernorts praxiserprobte verhaltensorientierte Therapieelemente einbaut, scheint hier weniger fortgeschritten zu sein.

Somit bilden die Klasse 4 (Mehrdimensionalität und Verhaltensorientierung) und Klasse 2 (Fokus Bewegung) gewissermaßen zwei Pole mit Blick auf die zu charakterisierenden Kategorien der Bewegungstherapie. Dazwischen finden sich die weiteren inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtungen, die mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen auch erkrankungsspezifische Besonderheiten adressieren. So ist auffällig, dass sowohl im Bereich Orthopädie Endoprothesen als auch im Bereich der Neurologie ein Therapiefokus auf Konditionsaufbau und Abbau von Unsicherheit am häufigsten vertreten ist. Schwerpunkte werden demnach auf erzielbare Wirkungen im körperlich-motorischen Bereich sowie auf den Abbau von Unsicherheit gelegt. Damit wird die Bewegungstherapie entsprechend der somatisch geprägten Problemlagen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (vgl. Kapitel 2) auf die Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit und einen adäquaten bewegungsbezogenen Umgang mit der Gesundheitsstörung ausgerichtet. Für letzteres spielt zudem die Vermittlung von Handlungs- und Effektwissen eine Rolle, die deutlich stärker gewichtet wird als Inhalte zur volitionalen Umsetzung körperlicher Aktivität im Alltag oder die Erlebnisorientierung.

Eine weitere Auffälligkeit zeigt sich bei den bewegungstherapeutischen Abteilungen, die mit Verhaltensorientierung bei geringer Erwartungshaltung (Klasse 6) charakterisiert wurden. Während vielfältige verhaltensorientierte Inhalte in der Bewegungstherapie hoch gewichtet werden, werden die erzielbaren Wirkungen zurückhaltender eingeschätzt. Dabei ist auffällig, dass diese Klasse prozentual am häufigsten im Bereich Orthopädie Rücken vertreten ist.

Offenbar scheinen hier die komplexen, biopsychosozialen Problemlagen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit ins Kalkül genommen zu werden (vgl. auch Kapitel 2), wenn es um die Einschätzung der erzielbaren Wirkungen geht.

Die typischen Ausrichtungen der Bewegungstherapie sind folglich durch den Erkrankungsbereich mitbestimmt. Der Erkrankungsbereich dominiert aber keineswegs die inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtung. Weitere Aufklärung erbringt der Blick auf die strukturelle Verankerung der Therapieabteilung, die sich als eigenständige physiotherapeutische Abteilung, als eigenständige sporttherapeutische Abteilung, als gemeinsame Abteilung für Physiotherapie und Sporttherapie oder als therapieübergreifende Abteilung (also z. B. einschließlich der Ergotherapie) darstellen kann. Hierbei zeigten sich Assoziationen zwischen der Art der Therapieabteilung und den beiden Klassen, die sich gewissermaßen als Pole einer „modernen“ Bewegungstherapie darstellen. Während der Fokus auf Bewegung mit wenig verhaltensorientierten Elementen oder spezifischem Trainingsfokus häufiger in übergreifenden Therapieabteilungen vertreten ist, sind die eigenständigen sporttherapeutischen Abteilungen häufiger durch Mehrdimensionalität und Verhaltensorientierung in ihren Zielen und Inhalten zu beschreiben. Darüber hinaus zeigte sich, dass eigenständige physiotherapeutische Abteilungen häufiger durch eine Verhaltensorientierung mit geringer Erwartungshaltung zu kennzeichnen sind. Zusammengefasst kommt eine stärkere Gewichtung verhaltensorientierter Inhalte (Klassen 4 und Klasse 6) damit häufiger in den jeweils eigenständigen Abteilungsformen der Sporttherapie sowie Physiotherapie vor, während eine hohe Gewichtung verhaltensorientierter Inhalte am seltensten in therapieübergreifenden Abteilungen zu beobachten waren.

Für die Interpretation der Ergebnisse kann zunächst als Stärke hervorgehoben werden, dass eine Kategorisierung von bewegungstherapeutischen Abteilung – die über rein strukturelle Merkmale hinausgeht – in dieser Form und Größenordnung für Deutschland erstmalig vorliegt. Das Verfahren der latenten Klassenanalyse bietet dabei die Möglichkeit, die Wahrscheinlichkeit für die Zugehörigkeit einer Bewegungstherapie-Abteilung in eine bestimmte Klasse mit zu berücksichtigen. Für den Übergang in den zweiten Studienteil wurden diese Informationen genutzt, um die Heterogenität inhaltlich-konzeptioneller Ausrichtungen innerhalb eines Erkrankungsbereichs abzubilden. Zum anderen wurden nur solche Leitungspersonen eingeladen, deren Bewegungstherapie-Abteilung mit einer Wahrscheinlichkeit von über 80% zu der jeweiligen Klasse gehörte. Dadurch konnten besonders typische Abteilungen für die jeweiligen inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtungen herausgefiltert werden.

Als Limitationen müssen zunächst ähnliche Aspekte genannt werden, die bereits in Kapitel 2 erwähnt wurden. So wurden lediglich Leitungspersonen befragt, die aufgrund ihrer Verantwortung für die inhaltlich-konzeptionelle Ausrichtung stellvertretend für eine Abteilung gesehen wurden. Sie müssen aber nicht zwangsläufig die gesamten Team-Mitglieder einer bewegungstherapeutischen Abteilung repräsentieren. Es wäre gerade interessant zu ermitteln, in welchem Maße eine Homogenität oder Heterogenität der inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtung bei Mitgliedern *einer* bewegungstherapeutischen Abteilung bestehen. Daran schließt sich die Frage an, in welchem Maße ein gemeinsames konzeptionelles Verständnis der eigenen Bewegungstherapie als ein Qualitätskriterium zu sehen ist und ob dies im Zusammenhang mit Kriterien der Ergebnisqualität steht.

Darüber hinaus handelt es sich um subjektive Einschätzungen der Leitungspersonen, die nicht vollständig das tatsächliche Therapiegeschehen abbilden müssen. Zu denken ist an soziale Erwünschtheit bei der Beantwortung der Fragebögen, die eingeschränkte Sicht der Leitungsperson, die logischerweise nicht vollständig das therapeutische Geschehen wahrnehmen kann oder auch an allgemeine Persönlichkeitsmerkmale der Leitungsperson, die beispielsweise zu einer zurückhaltenden Einschätzung von erzielbaren Wirkungen der eigenen Bewegungstherapie führen könnten.

Ferner können potenzielle Selektionseffekte mit Blick auf die rekrutierten Abteilungen schwer abgeschätzt werden. Aus diesem Grund sind die angegebenen Prozentwerte für die Häufigkeit der einzelnen typischen inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtungen etwas eingeschränkt zu betrachten. Gleichwohl sollte die Charakterisierung der Klassen als solche davon wenig betroffen sein.

### **3.5 Fazit**

Für die flächendeckende Weiterentwicklung der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation bekräftigen die Ergebnisse, dass einzelne bewegungstherapeutische Abteilungen durch jeweils spezifische inhaltlich-konzeptionelle Ausgangsbedingungen geprägt sind. Darunter fallen sachlogische Differenzierungen zwischen einzelnen Erkrankungsbereichen, aber auch Unterschiede innerhalb einzelner Erkrankungsbereiche. Es sind dabei Hinweise erkennbar, dass manche konzeptionell-inhaltliche Ausrichtungen weniger mit biopsychosozial ausgerichteten Bewegungstherapie-Konzepten, die zudem die Bewegungsförderung angemessen in den Blick nehmen, in Einklang stehen. Prozentual war dies am häufigsten bei therapieübergreifenden Abteilungen sowie in der Neurologie der Fall. Der

Wissensaustausch zwischen Forschung und Praxis ebenso wie strukturelle und konzeptionelle Vorgaben seitens der Kostenträger müssen nach Möglichkeit diese Diversität verstärkt berücksichtigen, um Weiterentwicklungsprozesse zu begünstigen.

### 3.6 Literaturverzeichnis

- Collins, Linda M.; Lanza, Stephanie T. (2010): *Latent class and latent transition analysis*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Geidl, Wolfgang; Hofmann, Jana; Göhner, Wiebke; Sudeck, Gorden; Pfeifer, Klaus (2012): Verhaltensbezogene Bewegungstherapie – Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. In: *Die Rehabilitation* 51 (04), S. 259–268.
- Geiser, Christian (2011): *Datenanalyse mit Mplus. Eine anwendungsorientierte Einführung*. 2., durchges. Aufl. Wiesbaden: VS-Verl. (Lehrbuch).
- Lo, Yungtai; Mendell, Nancy R.; Rubin, Donald B. (2001): Testing the number of components in a normal mixture. In: *Biometrika* 88 (3), S. 767–778.
- Marsh, Herbert W.; Lüdtke, Oliver; Trautwein, Ulrich; Morin, Alexandre J. S. (2009): Classical latent profile analysis of academic self-concept dimensions. Synergy of person- and variable-centered approaches to theoretical models of self-concept. In: *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal* 16 (2), S. 191–225. DOI: 10.1080/10705510902751010.
- Muthén, Linda K.; Muthén, Bengt O. (1998-2010): *Mplus User's Guide*. 6. Aufl. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nylund, Karen L.; Asparouhov, Tihomir; Muthén, Bengt O. (2007): Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling. A monte carlo simulation study. In: *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal* 14 (4), S. 535–569. DOI: 10.1080/10705510701575396.
- Pfeifer, Klaus; Sudeck, Gorden; Brüggemann, Silke; Huber, Gerhard (2010): DGRW-Update: Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Wirkungen, Qualität, Perspektiven. In: *Die Rehabilitation* 49 (04), S. 224–236.
- Pöpl, Dominik; Deck, R.; Kringler, W.; Reuther, P. (2014): Strukturen und Prozesse in der ambulanten Neurorehabilitation. In: *Die Rehabilitation* 53 (3), S. 168–175. DOI: 10.1055/s-0033-1353193.
- Schermelleh-Engel, Karin; Moosbrugger, Helfried; Müller, Hans (2003): Evaluating the fit of structural equation models: tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. In: *Methods of Psychological Research Online* 8.
- Tein, Jenn-Yun; Coxe, Stefany; Cham, Heining (2013): Statistical power to detect the correct number of classes in latent profile analysis. In: *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal* 20 (4), S. 640–657. DOI: 10.1080/10705511.2013.824781.
- Wirz, Markus (2004): Über das Problem fehlender Werte: Wie der Einfluss fehlender Informationen auf Analyseergebnisse entdeckt und reduziert werden kann. In: *Die Rehabilitation* 43 (2), S. 109–115. DOI: 10.1055/s-2003-814839.

## **4 Testverfahren in der Bewegungstherapie – Status quo innerhalb der medizinischen Rehabilitation in Deutschland**

### **4.1 Hintergrund**

Für die Bewegungstherapie wird seit vielen Jahren der Einsatz standardisierter Testverfahren (kurz: Tests) empfohlen (Bohannon 1989; Partridge 1982). Tests dienen der Messung therapierrelevanter körperlicher, psychischer und sozialer Gesundheitsmerkmale von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (Büsching und Widmer Leu 2009). Standardisierte Tests liefern genaue und gültige Messergebnisse, da sie auf ihre psychometrischen Kriterien überprüft wurden, geschlossene Antwortformate oder spezifische Implementierungsprotokolle nutzen und eine quantitative Bewertung des gemessenen Merkmals basierend auf einer Punktezahl ermöglichen (Jette et al. 2009). Die mittels Tests erhobenen Informationen können in der Bewegungstherapie für eine systematische Therapieplanung und Durchführung (Jette et al. 2009; Sullivan et al. 2013; Jette et al. 2009), für Effektivitätsbewertungen (Wedge et al. 2012; Jette et al. 2009), für gezielte Bewegungsförderung (z. B. Geidl et al. 2014), für eine bessere Kommunikation mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (Stevens et al. 2017) und anderen (bewegungs-) therapeutischen Akteuren (Thier 1992) genutzt werden. Obwohl der Einsatz von standardisierten Tests viele Vorteile bietet und die Qualität der Bewegungstherapie steigern kann (Kahn et al. 2016), ist deren Einsatz im bewegungstherapeutischen Alltag bei weitem nicht die Regel oder sogar obligatorisch. So berichten Jette et al. (2009), dass von 1000 Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten in den Vereinigten Staaten von Amerika nur knapp die Hälfte (48 %) standardisierte Messinstrumente einsetzen. Auch in Kanada (Finch 2002), den Niederlanden (Van Peppen, Roland P S et al. 2008; Leemrijse et al. 2006) oder Australien und Neuseeland (Abrams et al. 2006; Maher und Williams 2005) werden Messinstrumente nicht regelhaft eingesetzt. Für Deutschland liegen bislang kaum wissenschaftliche Erkenntnisse über die Verbreitung, die inhaltliche Ausrichtung und den konkreten Verwendungszweck von Tests innerhalb der Bewegungstherapie vor.

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (World Health Organization 2001) liefert eine disziplinübergreifend gültige einheitliche Sprache für die Beschreibung unterschiedlicher Facetten der menschlichen Gesundheit und bietet damit ein Rahmenkonzept zur inhaltlichen Einordnung der eingesetzten Tests. Prinzipiell können sich Tests auf alle Aspekte der Funktionsfähigkeit (Körperfunktionen/ -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe), als auch auf die person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren

beziehen. Traditionell werden innerhalb der Bewegungstherapie insbesondere Körperfunktionen/-strukturen sowie alltags-, freizeit- und berufsrelevante körperliche Aktivitäten gemessen. Aktuell empfehlen internationale Expertengruppen innerhalb der Bewegungstherapie die Messung von allen Facetten der Funktionsfähigkeit, also ebenfalls eine Berücksichtigung von Teilhabeaspekten (Potter et al. 2014; Sullivan et al. 2013; Kahn et al. 2016; Otterman et al. 2017; McCulloch et al. 2016). Beispielsweise werden für Menschen mit Multipler Sklerose u. a. die Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS) zur Erhebung von Partizipationsaspekten empfohlen (Potter et al. 2014). Vereinzelt spielen in den Empfehlungen auch Testungen von umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren eine Rolle, beispielsweise empfehlen Otterman et al. (2017) für Personen mit Schlaganfall die Erhebung externer Faktoren (Familie, Finanzen, Arbeit), oder Sullivan et al. (2013) erachten Lebensgewohnheiten als personbezogenen Aspekt als messwürdig. Aktuelle verhaltensbezogene Bewegungstherapiekonzepte, die auf Bewegungsförderung abzielen, basieren ebenfalls auf einer systematischen Berücksichtigung bedeutsamer personbezogener Kontextfaktoren, wie beispielsweise Selbstwirksamkeitserwartungen, Risikowahrnehmung oder Handlungsplanung (z. B. Geidl et al. 2014). Diese für das Bewegungsverhalten relevanten personbezogenen Faktoren sind bislang in den empfohlenen Testbatterien nicht enthalten. Der folgende Beitrag zielt auf eine Analyse zum Einsatz von Testverfahren in der Bewegungstherapie im Rahmen der medizinischen Rehabilitation in Deutschland. Im Mittelpunkt dieser Studie soll den Fragen nachgegangen werden, inwiefern innerhalb der Bewegungstherapie standardisierte Testverfahren eingesetzt werden und welche inhaltlichen Schwerpunkte dabei gesetzt werden. Die untergeordneten Teilziele sind 1.) die deskriptive Erhebung und Darstellung der Nutzung von standardisierten Tests (Funktionstests und Fragebogen) innerhalb der Bewegungstherapie sowie 2.) deren inhaltliche Kategorisierung und Analyse in Bezug auf die ICF-Komponenten Körperfunktionen/-strukturen, Aktivitäten, Partizipation sowie umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren. Um einen Überblick über alle für die Therapiesteuerung in der Bewegungstherapie verfügbaren Informationen zu gewinnen, soll ergänzend dazu 3.) eine deskriptive Analyse der Inhalte bewegungstherapeutischer Aufnahmegespräche durchgeführt werden und erhoben werden, welche Informationen über Rehabilitandinnen und Rehabilitanden von anderen Professionen des Reha-Teams standardmäßig an die Bewegungstherapie weitergegeben werden.

## **4.2 Methode**

### **4.2.1 Design**

Die Datenbasis der vorliegenden Analyse ist eine fragebogenbasierte deutschlandweite Querschnittserhebung auf Ebene von 1558 bewegungstherapeutischen Abteilungen aus insgesamt 1146 Rehabilitationseinrichtungen im Rahmen des Projektes „Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteursebene“. Befragt wurden die Leitungspersonen der bewegungstherapeutischen Fachabteilungen. Für die Analyse konnten 713 Fragebögen berücksichtigt werden. Das übergeordnete methodische Vorgehen ist detailliert an anderer Stelle beschrieben (vgl. Kapitel 1). Folgend werden deshalb nur die für die Teilfragestellung relevanten zentralen methodischen Aspekte skizziert.

### **4.2.2 Erhebungsinstrument**

Für die Beantwortung der Fragestellung wurde der Fragebogenteil „Messverfahren, Tests und Befragungen“ mit zehn der insgesamt 38 übergeordneten Fragen berücksichtigt. Die einleitende Frage 19 „Werden in Ihrer/n Abteilung/en Messverfahren, Tests, Fragebögen oder Einzelgespräche zur Informationseinholung innerhalb der Bewegungstherapie eingesetzt?“ wurde dichotom (ja/nein) erhoben. Folgend wurde der Einsatzzweck („Wenn ja, für welche der folgenden Zwecke und wie häufig...“) mittels fünf Items („Formulierung von Therapiezielen“, „Auswahl von Inhalten der Bewegungstherapie“, „Anpassung der Trainingsdosis“, „Feedback für Rehabilitanden/innen“ und „Überprüfung der Wirkung der Therapie“) abgefragt, welche vierstufig („Ja, standardmäßig“, „Ja, häufig“, „Ja, selten“, und „Nein“) beantwortet wurde (Frage 20). Im Anschluss wurden die eingesetzten Verfahren genauer erfragt. Hierfür wurde einleitend nach der Durchführung von körperlichen Funktionstests (ja/nein; Frage 21) sowie dem Einsatz von Fragebögen, standardisierten Fragen oder Skalen zur Erfassung von z. B. Einstellungen, körperlicher Aktivität, Lebensqualität (ja/nein; Frage 23) gefragt. Folgend wurden für beide Bereiche in offenem Antwortformat die am häufigsten getesteten Merkmale („Was wird getestet? [z. B. Kraft untere Extremität]“) und die hierfür genutzten Verfahren („Mit welchem Test? [z. B. eigene Testbatterie mit 4 Tests]“) abgefragt (Frage 22 und 24). Die generelle Durchführung eines individuellen Aufnahmegesprächs (dichotome Antwortmöglichkeit: ja/nein) und die wichtigsten Themen des Aufnahmegesprächs (offenes Antwortformat) (Frage 25 und 26) sowie die standardmäßige Informationsweitergabe im interdisziplinären Reha-Team an die Bewegungstherapie („Erhalten Sie bzw. Ihr therapeutisches Team zu Beginn der Reha von anderen Berufsgruppen

Ihrer Einrichtung standardmäßig Informationen (außer der Diagnose) über die Rehabilitanden/innen?“; „Falls ja, nennen Sie bitte kurz die Informationen [z. B. Krankheitsverlauf, sportliche Vorerfahrung, Motivationslage, soziale Situation) [...]“; Frage 27 und 28) schließen den hier berücksichtigten Fragebogenteil.

### 4.2.3 Datenanalyse

Die deskriptive Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programmpaket Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, Version 22).

Die in den offenen Antwortformaten genannten Testverfahren wurden zuerst in nicht-standardisierte und standardisierte Tests unterschieden. Auf Basis der Definition von Jette et al. (2009) wurden Tests als standardisiert klassifiziert, wenn sie eine quantitative Bewertung des gemessenen Merkmals ermöglichen, geschlossene Antwortformate oder spezifische Implementierungsprotokolle nutzen und auf ihre psychometrischen Kriterien überprüft wurden. Die Klassifikation wurde durch zwei unabhängigen Personen (FP, SC) mittels Datenbanken ([www.assessment-info.de](http://www.assessment-info.de)), Testhandbüchern (Büsching und Widmer Leu 2009; Oesch 2011; Schädler et al. 2012; Bös 2001) sowie Literaturdatenbanken (MEDLINE, SCOPUS, Google Scholar) vorgenommen. Bei uneinheitlicher Klassifikation wurde zuerst eine diskursive Lösung zwischen den beiden Personen angestrebt. Konnten sich die beiden Personen nicht einigen, wurde eine dritte Person (WG) in den Diskurs miteinbezogen. Falls sich zwischen den drei Personen keine einvernehmliche Klassifikation ergab, wurde final die mehrheitliche Klassifikation angenommen.

Standardisierte Tests wurden anschließend auf Itemebene inhaltlich analysiert und ICF-coodiert. Hierfür wurden zuerst von einer Person (FP) auf Basis einer Durchsicht der jeweiligen Testmanuale auf Itemebene bedeutsame inhaltliche Konzepte herausgearbeitet. Schließlich wurden den bedeutsamen Konzepten von zwei unabhängigen Personen (FP, SC) deduktiv unter Nutzung der überarbeiteten „ICF-Linking-Rules“ (Cieza et al. 2016) ICF-Kategorien zugewiesen. Mit diesen Verknüpfungsregeln steht ein präzises Regelwerk zur eindeutigen und transparenten Einordnung von Tests innerhalb der ICF zur Verfügung. Die ICF-Linking-Rules konnten in unterschiedlichsten Projekten ihre Nützlichkeit zur ICF-bezogenen Inhaltsbeschreibung von Tests unter Beweis stellen (z. B. Nicol et al. 2016; Darzins et al. 2017; Ballert et al. 2016).

Manche Tests – wie beispielsweise der 6-Minuten-Gehtest – messen dabei sowohl Aspekte der Funktion als auch der Aktivität. Diese können auf der ersten Klassifikationsebene der

ICF (Funktion und Struktur, Aktivität und Partizipation, Kontextfaktoren) nicht eindeutig zugeordnet werden. In diesen Fällen wurden Tests in eine neue Kategorie „Funktion & Aktivität“ zugeordnet.

Die offenen Nennungen zu den Inhalten des Aufnahmegesprächs und zu den Informationen von anderen Berufsgruppen wurden in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse (Kuckartz 2016) einer inhaltlichen Codierung unterzogen. Aufgrund des geringen Komplexitätsgrades der Nennungen, die häufig nur aus einem eindeutigen Wort bestanden, wurden dabei jedoch methodisch etwas einfacher vorgegangen: Nach einer initialen Sichtung der Nennungen erfolgte im Diskurs eine induktive Kategorienbildung. Daraufhin wurde die Zuordnung der Nennungen von einer Person (SC) durchgeführt. Die Zuordnungen wurden im Anschluss von einer zweiten Person (WG) validiert. Bei uneinheitlicher Zuordnung wurde im Diskurs eine einheitliche Lösung gefunden.

### **4.3 Ergebnisse**

#### **4.3.1 Einsatz von Test und Aufnahmegespräch**

Von 713 bewegungstherapeutischen Abteilungen liegen auswertbare Fragebögen vor. 6 Fragebögen wurden für die folgenden Analysen aufgrund fehlender Angaben exkludiert, so dass die folgenden Analysen auf 707 Fragebögen aufbauen. 576 der 707 (81%) bewegungstherapeutischen Abteilungen erheben Informationen über Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mittels Messverfahren, Tests, Fragebögen oder Einzelgesprächen. 68,5% der Abteilungen bekommen Informationen über die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden von anderen Berufsgruppen. Tabelle 4-1 listet für die einzelnen Verfahren der Informationseinholung den prozentualen Anteil der Abteilungen, die das jeweilige Verfahren einsetzen. Auf Basis der Tabelle 4-1 zugrunde liegenden absoluten Zahlen wurden Zusammenhänge zwischen der *Informationsweitergabe aus anderen Berufsgruppen* und der Anzahl der in der Bewegungstherapie eingesetzten Verfahren zur Informationseinholung exploriert. Die bewegungstherapeutischen Abteilungen, die alle drei in Tabelle 4-1 gelisteten Verfahren zur Informationseinholung in der eigenen Abteilung einsetzen, erhalten häufiger Informationen von anderen Berufsgruppen als die mit nur zwei Verfahren; die mit nur zwei Verfahren wiederum erhalten häufiger Informationen als die mit nur einem Verfahren zur Informationseinholung (76,5% vs. 69,5% vs. 62,0% der Abteilungen).

Tab. 4-1: Verbreitung von Aufnahmegespräch, körperlichen Funktionstest und Fragebogen sowie dem standardmäßigen Erhalt von Informationen von anderen Berufsgruppen (n = 707)

	Auf- nahme-ge- spräch	Körperlicher Funktions- test + = ja; - = nein	Fragebo- gen etc.	Häufig- keit in %	Infos von anderen Berufsgruppen in % + = ja; - = nein
	+	+	+	25,3	+ 19,4 - 5,9
	+	+	-	24,6	+ 16,0 - 8,6
	+	-	+	4,2	+ 3,5 - 0,7
	-	+	+	3,1	+ 2,6 - 0,6
	+	-	-	10,5	+ 6,8 - 3,7
	-	+	-	7,2	+ 4,1 - 3,1
	-	-	+	1,4	+ 1,0 - 0,4
	-	-	-	23,6	+ 15,3 - 9,3
Ge- samt	+ 64,6 - 35,4	+ 60,3 - 39,7	+ 34,1 - 65,9	100	+ 68,5 - 31,5

#### 4.3.2 Zweck des Einsatzes von Tests

Die Häufigkeit des Einsatzzwecks der eingesetzten Tests ist in Abbildung 4-1 dargestellt. Für alle fünf Zwecke gibt jeweils mehr als ein Drittel der Abteilungen an, die Verfahren standardmäßig einzusetzen. Am häufigsten werden die Tests für die Formulierung von Therapiezielen standardmäßig eingesetzt (53%). Standardmäßig oder zumindest häufig setzen mehr als 60% der Abteilungen die Verfahren ein. 42% der bewegungstherapeutischen Abteilung geben an, die Wirkung der Therapie mittels der Testverfahren standardmäßig zu überprüfen, weitere 25% geben an, dies häufig zu tun.

Einsatz von Tests für folgende Zwecke (Angaben in Prozent)

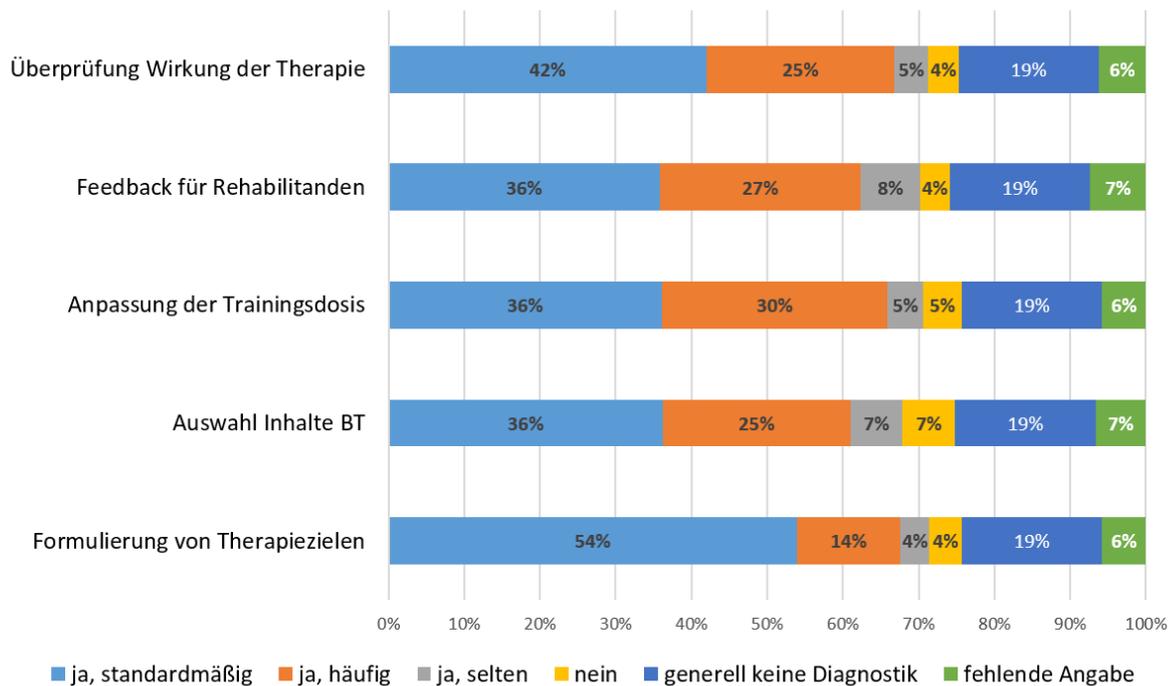


Abb. 4-1: Zweck des Einsatzes der Tests innerhalb der Bewegungstherapie (BT) (n = 707).

### 4.3.3 Standardisierte vs. nicht-standardisierte Tests

Insgesamt wurden von den 576 bewegungstherapeutischen Abteilungen 1856 Nennungen zum Einsatz von Testverfahren (Funktionstests und Fragebogen etc.) abgegeben, von denen 54% (n = 1008) als standardisierte Verfahren klassifiziert wurden. 95% (n = 1771) der Tests wurden von den beiden Personen direkt einheitlich klassifiziert. Die Interraterreliabilität, als Grad der Übereinstimmung in der Beurteilung des Standardisierungsgrades, ist damit (fast) vollständig (Cohens Kappa-Wert = .93). In den restlichen 5% (n = 86) der Fälle wurde diskursiv eine einheitliche Entscheidung getroffen.

Im Durchschnitt werden von den 707 bewegungstherapeutischen Abteilungen 1.4 (SD=1.8) standardisierte Tests pro Abteilung genannt. Mindestens ein standardisierter Test wird von 53%, mindestens drei Tests werden von 22% aller Abteilungen angewandt. Tabelle 4-2 bildet die Unterschiede zwischen den Erkrankungsbereichen im Hinblick auf den Einsatz standardisierter Tests ab. In der Neurologie und der Orthopädie ist der Einsatz von Tests am weitesten verbreitet. 87% der neurologischen und 65% der orthopädischen Abteilungen geben an, mindestens einen standardisierten Test anzuwenden. Am niedrigsten ist die Anzahl der Abteilungen mit mindestens einem standardisierten Test in den Erkrankungsbereichen Endokrinologie (10%), Psychosomatik (22%) und Sucht (23%).

Tab. 4-2: Einsatz standardisierter Tests in verschiedenen Erkrankungsbereichen

Erkrankungsbereiche*	N	M (SD)	Standardisierte Tests (ST)	
			Abteilungen, die $\geq$ 1 ST einsetzen (%)	Abteilungen, die $\geq$ 3 ST einsetzen (%)
Kardiologie	60	1.0 (1.1)	56.7	10.0
Orthopädie	315	1.9 (2.0)	64.9	28.8
Endokrinologie	10	0.2 (0.6)	10.0	-
Neurologie	52	2.9 (1.9)	86.5	59.6
Pneumologie	13	0.8 (0.8)	61.5	-
Onkologie	45	1.2 (1.2)	64.4	13.3
Psychosomatik	83	0.4 (0.9)	21.7	8.4
Sucht	119	0.5 (1.3)	23.5	6.7
Gesamt	707*	1.4 (1.8)	53.2	21.9

*Anmerkung:* \*Gelistet werden nur Erkrankungsbereiche aus denen Angaben von mindestens zehn Abteilungen vorhanden waren; somit liegt die Summe der inkludierten Fragebogen unter der Gesamtzahl von 707.

#### 4.3.4 ICF-bezogene Inhaltsanalyse der eingesetzten standardisierten Tests

Insgesamt beinhalten die 1008 genannten Tests 8531 Items, welchen insgesamt 9007 bedeutsame inhaltliche Konzepte zugeordnet wurden. Fast die Hälfte der Codes (49%) sind

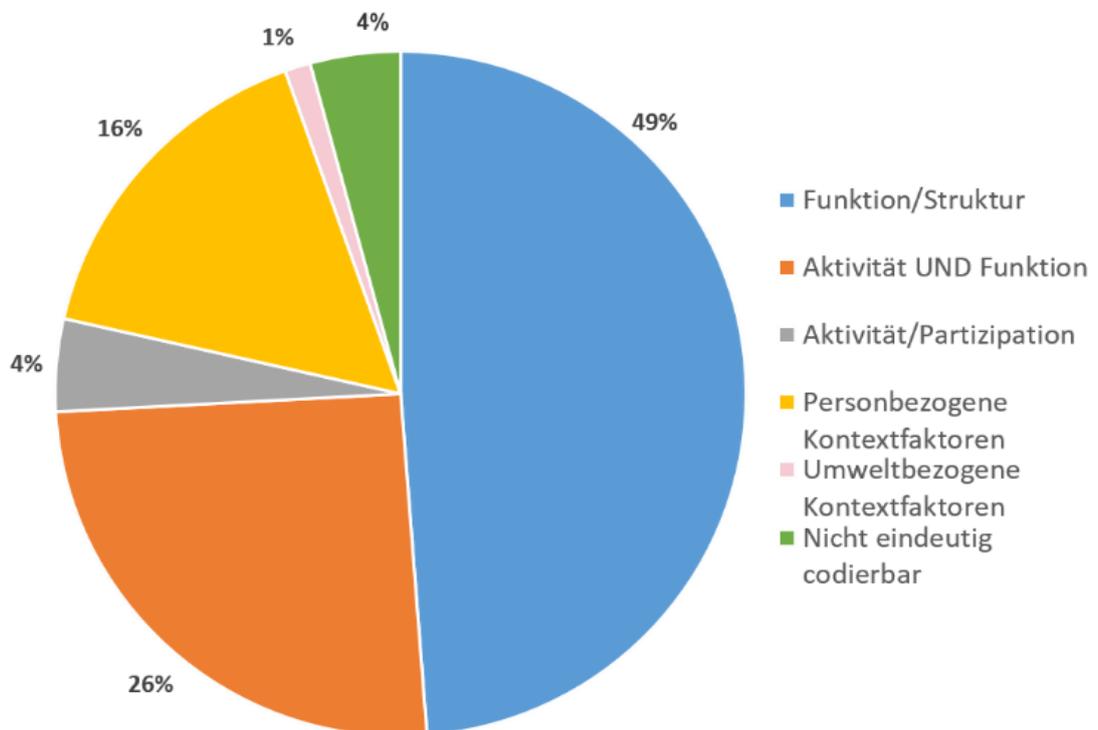


Abb. 4-2: ICF-basierte Inhaltsanalyse der innerhalb der Bewegungstherapie eingesetzten standardisierten Tests

der ICF-Ebene „Funktion/Struktur“ zuzuordnen. Ein weiteres Viertel der Codes (26%) ist der von uns eingeführten kombinierten Ebene „Funktion und Aktivität“ zuzurechnen.

Die zur Messung am häufigsten eingesetzten Funktionstest sowie Fragebogen, Skalen etc. listet Tabelle 4-3.

Tab. 4-3: Top Ten der innerhalb der Bewegungstherapie genutzten Funktionstests und Fragebogen Skalen etc.

Funktionstest		Fragebogen, Skalen etc.		
Nennungen absolut sowie in Prozent der Gesamtstichprobe (n = 707) in Klammer		Nennungen absolut sowie in Prozent der Gesamtstichprobe (n = 707) in Klammer		
1	Manuelle Muskelfunktions- tests	189 (26,7)	Schmerzskalen (visuelle Analogskalen, Numeri- sche Rating Skala)	119 (16,8)
2	Beweglichkeit Neutra-Null- Methode	89 (12,6)	RPE („rate of perceived exertion“), Borg-Skala	23 (3,3)
3	6-Minuten-Gehtest	54 (7,6)	BBS, Berg Balance Scale	18 (2,6)
4	TUG, Timed Up and Go	42 (5,9)	Staffelstein Score	18 (2,6)
5	FBA, Fingerbodenabstand	28 (4,0)	PACT („performance as- sessment and capacity testing“), Selbsteinschät- zung körperlicher Fähig- keiten	13 (1,8)
6	Computergestützte biome- chanische Funktionsana- lyse	24 (3,4)	AVEM, Arbeitsbezoge- nes Verhaltens- und Er- lebensmuster	11 (1,6)
7	Belastungs-EKG	16 (2,3)	EFL Evaluation funktio- nelle Leistungsfähigkeit (Isernhagen)	11 (1,6)
8	Schober-Zeichen	15 (2,1)	FAC Functional Ambula- tory Categories	10 (1,4)
9	10 Meter Walk Test	14 (2,0)	SF 36	10 (1,4)
10	Lasègue Test	14 (2,0)	Würzburger Screening	10 (1,4)
11	Physical Working Capa- city, PWC	14 (2,0)		

Aufgrund der herausragenden Bedeutung von personbezogenen Kontextfaktoren für eine biopsychosoziale, verhaltensbezogene Bewegungstherapie präsentiert Tabelle 4-4 erkrankungsbereichsspezifische Unterschiede bei deren Erhebung. In bewegungstherapeutischen Abteilungen aus den Bereichen Sucht und Psychosomatik werden diese am häufigsten gemessen, hier messen ca. 20-25% mindestens einen personbezogenen Faktor.

Tab. 4-4: Erkrankungsbereichsspezifische Unterschiede bei der Messung personbezogener Faktoren innerhalb der Bewegungstherapie

Erkrankungsbereiche*	N	Personbezogene Faktoren (PF)		
		M (SD)	Abteilungen, die $\geq$ 1 PF messen (%)	Abteilungen, die $\geq$ 3 PF messen
Kardiologie	60	0.2 (0.8)	10.0	3.3
Orthopädie	315	0.7 (2.3)	15.7	8.0
Endokrinologie	10	0.1 (0.3)	10.0	-
Neurologie	52	0.3 (1.0)	7.7	3.8
Pneumologie	13	0.1 (0.3)	7.7	-
Onkologie	45	0.2 (0.6)	11.1	2.2
Psychosomatik	83	0.6 (2.1)	19.3	4.8
Sucht	119	0.5 (1.6)	27.7	3.4
Gesamte Stichprobe	707*	0.5 (1.9)	16.5	5.8

*Anmerkung:* \*Gelistet werden nur Erkrankungsbereiche aus denen Angaben von mindestens zehn Abteilungen vorhanden waren; somit liegt die Summe der berücksichtigten Fragebogenanzahl unter der Gesamtstichprobenanzahl.

#### 4.3.5 Inhalte des Aufnahmegesprächs und der Informationen von anderen Berufsgruppen

Die 457 der 707 bewegungstherapeutischen Abteilungen, die ein Aufnahmegespräch durchführen, nennen auf die offene Frage nach dessen zentralen Inhalten insgesamt 757 Themen. Von den 484 Abteilungen, die standardmäßig Infos von anderen Berufsgruppen erhalten werden 626 Themen angegeben. Die Themen des Aufnahmegesprächs und der Informationsweitergabe fasst Tabelle 4-5 zusammen.

Tab. 4-5: Inhalte des Aufnahmegesprächs und der standardmäßigen Informationsweitergabe von anderen Berufsgruppen an die Bewegungstherapie

	Themen des Aufnahme-gesprächs	Standardmäßige Infos von anderen Berufsgruppen
	Nennungen absolut sowie in Prozent der Stichprobe (n = 707) in Klammer	
Ziele und Wünsche*	284 (40,2)	77 (10,9)
Körperliche Einschränkungen	106 (15,0)	47 (6,7)
Schmerz	105 (15,0)	-
Sportliche Vorerfahrung/Bewegungsbiografie	72 (10,2)	38 (5,4)
Belastungsangaben/-einschätzungen; körperliche Leistungsfähigkeit	51 (7,2)	53 (7,5)
Soziale Situation/Sozialanamnese	41 (5,8)	218 (30,8)
Körperlicher Aktivitätsstatus/Niveau an körperlicher Aktivität	34 (4,8)	8 (1,1)
Motivation, Motivationslage (allgemein)	18 (2,6)	130 (18,4)
Motivation (bewegungsbezogen)	2 (0,3)	1 (0,1)
Sportliche Vorlieben/Abneigung/Präferenzen	16 (2,3)	4 (0,6)
Erwartungen	14 (2,0)	-
Psychische Situation/psychologische Anamnese	14 (2,0)	50 (7,1)

*Anmerkung:* \* Für das Aufnahmegespräch wurden bewegungs(therapie)bezogene, für die Informationsweitergabe allgemeine Wünsche und Ziele genannt.

#### 4.4 Diskussion

Dieser Beitrag liefert erstmalig umfassende Erkenntnisse zum Einsatz von Tests innerhalb der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation für Deutschland. Neben der Verbreitung von Tests wurden die eingesetzten Tests im Hinblick auf deren Standardisierung, inhaltliche Ausrichtung und den Zweck des Einsatzes analysiert.

Vergleichbar zu anderen Ländern (Jette et al. 2009; Finch 2002; Van Peppen, Roland P S et al. 2008; Leemrijse et al. 2006; Maher und Williams 2005; Abrams et al. 2006) ist auch in Deutschland der Einsatz standardisierter Tests innerhalb der Bewegungstherapie relativ weit verbreitet aber nicht obligat.

Die vorliegenden Ergebnisse können nun einerseits positiv im Sinne einer bereits vorhandenen breiten Nutzung interpretiert werden, andererseits negativ mit Blick auf vorhandene Defizite. Positiv betrachtet, findet ein gleichzeitiger Einsatz der drei Verfahren Aufnahmegespräch, Funktionstests und Fragebogen in 25% der Abteilungen statt und weitere 25% der

Abteilungen setzen zumindest Aufnahmegespräch und Funktionstests ein und verzichten nur auf den Fragebogeneinsatz. Standardisierte Tests sind dabei weit verbreitet. In über der Hälfte (53%) der bewegungstherapeutischen Abteilungen wird mindestens ein standardisierter Test eingesetzt. Unabhängig vom Standardisierungsgrad der Testverfahren belegen unsere Ergebnisse einen breiten inhaltlichen Einsatzbereich der genutzten Tests. Tests werden innerhalb der Bewegungstherapie zur Therapieplanung und -steuerung, zur Formulierung von Therapiezielen, zur Auswahl konkreter bewegungstherapeutischer Inhalte und als Basis für Rehabilitanden-Feedback regelhaft angewandt. Die Überprüfung der Wirkung der Bewegungstherapie auf Basis von Tests – ein zentrales Kriterium evidenzbasierter, professioneller therapeutischer Arbeit (Jette et al. 2009; Potter et al. 2011) – findet in beachtlichen 67% der Abteilungen standardmäßig (42%) oder zumindest häufig (25%) statt. Der von Wedge et al. (2012) beschriebene vielfältige Nutzen, den bewegungstherapeutische Akteure mit dem Einsatz von Tests verknüpfen, spiegelt sich auch in unserer Studie wider. Zusammenfassend haben in Deutschland viele Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten den Nutzen des Einsatzes von Testverfahren erkannt und setzen unterschiedliche Verfahren zur Informationseinholung über Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in ihrer täglichen therapeutischen Arbeit vielfältig ein.

In einer eher negativ auf die Defizite gerichteten Perspektive erhebt fast ein Viertel der bewegungstherapeutischen Abteilungen (167 von 707; 24%) keinerlei Informationen über Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Von diesen 167 Abteilungen erhalten 108 (65%) zumindest von anderen Berufsgruppen Informationen über die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden. Allerdings zeigt sich in der inhaltlichen Analyse dieser weitergeleiteten Informationen, dass hier vor allem allgemeine Informationen wie Sozialanamnese oder allgemeine Motivationslage weitergegeben werden. Informationen, die sich für eine gezielte Anpassung und individuelle Ausrichtung der Bewegungstherapie eignen würden – z. B. Angaben zu bewegungsbezogenen Zielen und Wünschen, zu bewegungsbezogener Motivation oder auch zum körperlichen Aktivitätsstatus – erhalten bewegungstherapeutische Abteilungen hingegen nur selten. Außerdem zeigt sich in der explorativen Betrachtung der Daten, dass bewegungstherapeutische Abteilungen, die selbst weniger Verfahren zur Informationseinholung einsetzen, auch seltener Informationen von anderen Berufsgruppen erhalten. Der Grund für die geringe Informationseinholung in manchen bewegungstherapeutischen Abteilungen scheint demnach nicht darin zu liegen, dass diese Abteilungen besonders gut von anderen Berufsgruppen über Rehabilitandinnen und Rehabilitanden informiert werden. Es trifft eher das Gegenteil zu: der regelhafte Einsatz von Tests in der

Bewegungstherapie scheint häufig auch mit einer einrichtungsinternen Kultur der Informationseinholung und -weitergabe assoziiert zu sein.

Im Hinblick auf den Einsatz standardisierter Testverfahren setzten 331 von 707 und damit fast die Hälfte (47%) der bewegungstherapeutischen Abteilungen keine standardisierten Tests ein. Etwa ein Viertel dieser 331 Abteilungen (n=91) setzt zumindest nicht-standardisierte Testverfahren ein. Über die Qualität der nicht-standardisierten Tests (beispielsweise werden hier „eigene Testbatterie“ oder „hausinterner Fragebogen“ genannt) liegen uns keine Informationen vor. Allerdings liegt die Vermutung nahe, dass selbstentwickelte Tests eher selten auf ihre psychometrischen Eigenschaften (Objektivität, Reliabilität, Validität) überprüft wurden.

Bezogen auf die 707 Abteilungen der Bewegungstherapie stehen folglich fast jeder zehnten Abteilung überhaupt keine Informationen über Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Verfügung, 7% beschränken sich auf das bewegungstherapeutische Aufnahmegespräch und weitere 15% erhalten Informationen nur von anderen Berufsgruppen ohne selbst innerhalb der Bewegungstherapie weitere Informationen einzuholen. Von den restlichen 485 Abteilungen setzen 99 (14% aller Abteilungen) innerhalb der Bewegungstherapie nur nicht-standardisierte und keine standardisierten Testverfahren ein. Bei fast der Hälfte der Bewegungstherapieabteilungen lässt sich somit ein Optimierungspotenzial im Hinblick auf die Informationseinholung über Rehabilitandinnen und Rehabilitanden konstatieren.

Im Hinblick auf die inhaltliche Ausrichtung der eingesetzten Tests sind unsere Ergebnisse eindeutig. Körperliche Funktionsmessungen und die Messung von assoziierten körperlichen Aktivitäten stehen klar im Mittelpunkt der Informationseinholung. Die Messung von Partizipationsaspekten, sowie umwelt- und personbezogenen Faktoren spielt hingegen eine deutlich untergeordnete Rolle. In 60% der Abteilungen werden körperliche Funktionstests durchgeführt. Hingegen messen nur 16% der bewegungstherapeutischen Abteilungen mindestens einen personbezogenen Faktor. Personbezogene Faktoren werden dabei vor allem in den Erkrankungsbereichen Sucht und Psychosomatik erhoben. Dies ist nicht verwunderlich, da in den psychischen und psycho-sozialen Erkrankungsbereichen integrative bewegungstherapeutische Begründungsperspektiven etabliert sind, welche sich durch die systematische Berücksichtigung von personbezogenen Faktoren, wie beispielsweise Wohlbefinden, Körperwahrnehmung oder Bewegungserleben (Pfeifer und Sudeck 2016), auszeichnen. Auch (Hölter 2012) sieht das Assessment im Bereich personbezogener Faktoren – beispielsweise eine Messung des Wohlbefindens oder von Selbstwirksamkeitseinschätzungen – v.a. für primär nicht-motorische Erkrankungsbereiche wie beispielsweise Psychiatrie, Psychosomatik und Sucht als relevant an.

Für einen körperlich aktiven Lebensstil spielen personbezogene Faktoren ebenfalls eine bedeutsame Rolle (Geidl et al. 2014), beispielsweise beeinflussen Selbstwirksamkeitserwartungen oder der eigene Umgang mit Barrieren zu körperlich-sportlicher Aktivität entscheidend das Bewegungsverhalten nach der Rehabilitation. Da körperliche Inaktivität ein generisches Problem darstellt (vgl. auch Kap. 2), sind verhaltensbezogene, (psycho-)edukative Begründungsperspektiven der Bewegungstherapie erkrankungsübergreifend von hoher Relevanz. Dementsprechend rückt das Ziel der Bewegungsförderung international betrachtet zunehmend in den Mittelpunkt der Bewegungstherapie (Dean et al. 2011; Dean et al. 2014). Die von uns beobachtete geringe Berücksichtigung personbezogener Faktoren im Rahmen standardisierter Tests spricht dafür, dass verhaltensbezogene, integrative und psycho-edukative Zielbereiche und Begründungsperspektiven (vgl. z. B. Pfeifer et al. 2010; Pfeifer und Sudeck 2016) innerhalb der bewegungstherapeutischen Praxis in Deutschland im Rahmen des Assessments bislang kaum standardisiert und systematisch adressiert werden. Die Inhaltsanalysen der bewegungstherapeutischen Aufnahmegespräche zeigen aber, dass für das Bewegungsverhalten relevante personbezogene Faktoren (z. B. Sportliche Vorerfahrung und Vorlieben, Ziele und Wünsche, Aktivitätsniveau etc.) von einem geringen Anteil der bewegungstherapeutischen Akteure zumindest nicht-standardisiert berücksichtigt werden. Die weiterhin zentrale Rolle der Messung von Körperfunktionen und Aktivitäten verweist auf das immer noch dominierende biomedizinische Krankheitsverständnis und eine funktionsorientierten Sichtweise in Bezug auf Bewegung (Wikström-Grotell und Eriksson 2012). In diesem Zusammenhang formulieren Dean et al. (2014) für die Bewegungstherapie muskuloskelettaler Erkrankungen in Europa: „Practitioners are orthopedically oriented, and do not see the big picture“ (S. 266), wofür sich auch in dieser Studie Anzeichen finden. Die Auswahl der innerhalb der Bewegungstherapie tatsächlich eingesetzten Tests wird nicht nur vom vorherrschenden Krankheits- und Gesundheitsverständnis und von den bewegungstherapeutischen Traditionen und Strömungen sondern auch von der generellen Verfügbarkeit von Tests sowie auf Seite der bewegungstherapeutischen Akteure durch deren Ausbildungshintergrund, Fertigkeiten, Wissen und individuellen Überzeugungen beeinflusst (Wedge et al. 2012; Van Peppen, Roland P S et al. 2008). Eine zentrale Barriere für den Einsatz von Tests ist mangelndes Wissen auf Therapeutenseite in Bezug auf die Auswahl, Beschaffung, Einsatz und Interpretation geeigneter Tests (Wedge et al. 2012; Duncan und Murray 2012; Davies et al. 2014; Stevens und Beurskens 2010). Internationale Expertengruppen versuchen den Einsatz von Tests innerhalb der Bewegungstherapie zu fördern, indem sie sinnvolle Tests empfehlen und einfach zugänglich machen. So zielt beispielsweise die im Jahr 2006 gegründete Arbeitsgruppe „Edge“ (Evaluation Database to Guide

Effectivness) der Amerikanischen Physiotherapeutengesellschaft (American Physical Therapy Association; APTA) auf eine konsensuelle Zusammenstellung und Überprüfung zentraler Tests für spezielle Erkrankungsbereich und Populationen ab (vgl. auch Goldstein et al. 2011). Bislang stehen international u. a. für die Erkrankungsbereiche Multiple Sklerose (Potter et al. 2014), Schlaganfall (Sullivan et al. 2013), Rückenmarksverletzungen (Kahn et al. 2016), Schädel-Hirn-Trauma (McCulloch et al. 2016) und Brustkrebs (Harrington et al. 2014) Empfehlungen für Tests zur Verfügung. Weiterhin existieren international betrachtet für die Bewegungstherapie Rahmenmodelle, die eine Entscheidungshilfe für die Auswahl von Tests bieten (Potter et al. 2011; Sullivan et al. 2011), Test-Datenbanken zum Bezug von Tests (<http://www.ptnow.org/tests-measures>) sowie Implementierungsstrategien zur Einführung neuer (Stevens und Beurskens 2010). Im deutschsprachigen Raum sind uns keine vergleichbaren Initiativen und Hilfestellungen für bewegungstherapeutische Akteure bekannt. Die uns bekannten vorhandenen deutschsprachigen Zusammenstellungen zu Assessmentinstrumenten für die Rehabilitation (z. B. online <http://www.assessment-info.de/> oder in gedruckter Form Büsching und Widmer Leu 2009; Schädler et al. 2012; Oesch 2011) bieten eher wenig Orientierung bei der Auswahl von Tests und keinen direkten bewegungstherapeutischen Bezug. Die schwierige Entscheidung über die Auswahl von Tests, deren Beschaffung und Implementierung bleibt in Deutschland im Moment weitgehend den bewegungstherapeutischen Akteuren selbst überlassen. Hierin liegt wohl ein Grund für den von uns beobachteten nicht-regelhaften Einsatz von Tests und der hohe Anteil an nicht-standardisierter Tests.

### **4.5 Limitationen**

Das gewählte Vorgehen ermöglicht es nicht, die Qualität der genannten nicht-standardisierten Testverfahren einzuschätzen. Selbstentwickelte Funktionstests können durchaus valide Informationen generieren und auch selbstentwickelte Fragebogen können von bewegungstherapeutischen Akteuren mit akademischem Hintergrund sorgfältig entwickelt und evaluiert worden sein. Inwieweit den bewegungstherapeutischen Abteilungen, die nicht-standardisierte Testverfahren einsetzen valide, selbst erhobene Informationen zur Verfügung stehen, kann deshalb nicht abschließend beurteilt werden.

Eine weitere Schwäche betrifft die ICF-bezogenen Inhaltsanalysen der genannten Tests. Durch die Inhaltsanalyse auf Itemebene werden Tests mit vielen Items stärker gewichtet als Tests mit wenigen Items. Hierdurch werden insbesondere Fragebogen mit vielen Items, wie beispielsweise der Fragebogen zu arbeitsplatzbezogenen Verhaltens- und Erlebensmuster mit 44 Items, stärker berücksichtigt. Da die genannten Fragebogen eher personbezogene

Faktoren als Funktionsaspekte messen, wird die beobachtete geringe Bedeutung personbezogener Faktoren im Rahmen standardisierter Tests wohl sogar noch überschätzt.

### **4.6 Fazit**

Zusammenfassend lassen sich für die Optimierung der Qualität der bewegungstherapeutischen Versorgung innerhalb der medizinischen Rehabilitation in Deutschland folgende Schlussfolgerungen ziehen: Die Bewegungstherapie in Deutschland hat noch einen langen Weg vor sich, um den Einsatz standardisierter Testverfahren als obligatorische Routine zu etablieren. Optimierungspotenzial besteht auch im Hinblick auf die inhaltliche Ausrichtung der Verfahren. Eine Erweiterung der Tests um psycho-soziale Aspekte bzw. personbezogene Faktoren erscheint für einen ganzheitlichen Ansatz und das Ziel der Bewegungsförderung zentral. Für die Bewegungstherapie sollten zukünftige Bemühungen im deutschsprachigen Raum darauf ausgerichtet sein, geeignete Tests vorzuschlagen, zur Verfügung zu stellen und Hilfen bei der Implementierung und Auswertung zu geben.

## 4.7 Literaturverzeichnis

- Abrams, Daniel; Davidson, Megan; Harrick, Julie; Harcourt, Peter; Zylinski, Maria; Clancy, Jo (2006): Monitoring the change: current trends in outcome measure usage in physiotherapy. In: *Manual Therapy* 11 (1), S. 46–53. DOI: 10.1016/j.math.2005.02.003.
- Ballert, Carolina S.; Hopfe, Maren; Kus, Sandra; Mader, Luzius; Prodingler, Birgit (2016): Using the refined ICF linking rules to compare the content of existing instruments and assessments: a systematic review and exemplary analysis of instruments measuring participation. In: *Disability and Rehabilitation*, S. 1–17. DOI: 10.1080/09638288.2016.1198433.
- Bohannon, R. W. (1989): Objective measures. In: *Physical Therapy* 69 (7), S. 590–593.
- Bös, Klaus (2001): Handbuch motorische Tests. Sportmotorische Tests, motorische Funktionstests, Fragebogen zur körperlichen-sportlichen Aktivität und sportpsychologische Diagnoseverfahren. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Büsching, Gilbert; Widmer Leu, Colette (2009): Kardiologie und Pneumologie. Assessments in der Rehabilitation. 1. Aufl. Bern: Hans Huber (; 3).
- Cieza, Alarcos; Fayed, Nora; Bickenbach, Jerome; Prodingler, Birgit (2016): Refinements of the ICF linking rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. In: *Disability and Rehabilitation*, S. 1–10. DOI: 10.3109/09638288.2016.1145258.
- Darzins, Susan W.; Imms, Christine; Di Stefano, Marilyn (2017): Measurement of activity limitations and participation restrictions: examination of ICF-linked content and scale properties of the FIM and PC-PART instruments. In: *Disability and Rehabilitation* 39 (10), S. 1025–1038. DOI: 10.3109/09638288.2016.1172670.
- Davies, Claire; Nitz, Arthur J.; Mattacola, Carl G.; Kitzman, Patrick; Howell, Dana; Viele, Kert et al. (2014): Practice patterns when treating patients with low back pain: a survey of physical therapists. In: *Physiotherapy Theory and Practice* 30 (6), S. 399–408. DOI: 10.3109/09593985.2013.877547.
- Dean, Elizabeth; Al-Obaidi, Saud; Andrade, Armele Dornelas de; Gosselink, Rik; Umerah, Gloria; Al-Abdelwahab, Sami et al. (2011): The first physical therapy summit on global health: implications and recommendations for the 21st century. In: *Physiotherapy Theory and Practice* 27 (8), S. 531–547.
- Dean, Elizabeth; Andrade, Armele Dornelas de; O'Donoghue, Grainne; Skinner, Margot; Umereh, Gloria; Beenen, Paul et al. (2014): The second physical therapy summit on global health: developing an action plan to promote health in daily practice and reduce the burden of non-communicable diseases. In: *Physiotherapy Theory and Practice* 30 (4), S. 261–275. DOI: 10.3109/09593985.2013.856977.

- Duncan, Edward A. S.; Murray, Jennifer (2012): The barriers and facilitators to routine outcome measurement by allied health professionals in practice: a systematic review. In: *BMC Health Services Research* 12, S. 96. DOI: 10.1186/1472-6963-12-96.
- Finch, Elspeth (2002): Physical rehabilitation outcome measures. A guide to enhanced clinical decision making. 2nd ed. Hamilton, Ont.: BC Decker; Sales and distribution in Canada by Canadian Physiotherapy Association.
- Geidl, Wolfgang; Semrau, Jana; Pfeifer, Klaus (2014): Health behaviour change theories: contributions to an ICF-based behavioural exercise therapy for individuals with chronic diseases. In: *Disability and Rehabilitation* 36 (24), S. 2091–2100.
- Goldstein, Marc S.; Scalzitti, David A.; Craik, Rebecca L.; Dunn, Sharon L.; Irlon, Jean M.; Irrgang, James et al. (2011): The revised research agenda for physical therapy. In: *Physical Therapy* 91 (2), S. 165–174.
- Harrington, Shana; Gilchrist, Laura; Sander, Antoinette (2014): Breast cancer EDGE task force outcomes: clinical measures of pain. In: *Rehabilitation Oncology (American Physical Therapy Association. Oncology Section)* 32 (1), S. 13–21.
- Hölter, Gerd (2012): Diagnostik des körper- und bewegungsbezogenen Erlebens und Verhaltens. In: K. Schüle und G. Huber (Hg.): Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. 3., vollständig überarb. und erw. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Jette, Diane U.; Halbert, James; Iverson, Courtney; Miceli, Erin; Shah, Palak (2009): Use of standardized outcome measures in physical therapist practice: Perceptions and applications. In: *Physical Therapy* 89 (2), S. 125–135. DOI: 10.2522/ptj.20080234.
- Kahn, Jennifer H.; Tappan, Rachel; Newman, Christopher P.; Palma, Phyllis; Romney, Wendy; Stultz, Eileen T. et al. (2016): Outcome measure recommendations from the spinal cord injury edge task force. In: *Physical Therapy* 96 (11), S. 1832–1842.
- Kuckartz, Udo (2016): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3., überarbeitete Auflage: Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).
- Leemrijse, Chantal J.; Plas, Geeske M.; Hofhuis, Hanelore; van den Ende, Cornelia H. M. (2006): Compliance with the guidelines for acute ankle sprain for physiotherapists is moderate in the Netherlands: an observational study. In: *The Australian Journal of Physiotherapy* 52 (4), S. 293–299.
- Maher, Carol; Williams, Marie (2005): Factors influencing the use of outcome measures in physiotherapy management of lung transplant patients in Australia and New Zealand. In: *Physiotherapy Theory and Practice* 21 (4), S. 201–217.

- McCulloch, K. L.; Joya, A. L. de; Hays, K.; Donnelly, E.; Johnson, T. K.; Nirider, C. D. et al. (2016): Outcome measures for persons with moderate to severe traumatic brain injury: recommendations from the American Physical Therapy Association Academy of Neurologic Physical Therapy TBI EDGE Task Force. In: *J. Neurol. Phys. Ther.* 40 (4), S. 269–280. DOI: 10.1097/NPT.000000000000145.
- Nicol, Richard; Robinson Nicol, Meri; Hopfe, Maren; Newell, Dave (2016): Linking the Bournemouth Questionnaire for low back pain to the International Classification of Functioning, Disability and Health. In: *Disability and Rehabilitation* 38 (11), S. 1089–1096. DOI: 10.3109/09638288.2015.1090484.
- Oesch, Peter (2011): *Bewegungsapparat. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl.* Bern: Huber (Gesundheitsberufe - Physiotherapie, Band 2).
- Otterman, Nicoline; Veerbeek, Janne; Schiemanck, Sven; van der Wees, Philip; Nollet, Frans; Kwakkel, Gert (2017): Selecting relevant and feasible measurement instruments for the revised Dutch clinical practice guideline for physical therapy in patients after stroke. In: *Disability and Rehabilitation* 39 (14), S. 1449–1457. DOI: 10.1080/09638288.2016.1196399.
- Partridge, Cecily J. (1982): The outcome of physiotherapy and its measurement. In: *Physiotherapy* 68 (11), S. 362–363.
- Pfeifer, Klaus; Sudeck, Gorden (2016): Körperliche Aktivität. In: Jürgen Bengel und Oskar Mittag (Hg.): *Psychologie in der medizinischen rehabilitation. Ein lehr- und praxis-handbuch.* Berlin: Springer.
- Pfeifer, Klaus; Sudeck, Gorden; Brüggemann, Silke; Huber, Gerhard (2010): DGRW-Update: Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Wirkungen, Qualität, Perspektiven. In: *Die Rehabilitation* 49 (04), S. 224–236.
- Potter, Kirsten; Cohen, Evan T.; Allen, Diane D.; Bennett, Susan E.; Brandfass, Kathi G.; Widener, Gail L.; Yorke, Amy M. (2014): Outcome measures for individuals with multiple sclerosis: recommendations from the American Physical Therapy Association Neurology Section Task Force. In: *Physical Therapy* 94 (5), S. 593–608. DOI: 10.2522/ptj.20130149.
- Potter, Kirsten; Fulk, George D.; Salem, Yasser; Sullivan, Jane (2011): Outcome measures in neurological physical therapy practice: part I. Making sound decisions. In: *Journal of Neurologic Physical Therapy* 35 (2), S. 57–64. DOI: 10.1097/NPT.0b013e318219a51a.
- Schädler, Stefan; Kool, Jan; Lüthi, Hansjörg; Marks, Detlef; Oesch, Peter; Pfeffer, Adrian; Wirz, Markus (2012): *Assessments in der Rehabilitation. Neurologie. 3., vollst. überarb. und erw. Aufl.* Bern: Huber (Band 1).

- Stevens, Anita; Beurskens, Anna (2010): Implementation of measurement instruments in physical therapist practice: Development of a tailored strategy. In: *Physical Therapy* 90 (6), S. 953–961. DOI: 10.2522/ptj.20090105.
- Stevens, Anita; Moser, Albine; Köke, Albère; van der Weijden, Trudy; Beurskens, Anna (2017): The use and perceived usefulness of a patient-specific measurement instrument in physiotherapy goal setting. A qualitative study. In: *Musculoskeletal Science and Practice* 27, S. 23–31. DOI: 10.1016/j.msksp.2016.12.005.
- Sullivan, Jane E.; Andrews, A. Williams; Lanzino, Desiree; Perron, Aimee E.; Potter, Kirsten A. (2011): Outcome measures in neurological physical therapy practice: part II. A patient-centered process. In: *Journal of Neurologic Physical Therapy* 35 (2), S. 65–74. DOI: 10.1097/NPT.0b013e31821a24eb.
- Sullivan, Jane E.; Crouner, Beth; Kluding, Patricia M.; Nichols, Diane; Rose, Dorian K.; Yoshida, Rie; Zipp, Genevieve Pinto (2013): Outcome measures for individuals with stroke: Process and recommendations from the American physical therapy association neurology section task force. In: *Physical Therapy* 93 (10), S. 1383–1396. DOI: 10.2522/ptj.20120492.
- Thier, Samuel O. (1992): Forces motivating the use of health status assessment measures in clinical settings and related clinical research. In: *Medical Care* 30 (5 Suppl), MS15–22.
- Van Peppen, Roland P S; Maissan, Francois J. F.; van Genderen, Frank R.; van Dolder, Rob; Van Meeteren, Nico L U (2008): Outcome measures in physiotherapy management of patients with stroke: a survey into self-reported use, and barriers to and facilitators for use. In: *Physiotherapy Research International* 13 (4), S. 255–270. DOI: 10.1002/pri.417.
- Wedge, Frances M.; Braswell-Christy, Jennifer; Brown, Cynthia J.; Foley, Kathleen T.; Graham, Cecilia; Shaw, Sharon (2012): Factors influencing the use of outcome measures in physical therapy practice. In: *Physiotherapy Theory and Practice* 28 (2), S. 119–133. DOI: 10.3109/09593985.2011.578706.
- Wikström-Grotell, Camilla; Eriksson, Katie (2012): Movement as a basic concept in physiotherapy - a human science approach. In: *Physiotherapy Theory and Practice* 28 (6), S. 428–438. DOI: 10.3109/09593985.2012.692582.
- World Health Organization (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF. World Health Organization.

## **5 Bewegungstherapeutische Teamarbeit in der medizinischen Rehabilitation: Ergebnisse einer Bestandsaufnahme in Deutschland im Mixed-Methods-Design**

### **5.1 Hintergrund**

Positive Wirksamkeitsnachweise von Bewegungstherapie liegen mittlerweile für eine Vielzahl von Erkrankungen vor (z. B. Pedersen und Saltin 2015). Konsequenterweise nehmen bewegungstherapeutische Leistungen einen hohen Stellenwert in der medizinischen Rehabilitation ein und machen in Deutschland den Großteil aller therapeutischen Leistungen aus (Brüggemann und Sewöster 2015). Dabei wird eine Weiterentwicklung hin zu elaborierten biopsychosozialen Therapiekonzepten international breit diskutiert (z. B. Shepard 2007). Eine wesentliche Voraussetzung für die Umsetzung solcher mehrdimensionaler Konzepte stellt die interprofessionelle Zusammenarbeit im Team dar (Körner 2010). Unterschiedliche Professionen mit verschiedenen Kompetenzen und Funktionen arbeiten somit im Team zusammen, um arbeitsteilig die gemeinsame Aufgabe einer ganzheitlichen Behandlungsplanung und Therapiedurchführung zu gewährleisten, die auf die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden abgestimmt ist. Interprofessionelle Zusammenarbeit gilt als zentrales Qualitätsmerkmal in der medizinischen Rehabilitation (Müller et al. 2015) und gewinnt auch aufgrund der fortschreitenden Spezialisierungen und Ausdifferenzierungen der Fachdisziplinen zunehmend an Wichtigkeit (z. B. Antoni 2010), da diese zu einem Verlust der ganzheitlichen Sichtweise seitens der einzelnen Disziplinen führen können (Xyrichis und Lowton 2008). Allerdings variieren Art und Umfang der interprofessionellen Zusammenarbeit in Deutschland beträchtlich (Körner 2010).

Effektive Zusammenarbeit im Team hat einen positiven Einfluss sowohl auf Ebene der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (z. B. verbesserter Behandlungserfolg; Lemieux-Charles und McGuire 2006; Suter et al. 2012), als auch auf Ebene der Teammitglieder (z. B. gesteigerte Arbeitszufriedenheit; Körner 2010). Die Art und Weise der Teamarbeit wird dabei maßgeblich durch Organisations- und Kommunikationsstrukturen determiniert (Körner und Dorn 2016). Aus einer gemeinsamen Betrachtung von sechs internationalen Übersichtsarbeiten (Mickan und Rodger 2000; San Martín-Rodríguez et al. 2005; Lemieux-Charles und McGuire 2006; Mathieu et al. 2008; Bosch et al. 2009; Rico et al. 2011) identifizierten Müller et al. (2015) eine Auswahl von zehn prozessualen (z. B. ausreichender Informationsfluss und offene Kommunikation im Team, adäquate Koordination der

Behandlungsleistungen im Team) und sechs organisationalen (z. B. angemessene finanzielle und administrative Ressourcen und angemessene Teamgröße) Determinanten erfolgreicher interprofessioneller Teamarbeit. Die Thematik gewinnt auch national zunehmend an Bedeutung. Allerdings ist die Übertragbarkeit des internationalen Forschungsstands auf die medizinische Rehabilitation in Deutschland aufgrund unterschiedlicher Gesundheits- und Versorgungssysteme und Rehabilitationseinrichtungen nicht vollständig gegeben. Hier setzt beispielsweise eine Untersuchung von Müller et al. (2014) an, die auf die Identifikation von Förderfaktoren und Barrieren interprofessioneller Kooperation in Rehabilitationskliniken in Deutschland zielte. Im Ergebnis bezogen sich zentrale förderliche Faktoren auf die interprofessionelle Koordination der Behandlung. In diesem Zusammenhang spielten teambezogene prozessuale Determinanten wie u. a. Informationsaustausch, Kommunikation und interprofessionelle Zielfestlegung eine wesentliche Rolle. Die Teambesprechung wird dabei als zentrale Plattform zur Koordinierung der Zusammenarbeit gesehen. Eine weitere Studie aus Deutschland befasste sich mit der Teamarbeit in der medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (Schwarz et al. 2015). Hier zeigten sich u. a. regelmäßige Teambesprechungen als Determinanten effektiver Teamarbeit.

Auch mit Blick auf organisatorische Rahmenbedingungen zeigten sich in der medizinischen Rehabilitation in Deutschland Einflussgrößen auf die Teamarbeit. So ergaben sich beispielsweise in Abhängigkeit der Teamgröße oder des Erkrankungsbereiches unterschiedliche Voraussetzungen dafür interprofessionell zu agieren (Müller et al. 2014; Schwarz et al. 2015). Die Anzahl versorgter Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ist beispielsweise in Fachabteilungen für Suchterkrankungen im Durchschnitt wesentlich geringer als in orthopädischen Fachabteilungen, obwohl es für beide Erkrankungsbereiche ähnlich viele Fachabteilungen in Deutschland gibt. Die Verweildauer bei Suchterkrankungen beträgt allerdings in der Regel mehrere Monate im Vergleich zu drei bis vier Wochen bei orthopädischen Erkrankungen (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015). Darüber hinaus ist mit Blick auf das rehabilitative Versorgungssystem in Deutschland auch das Setting der Rehabilitation im Sinne stationärer oder ambulanter Maßnahmen eine mögliche Einflussgröße auf die Teamarbeit. Während bis Ende der 1990er Jahre die medizinische Rehabilitation in Deutschland fast ausschließlich stationär durchgeführt wurde, ist mittlerweile der Anteil der ambulanten Rehabilitation gestiegen, um durch andere räumliche und organisationale Rahmenbedingungen besser auf die individuellen Bedarfe der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eingehen zu können (Buschmann-Steinhage und Brüggemann 2011). Dabei machen die ambulanten Reha-Leistungen inzwischen 14% aller Leistungen in der medizinischen Rehabilitation aus (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015).

Der Großteil der Forschungsarbeiten zur Teamarbeit bezieht sich auf das gesamte Rehabilitationsteam, da die interprofessionelle Zusammenarbeit als Basis für die Umsetzung biopsychosozialer Therapiekonzepte gesehen wird (Körner und Dorn 2016). Die Teammitglieder entstammen in der Regel aus den Berufsfeldern der Psychologie, Pflege, Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Sportwissenschaft/Sporttherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Ökotrophologie und Ärzteschaft (Körner et al. 2016). Neben interprofessionellen Teams gibt es im Gesundheitsbereich auch intraprofessionelle Teams, wie beispielsweise Pflorgeteams einer Station (Antoni 2010). Folglich sind dieselben Personen oftmals gleichzeitig Mitglieder verschiedener Teams („multiple team membership“ (O’Leary et al. 2011) und die Zusammenarbeit gestaltet sich sowohl interprofessionell als auch intraprofessionell.

In dieser Hinsicht sind auch bewegungstherapeutische Akteure in der Regel sowohl Mitglied im interprofessionellen gesamten Rehabilitationsteam, als auch Mitglied eines intradisziplinären bewegungstherapeutischen Teams. Im Rahmen der Qualitätssicherung der Deutschen Rentenversicherung (DRV) zur Strukturqualität von Rehabilitationseinrichtungen werden bei den personellen Anforderungen in diesem Zusammenhang die Berufsgruppen der Physiotherapie und Sporttherapie/ Sportwissenschaft zu einer Funktionsgruppe zusammengefasst. Aufgrund des großen Umfangs bewegungstherapeutischer Leistungen, ist die Anzahl der Mitglieder solch bewegungstherapeutischer Teams vergleichsweise hoch (z. B. im Gegensatz zum psychologischen Bereich oder Bereich der sozialen Arbeit) und kann in Abhängigkeit der Größe der Einrichtung bzw. der Anzahl zu versorgender Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, des Erkrankungsbereiches, sowie der stationären oder ambulanten Versorgungsform variieren.

Folglich sollte sowohl die Zusammenarbeit innerhalb eines Teams, als auch zwischen verschiedenen Teams Gegenstand der Rehabilitationsforschung sein (West und Lyubovnikova 2013).

Bislang liegen aber kaum Erkenntnisse darüber vor, wie die Zusammenarbeit in bewegungstherapeutischen Teams in heterogenen strukturellen Bedingungen der Rehabilitationseinrichtungen wahrgenommen und realisiert wird. Angesichts der Anforderung biopsychosozialer Therapiekonzepte besteht deshalb Bedarf nach vertieften Analysen förderlicher und hinderlicher Faktoren, um optimale Möglichkeiten der Teamarbeit für die Vielzahl unterschiedlicher Bedingungen von Einrichtungen zu identifizieren.

Auf Basis einer bundesweiten Bestandsaufnahme der Bewegungstherapie widmet sich dieser Beitrag daher den folgenden Aspekten:

- 1) einer Beschreibung teambezogener Prozessmerkmale (Häufigkeit von Teambesprechungen, Themen bewegungstherapeutischer Teambesprechungen, bewegungstherapeutische

Zielfestlegung im interprofessionellen Austausch, berufsgruppenübergreifende Informationsweitergabe im Team) und der wahrgenommenen interprofessionellen Teamarbeit, um einen Einblick in den Status quo der Rehabilitationspraxis in Deutschland zu gewinnen.

Im Folgenden ist dabei von Interesse, in welchem Maße Zusammenhänge zwischen den eben benannten teambezogenen Prozessmerkmalen und

2a) strukturellen Merkmalen der bewegungstherapeutischen Abteilung (Erkrankungsbereich, Versorgungsform, Größe der Abteilung, Ausbildungshintergrund der Leitungsperson) einerseits und

2b) der wahrgenommenen Zufriedenheit mit der interprofessionellen Teamarbeit andererseits bestehen.

## **5.2 Methode**

### **5.2.1 Gesamtstudiendesign**

Das Projekt „Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteursebene“ wurde im sequenziell erklärenden Mixed-Methods-Design (Creswell et al. 2011) umgesetzt. In den zwei zeitlich aufeinander folgenden Studienteilen wurden quantitative und qualitative Methodenansätze integriert. Eine detaillierte Darstellung ist in Kapitel 1 zu finden.

Der erste Studienteil zielte mittels standardisierter, quantitativer schriftlicher Befragung von Leitungspersonen bewegungstherapeutischer Abteilungen auf die Erstellung eines umfassenden nationalen Überblicks konzeptioneller und prozessbezogener Merkmale der Bewegungstherapie auf Ebene einzelner Rehabilitationseinrichtungen. Aufbauend auf diese fragebogenbasierte Querschnitterhebung wurden im zweiten Studienteil subjektive Sichtweisen bewegungstherapeutischer Akteure differenzierter ermittelt. Hierfür wurden zwei einhalbtägige Entwicklungsworkshops mit insgesamt 58 bewegungstherapeutischen Akteuren verschiedener Einrichtungen durchgeführt. In Anlehnung an Scheer et al. (2012) wurden zentrale Themen mit standardisierten schriftlichen Einzelbefragungen eingeleitet bzw. vorbereitet und mit qualitativen Erhebungen mittels moderierten Gruppendiskussionen kombiniert (sogenannte Fokusgruppen im Mixed-Methods-Design). In Anlehnung an Kuckartz (2014) erfolgte zunächst eine separate Analyse des quantitativen und qualitativen Studienteils, bevor die Ergebnisse beider Teile zusammengeführt wurden.

Für die Studie liegt ein positives Ethikvotum der unabhängigen Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg vor (Re.-No. 321\_15B).

### 5.2.2 Quantitativer Studienteil

#### 5.2.2.1 Design und Durchführung

Für die querschnittliche Fragebogenstudie wurden Leitungspersonen von insgesamt 1558 Fachabteilungen aus 1146 Rehabilitationseinrichtungen über die DRV Bund angeschrieben. Jede Fachabteilung erhielt dabei zwei Fragebogen, damit ggf. leitende Personen von eigenständigen bewegungstherapeutischen Abteilungen für die Bereiche der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL) A (Sport- und Bewegungstherapie) und B (Physiotherapie) getrennt voneinander antworten konnten. Angeschrieben wurden erkrankungsübergreifend alle stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen, die am Qualitätssicherungsverfahren der DRV Bund teilnehmen. Der Fragebogenversand erfolgte ab Mai 2015. Fachabteilungen, die nach vier Wochen keinen Fragebogen zurückgesandt hatten, wurde ein Erinnerungsschreiben versandt. Der Rückversand erfolgte pseudonymisiert direkt an die Forschungsinstitute, die zu keinem Zeitpunkt Einsicht in die Codierungsliste der DRV Bund hatten, wodurch die Anonymität der Teilnehmenden sichergestellt wurde.

#### 5.2.2.2 Rücklauf und Stichprobe

Insgesamt gaben 685 von 1146 Rehabilitationseinrichtungen eine Rückmeldung (59.8%). Davon machten 541 Einrichtungen (47.2%) Angaben zu ihren bewegungstherapeutischen Abteilungen (734 Fragebogen). Von den restlichen 144 Einrichtungen meldeten 90 Einrichtungen zurück, dass sie keine bewegungstherapeutische Abteilung haben, bei 45 Einrichtungen war die Teilnahme an der Befragung nicht erwünscht und neun Einrichtungen sandten den Fragebogen unkommentiert zurück. Von den 734 Fragebogen mussten 21 aufgrund unzureichenden Ausfüllens exkludiert werden, so dass 713 Fragebogen in die nachfolgenden Analysen einfließen konnten.

Tabelle 5-1 gibt einen Überblick über die teilnehmenden bewegungstherapeutischen Abteilungen und Leitungspersonen. Die überwiegende Mehrzahl der Fragebogen stammte aus stationären und teilstationären Einrichtungen (71 %). Die Größe der Abteilung wurde anhand der Anzahl zu versorgender Rehabilitandinnen und Rehabilitanden pro Woche operationalisiert. Die Einteilung in kleinere bzw. größere Abteilungen fand anhand des Mediansplits statt, der für eine durchschnittliche Woche bei 130 lag. Der Ausbildungshintergrund der Leitungsperson verteilte sich relativ gleichmäßig auf physiotherapeutische Ausbildungen (42.1%) und sporttherapeutische bzw. sportwissenschaftliche Ausbildungen (39.7%).

Anteilig lagen mit 44.2% die meisten Fragebogen aus dem Bereich der orthopädischen Erkrankungen vor, gefolgt von 16.7% aus dem Bereich der Suchterkrankungen und 11.6% aus dem Bereich der Psychosomatik.

Tab. 5-1: Charakteristika der teilnehmenden bewegungstherapeutischen Abteilungen des quantitativen Studienteils (N = 713)

Merkmalsausprägung	Häufigkeit	
	n	%
<b>Versorgungsform</b>		
stationäre und teilstationäre Rehabilitation	506	71.0
ambulante Rehabilitation	175	24.5
ohne Angabe	32	4.5
<b>Größe der Abteilung</b>		
kleinere Abteilungen (<= 130 Rehabilitanden/Woche)	349	48.9
größere Abteilungen (> 130 Rehabilitanden/Woche)	338	47.4
ohne Angabe	26	3.6
<b>Ausbildungshintergrund der bewegungstherapeutischen Leitungsperson</b>		
physiotherapeutisch	300	42.1
sporttherapeutisch/sportwissenschaftlich	283	39.7
andere	93	13.0
ohne Angabe	37	5.2
<b>Erkrankungsschwerpunkte</b>		
Orthopädie gesamt	315	44.2
Orthopädie Rücken	149	20.9
Orthopädie Totalendoprothesen (TEP)	97	13.6
Orthopädie gemischt	69	9.7
Sucht	119	16.7
Psychosomatik	83	11.6
Kardiologie	60	8.4
Neurologie	52	7.3
Onkologie	45	6.3
Pneumologie	13	1.8
Endokrinologie	10	1.4
ohne Angabe	16	2.2
<b>Erkrankungsbereiche</b>		
eher somatisch (z. B. Orthopädie, Kardiologie, Neurologie)	495	69.4
eher psychisch (Psychosomatik, Sucht)	202	28.3
ohne Angabe	16	2.2

### 5.2.2.3 Datenquelle und -analyse

Strukturelle Merkmale der bewegungstherapeutischen Abteilungen und teambezogene Prozessmerkmale wurden in Anlehnung an die Erfassung von Struktur- und Prozessmerkmalen in der ambulanten Neurorehabilitation (Pöpl et al. 2014) erfasst.

Für nachfolgende Auswertungen erfolgte eine dichotome Einteilung der **strukturellen Merkmale der bewegungstherapeutischen Abteilungen:**

- Erkrankungsbereiche: eher somatisch (z. B. Orthopädie, Kardiologie, Neurologie) vs. eher psychisch (Psychosomatik, Sucht)
- Versorgungsform: (teil)stationär vs. ambulant
- Größe der Abteilung: kleinere vs. größere Abteilung
- Ausbildungshintergrund der Leitungsperson: physiotherapeutisch vs. sporttherapeutisch/sportwissenschaftlich.

#### **Teambezogene Prozessmerkmale:**

Leitende Personen der Bewegungstherapie gaben die **Häufigkeit von bewegungstherapeutischen Teambesprechungen** und **berufsgruppenübergreifenden Besprechungen** im gesamten Reha-Team anhand eines geschlossenen Antwortformats (mindestens einmal wöchentlich, alle zwei Wochen, ca. einmal monatlich) an. Zur Verbesserung der Analysierbarkeit und Interpretierbarkeit wurde wiederum eine dichotome Einteilung (wöchentlich vs. nicht wöchentlich) vorgenommen. Zusätzlich wurde die **Häufigkeit von Themen der bewegungstherapeutischen Teambesprechungen** (Fallbesprechungen und Abstimmung des individuellen Therapieprozesses, Information/Austausch der Ergebnisse eingesetzter Tests/Messverfahren, Weiterentwicklung des bewegungstherapeutischen Therapiekonzepts/-angebots, Organisatorisches) auf einer vierstufigen Skala erfragt. Auch hier fand eine Dichotomisierung der Daten statt (sehr häufig/häufig vs. manchmal/selten). Dasselbe Vorgehen wurde für die Beurteilung **bewegungstherapeutischer Zielfestlegung im interprofessionellen Austausch** gemeinsam im Reha-Team, mit ursprünglich vierstufigem Antwortformat (sehr häufig, häufig, manchmal, selten) gewählt. Zudem wurde dichotom erfragt, ob eine **standardmäßige Informationsweitergabe von anderen Berufsgruppen** über die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden stattfindet.

Die **interprofessionelle Teamarbeit** wurde über die ‚Internal Participation Scale‘ (IPS) erfasst (Körner und Wirtz 2013). Dieser Kurzfragebogen besteht aus Items aus den Bereichen Kommunikation, Koordination, Kooperation, Respekt und Klima. Die insgesamt sechs Items wurden auf einer vierstufigen Likert-Skala bewertet (1 = trifft überhaupt nicht zu,

2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft eher zu, 4 = trifft völlig zu). Des Weiteren bestand die Möglichkeit „kann ich nicht beurteilen“ anzukreuzen.

Über Mittelwertbildung wurde jeweils ein Gesamtscore errechnet, wobei ein fehlendes Item akzeptiert wurde. Bei mehreren fehlenden Werten wurde kein Gesamtscore errechnet. Die Skala wies eine akzeptable interne Konsistenz (Cronbachs  $\alpha = .85$ ) auf.

Für die Analysen wurde bezüglich der Verteilung des Gesamtscores eine Dreiteilung der wahrgenommenen interprofessionellen Teamarbeit vorgenommen (sehr positive Bewertung: IPS-Score = 4, positive Bewertung:  $3.2 \leq \text{IPS-Score} < 4$ , mittlere Bewertung: IPS-Score  $< 3.2$ ).

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programmpaket SPSS (Version 22). Für die Auswertungen wurden jene Abteilungen herangezogen, die in Summe über mindestens zwei volle Personalstellen verfügten ( $n = 596$ ). Neben deskriptiven Kennwerten wurden für Zusammenhangsanalysen  $\chi^2$ -Tests und Kontingenzkoeffizienten C (mit  $.10 \leq$  schwacher,  $.30 \leq$  mittlerer,  $.50 \leq$  starker Zusammenhang) berechnet.

### 5.2.3 Qualitativer Studienteil

#### 5.2.3.1 Design und Durchführung

Im Rahmen der zwei Entwicklungsworkshops fanden im April 2016 insgesamt sechs leitfadengestützte Fokusgruppen mit bewegungstherapeutischen Akteuren aus den Erkrankungsbereichen Orthopädie Rücken, Orthopädie Totalendoprothesen (TEP), Neurologie, Onkologie, Psychosomatik und Sucht in den Räumlichkeiten des Landessportbunds Hessen in Frankfurt/Main statt. Die Moderation übernahmen drei wissenschaftliche Projektmitarbeitende (WG, RS, JD) mit bewegungstherapeutischer Grundausbildung und Forschungserfahrung im Feld der bewegungsbezogenen Gesundheitsforschung. Die Moderatorentätigkeiten wurden jeweils durch drei wissenschaftliche Hilfskräfte unterstützt, die die Co-Moderation übernahmen und neben der Tonaufnahme und Datensicherung u. a. die Aufgabe der ergänzenden handschriftlichen Protokollierung der Sprecherreihenfolge hatten. Der semi-strukturierte Gesprächsleitfaden wurde im Forschungsteam literaturbasiert entwickelt. Aufgrund der Nähe der Moderatoren zum Forschungsprojekt wurde im Vorfeld viel Wert auf eine Schulung sowie einen Pretest gelegt, um die Offenheit der Moderierenden für das Auftauchen neuer Themen zu gewährleisten und das Verhalten im Umgang mit Extremfällen und unerwarteten Situationen einzuüben. Zur Vorbereitung auf kritische Gesprächssituationen wurden zwei Probedurchläufe der Fokusgruppengespräche mit vier bis sechs Kolleginnen und Kollegen aus den Forschungseinrichtungen durchgeführt, sowie Feedback

zum Leitfaden eingeholt. Die Moderierenden erhielten die Möglichkeit, das eigene Verhalten anhand der Audiomitschnitte zu reflektieren.

Bei der Rekrutierung der Teilnehmenden wurde darauf geachtet, dass erkrankungsspezifische Fokusgruppen gebildet wurden, da dies in der Regel mit einer vertrauensvollen Atmosphäre, tiefergreifenden und detailreicheren Aspekten und Argumentationslinien assoziiert ist (Schulz et al. 2012). Hierfür wurden bewegungstherapeutische Leitungspersonen mittels einer Codierungsliste über die DRV Bund postalisch kontaktiert, die bereits Teilnehmende der vorgeschalteten bundesweiten querschnittlichen Fragebogenstudie waren. Um außerdem variantenreiches Datenmaterial hervorzubringen und das breite Spektrum bewegungstherapeutischer Abteilungen mit unterschiedlichen inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtungen abzubilden, wurden innerhalb der erkrankungsspezifischen Gruppen Leitungspersonen aller Klassen eingeladen, die auf Grundlage der Ergebnisse des ersten Studienteils mittels latenter Klassenanalyse ermittelt wurden (vgl. Kapitel 3).

### 5.2.3.2 Stichprobe

In einem zweiphasigen Einladungsprozess wurden insgesamt 166 Einladungen versendet, woraufhin 73 Anmeldungen getätigt wurden (Rücklaufquote von 44%). Die Teilnehmerzahl wurde insgesamt je Workshop (mit je drei Erkrankungsgruppen) auf 30 Personen beschränkt, um die in der Literatur empfohlene Gruppengröße von acht bis zwölf Personen einzuhalten (Scheer et al. 2012). Somit musste insgesamt 13 Personen eine Absage erteilt werden.

Tabelle 5-2 gibt einen Überblick über die Charakteristika der Teilnehmenden. Insgesamt nahmen 58 Personen (24 Frauen, 34 Männer) im Alter von 28-61 Jahren ( $M = 45$  Jahre;  $SD = 10$ ) teil. Davon hatten 50 Personen eine leitende Funktion, acht Personen wurden in Vertretung ihrer bewegungstherapeutischen Leitung gesandt. Die Stichprobe umfasste 38 Personen mit sporttherapeutischem/sportwissenschaftlichen und 22 Personen mit physiotherapeutischen Ausbildungshintergrund, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

Auf Basis der beschriebenen Stichprobe und einem Gesamtumfang von rund acht Stunden und 30 Minuten Diskussionszeit (durchschnittlich 85 Minuten/Erkrankungsgruppe) ist von einer Datensättigung auszugehen.

## Kapitel 5 Bewegungstherapeutische Teamarbeit

Tab. 5-2: Charakteristika der Fokusgruppenteilnehmenden des qualitativen Studienteils (N = 58)

	Gesamt		Orthopädie Rücken		Orthopädie TEP		Neurologie		Onkologie		Sucht		Psychosomatik	
	n	M (Range, SD)	n	M (Range, SD)	n	M (Range, SD)	n	M (Range, SD)	n	M (Range, SD)	n	M (Range, SD)	n	M (Range, SD)
<i>Merkmalsausprägung</i>														
Anzahl	58		11		10		9		8		10		10	
Versorgungsform <sup>1</sup>														
stationär	47		5		8		9		7		9		9	
ambulant	29		9		8		3		2		1		6	
Alter (in Jahren)		45 (28-61 ± 10)		44 (28-58 ± 12)		50 (39-57 ± 7)		45 (34-53 ± 6)		44 (28-56 ± 11)		45 (28-58 ± 10)		43 (30-60 ± 10)
Geschlecht														
weiblich	24		6		5		1		4		4		4	
männlich	34		5		5		8		4		6		6	
Leitende Funktion in Abteilung														
liegt vor	50		8		9		9		8		8		8	
liegt nicht vor <sup>2</sup>	8		3		1						2		2	
Ausbildungshintergrund <sup>1</sup>														
physiotherapeutisch (pt)	22		4		6		5		3		1		3	
sporttherapeutisch/ sportwissenschaftlich (st)	38		8		5		5		5		8		7	
sonstige	12		1		4		2		-		3		2	
Berufserfahrung (in Jahren)														
Ausbildungshintergrund pt		21 (4-35 ± 9)		24 (8-35 ± 12)		22 (18-31 ± 5)		23 (19-28 ± 3)		26 (18-34 ± 8)		5 -		13 (4-24 ± 10)
Ausbildungshintergrund st		17 (2-39 ± 10)		18 (3-39 ± 13)		19 (2-35 ± 14)		14 (5-22 ± 8)		11 (2-28 ± 12)		18 (6-31 ± 8)		19 (10-34 ± 9)

<sup>1</sup> Mehrfachantwort möglich

<sup>2</sup> da in Vertretung gesandt

Abkürzung: TEP = Totalendoprothesen

### 5.2.3.3 Datenquelle und -analyse

Die Datengrundlage bildeten sechs erkrankungsspezifische Fokusgruppen zum Thema Entwicklungstrends in der Rehabilitation. Hierbei wurde die Bedeutsamkeit und Umsetzung von Interdisziplinarität, Patientenorientierung und Standardisierung/Manualisierung diskutiert, wovon für diesen Beitrag nur die Interdisziplinarität von Bedeutung ist (vgl. auch Kapitel 1). Die Aufarbeitung und Interpretation der Fokusgruppen erfolgte mittels der von Kuckartz (2016) beschriebenen inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse. Zu Beginn fand auf Grundlage der Audioaufnahmen eine wörtliche Transkription aller Fokusgruppeninterviews mit der Software F4/5 anhand vorab definierter Transkriptionsregeln statt. Die Transkripte wurden mit Hilfe der Software MAXQDA (Version 12) einer inhaltlichen Codierung unterzogen. Dazu wurden nach initiiertem Textarbeit Hauptkategorien a-priori auf Grundlage der Leitfragen gebildet. Entlang der aufgestellten Codierregeln wurde das Textmaterial von zwei unabhängigen Personen diesen Hauptkategorien zugeordnet. Zur Überprüfung des Kategoriensystems wurde eine vorläufige Übereinstimmungsprüfung durchgeführt, woraus eine Überarbeitung des Kategoriensystems resultierte, indem Unstimmigkeiten diskutiert und Codierregeln ausdifferenziert wurden. Die Bestimmung der Subkategorien erfolgte induktiv und die Zuordnung des gesamten Textmaterials wurde durch eine Person realisiert. Zur Überprüfung des Subkategoriensystems wurden 30% des Textmaterials (zwei Erkrankungsbereiche) durch eine zweite unabhängige Person codiert und eine Intercoder-Übereinstimmung mittels des Intercoder-Koeffizienten Kappa bei 90% Übereinstimmung der Segmente berechnet. Der Kappa-Wert lag für die Subkategorien der Interdisziplinarität bei „Sucht“ bei einem guten Wert von 0.64 und „Orthopädie TEP“ bei einem sehr guten Wert von 0.87 (Landis und Koch 1977), so dass von einer weiteren Überarbeitung des Kategoriensystems abgesehen werden konnte. Auf Grundlage von systematisch erstellter thematischer Zusammenfassungen zur Komprimierung bzw. Reduktion des Materials wurden im letzten Schritt iterative Diskussionen im Forscherteam geführt und Kernthemen erarbeitet.

## 5.3 Ergebnisse

### 5.3.1 Deskriptive Analysen

Auf Basis der quantitativen Analysen lässt sich deskriptiv festhalten, dass regelmäßige Teambesprechungen sowohl innerhalb der bewegungstherapeutischen Abteilung als auch

berufsgruppenübergreifend im gesamten Reha-Team in 83.4% bzw. 85.9% der Einrichtungen wöchentlich stattfinden (vgl. Tab. 5-3).

In bewegungstherapeutischen Teambesprechungen wurde am häufigsten Organisatorisches (84.6%) thematisiert. Weitere häufige Themen waren in 70.6% Fallbesprechungen und Abstimmungen des individuellen Therapieprozesses und in 55% die Weiterentwicklung des bewegungstherapeutischen Therapiekonzepts und Therapieangebots. Im Rahmen dieser internen Teambesprechungen fand insgesamt weniger häufig ein Austausch der Ergebnisse eingesetzter Tests und Messverfahren statt.

Knapp zwei Drittel der Akteure in bewegungstherapeutischen Abteilungen (65.4%) berichteten, dass sie zu Beginn der Rehabilitation standardmäßig über die Diagnose hinausgehende Informationen über die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden von anderen Berufsgruppen erhalten.

Bewegungstherapeutische Ziele wurden in knapp 60% der Abteilungen im interprofessionellen Austausch und gemeinsam im gesamten Reha-Team festgelegt.

Insgesamt bewerteten bewegungstherapeutische Leitungspersonen die interprofessionelle Teamarbeit sehr gut ( $M = 3.59$ ,  $SD = .42$ ). 30% der Personen vergaben hierbei den Höchstwert (IPS-Score = 4), weitere knapp 50% nahmen die interprofessionelle Teamarbeit positiv wahr ( $3.2 \geq \text{IPS-Score} < 4$ ).

Auf Basis des qualitativen Studienteils wurden für die Fokusgruppen insgesamt 695 Textstellen codiert, wovon 291 Textstellen die Thematik der Interdisziplinarität betrafen<sup>1</sup>. Es stellten sich folgende Kernthemen der Diskussionen dar:

- Kommunikation- und Kooperation:
  - Teambesprechungen als zentrale Plattform für Austausch, sowie deren förderliche und hinderliche Faktoren
  - Kontaktaufnahme, Kontaktform, Informationsfluss, Abstimmung und Austausch interprofessionell, sowie förderliche und hinderliche Faktoren
  - Fallbesprechungen, sowie deren förderliche und hinderliche Faktoren
- Bewertung der Teamarbeit
- 

Im Folgenden werden die Ergebnisse des quantitativen und qualitativen Studienteils korrespondierend entlang dieser Kernthemen dargestellt.

---

<sup>1</sup> Das Codesystem kann bei den Autorinnen und Autoren angefragt werden.

Tab. 5-3: Deskriptive Kennwerte teambezogener Prozessmerkmale des quantitativen Studienteils für Abteilungen mit in Summe mindestens zwei vollen Personalstellen (n = 596)

Teambezogenes Prozessmerkmal	Häufigkeit	
	n	%
Besprechungen im berufsgruppenübergreifenden Reha-Team		
wöchentlich	512	85.9
nicht wöchentlich	79	13.3
fehlend	5	0.8
Besprechungen im bewegungstherapeutischen (BT) Team		
wöchentlich	497	83.4
nicht wöchentlich	93	15.6
fehlend	6	1.0
Themen BT Team Besprechungen		
Fallbesprechungen und Abstimmung Therapieprozess		
(sehr) häufig	421	70.6
manchmal/selten	155	26.0
fehlend	20	3.4
Information/Austausch der Ergebnisse eingesetzter Tests		
(sehr) häufig	228	38.3
manchmal/selten	324	54.4
fehlend	44	7.4
Weiterentwicklung des BT Therapiekonzepts/-angebots		
(sehr) häufig	328	55.0
manchmal/selten	243	40.8
fehlend	25	4.2
Organisatorisches		
(sehr) häufig	504	84.6
manchmal/selten	64	10.7
fehlend	28	4.7
interprofessionelle Festlegung der bewegungstherapeutischen Ziele		
(sehr) häufig	354	59.4
manchmal/selten	212	35.6
fehlend	30	5.0
standardmäßige Informationsweitergabe von anderen Berufsgruppen		
findet statt	390	65.4
findet nicht statt	200	33.6
fehlend	6	1.0
interprofessionelle Teamarbeit (IPS-Score: M = 3.59; SD = .42 )		
sehr positive Bewertung (IPS-Score = 4)	179	30.0
positive Bewertung (3.2 ≥ IPS-Score < 4)	294	49.3
mittlere Bewertung (IPS-Score < 3.2)	118	19.8
fehlend	5	0.8

Abkürzungen: BT = bewegungstherapeutisch; IPS = Internal Participation Scale

### 5.3.2 Zusammenhänge zwischen teambezogenen Prozessmerkmalen und strukturellen Merkmalen der Abteilung

#### *Kommunikation und Kooperation: Berufsgruppenübergreifende Teambesprechungen*

Zusammenhangsanalysen der quantitativen Daten zeigten für die Häufigkeit berufsgruppenübergreifenden Teambesprechungen einen kleinen Zusammenhang ( $C = .11$ ) mit der Versorgungsform ( $p < .05$ ). In stationären Rehabilitationseinrichtungen fanden diese Besprechungen häufiger statt (vgl. Tab. 5-4).

Für berufsgruppenübergreifende Teambesprechungen zeigte sich aus den qualitativen Daten, dass meist nur ein Vertretender jeder Profession teilnimmt, wie ein Teilnehmender formulierte:

„Man kann auch nicht jeden, der in dem Team arbeitet auch in diese Teamsitzung holen. Ja, dann würde ja eine Stunde lang der Betrieb still stehen, so dass dann auch immer nur eine Auswahl an Therapeuten die Möglichkeit haben am Team teilzunehmen. Das ist auch nicht optimal, aber das ist halt im Ablauf nicht anders zu gestalten.“ (#00:48:44-1# Orthopädie TEP)

Dieses Stellvertreter-Prinzip der Besprechungen wurde teilweise kritisiert und dessen Effektivität in Frage gestellt, da es mit Kommunikationsmängeln innerhalb der Berufsgruppen einherzugehen scheint und der Informationsfluss und die Informationsweitergabe oftmals unzureichend realisiert wird:

„Bei uns sitzen die Teamleiter [Physiotherapie, Ergotherapie etc.] einmal die Woche eine Stunde beieinander, wo die alles besprechen. [...] Das wird wieder weitergegeben in den [internen, intraprofessionellen] Teambesprechungen. [...] Wenn ich jetzt was sage, gehen jetzt hier zehn Leute raus und jeder gibt das ja anders wieder. Das ist ja das Phänomen.“ (#00:22:05-0# Orthopädie Rücken)

Zudem spiegelte sich bei diesen übergreifenden Teambesprechungen ein hierarchisches Verhältnis wieder, da oftmals nur Leitungspersonen teilnahmen. Dies wurde häufig mit fehlender Wertschätzung der anderen therapeutischen Akteure in Verbindung gebracht. Betont wurde, dass weniger die Quantität an Besprechungsterminen, sondern vielmehr deren inhaltliche Qualität entscheidend ist und es hierbei noch Mängel zu geben scheint:

„Also, wie gefordert, diese wöchentlich stattfindenden Interdisziplinaritäts-Besprechungen sind bei uns auch umgesetzt. [...] der Rahmen ist da, aber inhaltlich gesehen ist das auch ziemlich fragwürdig, was bei uns im Haus passiert. [...] Jetzt gibt es auch da verschiedene Ansätze zu sagen, das können wir noch tun, wie können wir es anders machen? Es gab genügend Gedankenaustausch auch mit dem leitenden Oberarzt etc. pp. Zum Schluss sind wir dazu gekommen, wir müssen einfach schauen, dass die Qualität dieser Besprechungen erst einmal stattfindet. [...] Und wie gesagt, an dem arbeiten wir jetzt gerade oder aktuell erst einmal da vielleicht wieder ein bisschen Qualität hineinzubringen.“ (#00:24:12-6# Neurologie)

Als Förderfaktor in Zusammenhang mit der Qualitätsverbesserung wurde eine gute Moderation der Besprechungen gesehen.

Oftmals wurde angemerkt, dass die Durchführung von Besprechungen aufgrund fehlender Ressourcen (z. B. zeitlicher oder personeller) in der Folge mit einer Reduktion der Therapieangebote einhergeht. Als Gegenmaßnahme wird wiederholt ein Abrechnungsschlüssel für Besprechungszeiten vorgeschlagen, um die Vergütung zu gewährleisten:

„Ja, aber man muss sich das mal überlegen, was passiert, wenn man 15 Therapeuten in so eine Besprechung schickt, die eine Stunde dauert. Wie viele Patiententermine das sind. Und je nach Klinikgröße hat man einfach da echt enge Kapazitäten und mit Urlaub, Krankheit und allem was noch dazukommt. Ist das überhaupt nicht immer zu schaffen. [...] Das sind so viele Termine, die dafür draufgehen und letztendlich ist es wichtig und wünschenswert. Aber andererseits der Rahmen, den wir haben, mit Stellschlüssel, KTL und allem was erreicht werden muss, macht es einem schwer diese Besprechungszeiten, die wir nicht verschlüsseln können, die für uns eigentlich verlorene Zeit sind, was die Zeit angeht, das Geld angeht, sind natürlich nicht verloren weil sie sinnvoll sind, aber das muss man sich [...]“ aus den Rippen schneiden.“ (#01:04:14-7# Onkologie)

Insgesamt bestand ein weitgehender Konsens über die Wichtigkeit von Teambesprechungen, da sie entscheidend zur Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen. Allerdings wurde kritisch angemerkt, das richtige Maß zu finden um ausreichend aktive Therapiezeiten zu haben. Ein möglicher Lösungsvorschlag im Spannungsfeld Therapiezeit vs. Teambesprechungen könnte sein, dass Besprechungen zu Essenszeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden realisiert werden:

„Also wir treffen uns relativ häufig und ich muss auch sagen, das geht jetzt weniger auf die Patientenzeit, auf Kosten der Patientenzeit. Wir führen diese Teambesprechung wirklich immer nur dann durch, wenn die Patienten entweder beim Frühstück sind oder zur Mittagszeit sind. Also wenn die Frühstück- oder Mittagszeit haben, haben die sowieso gar keine Therapie, dass dann eigentlich keine Therapie für die entfällt.“ (#00:53:18-7# Sucht)

Neben Teambesprechungen als zentrale Plattform für den Austausch, wurden auch weitere Kommunikationswege und -mittel genutzt.

„So wird auch über den kurzen Weg mal telefoniert und so weiter. Das funktioniert schon.“ (#00:39:52-5# Onkologie)

Ein großes Potential wurde in einer elektronischen Patientenakte gesehen, wo Eintragungen vorgenommen werden können und alle beteiligten Akteure Zugriff haben. Eine solche Patientenakte wird oftmals schon genutzt, allerdings wurde in diesem Zusammenhang kritisch diskutiert, dass potentiell vorhandene Informationen nicht berücksichtigt werden, da es hauptsächlich aus Zeitgründen am Nachlesen scheitert:

„Darüber hinaus hat jeder die Möglichkeit, in die elektronische Patientenakte Vorkommnisse oder Beobachtungen einzutragen. Einfach als schriftliches Dokument. Auch da ist klar, das schafft weder Psychologe noch Arzt noch die anderen Therapeuten, das wieder für alle nochmal gegenzulesen. Dokumentation ist immer in Gefahr, zu viel Information zu bieten, die keiner mehr verarbeiten kann.“

(#00:31:06-5# Psychosomatik)

### *Kontaktaufnahme, Kontaktform, Informationsfluss, Abstimmung und Austausch interprofessionell*

Auf Grundlage der quantitativen Daten des ersten Studienteils zeigten sich schwache Zusammenhänge (je  $p < .05$ ) für den berufsgruppenübergreifenden Informationsaustausch und der Versorgungsform ( $C = .17$ ), der Größe der Abteilung ( $C = .20$ ) und dem Erkrankungsbereich ( $C = .09$ ). Ein standardmäßiger Informationsaustausch über die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu Beginn ist assoziiert mit ambulanten Einrichtungen, kleineren Abteilungen und eher psychischen Erkrankungsbereichen.

Auch im zweiten Studienteil zeigte sich, dass in eher psychischen Erkrankungsbereichen ein interprofessioneller Austausch noch stärker ausgeprägt zu sein scheint:

„Das finde ich auch sehr gut, den Austausch [mit allen Professionen] und da habe ich halt auch die Möglichkeit mal, meine Eindrücke mit einzubringen oder schon vorab auch schon einmal so ein bisschen andere Informationen auch von den Patienten auch zu bekommen. Was vielleicht auch hilfreich ist, um manchmal das Verhalten eher einzuschätzen.“ (#00:53:51-0# Sucht)

Somit konnten eigene Erfahrungen eingebracht und Vorkenntnisse ausgetauscht werden, bzw. Erkenntnisse aus anderen Therapiebereichen miteinfließen. Aufgrund der Tatsache, dass einzelne Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im eher psychischen Erkrankungsbereich heterogene Verhaltensmuster in Abhängigkeit der Therapieform zeigten, wurde ein verstärkter Abstimmungsbedarf wahrgenommen, was ein Teilnehmender wie folgt formulierte:

„Der Austausch ist sehr intensiv, da sind auch alle dabei. [...] Und viele Patienten verhalten sich in der Psychotherapie auch ganz anders als in der Sporttherapie. Also da kommen viele Facetten zum Vorschein, die der Kollege aus dem Psychobereich nicht kennt. Und das schätzen wir auch immer und fragen auch bewusst nach.“ (#00:47:42-5# Sucht)

Der interprofessionelle Austausch wurde als wertvoll erachtet, da es somit zu einer Informationssättigung kommt und unterschiedliche Aspekte aus verschiedenen Professionen einfließen. Die therapeutischen Akteure kamen zu dem Schluss, dass professionsübergreifende Kenntnisse bzw. das Wissen über andere Therapieangebote dabei förderlich für diesen Austausch sind. Ein weiterer Vorteil des Austausches wurde in einer Reduktion

von fehlverordneten Therapien gesehen. Kritisiert wurde hierbei die hierarchische Stellung der ärztlichen Leitung bei der Therapieverordnung:

„Wenn du es nicht machst, musst du siebzig Prozent umverordnen, weil einfach nichts passt. Und überwiegend deswegen, weil der Arzt die Hand darauf hat und gesagt hat: "Ich verordne." [...] Ja und dann verordnet der halt irgendwie für einen Rollstuhlpatienten Gleichgewichtstraining, was tatsächlich passiert. [...] Und dann musst du da viel mehr nachjustieren.“ (#00:27:37-9# Neurologie)

Es wurde darüber diskutiert, wie viel Entscheidungsspielraum die einzelnen bewegungstherapeutischen Akteure bei der Verordnung von Therapieangeboten haben und ob die Möglichkeit der Mitsprache besteht. In den meisten Einrichtungen wurde eine deutliche Dominanz von Seiten der ärztlichen Leitung wahrgenommen.

Als hinderlichen Faktor für den interprofessionellen Austausch wurde beispielsweise die einseitige Kontaktaufnahme im Team angebracht:

„Es sind einfach die Kommunikationswege, wenn die eingleisig sind, funktioniert das nicht.“ (#00:22:05-0# Orthopädie Rücken)

Diese einseitige Kontaktaufnahme wurde wiederholt negativ wahrgenommen und es bestand der Wunsch nach einem wechselseitigen und gleichberechtigten Austausch. In diesem Zusammenhang wurde oftmals der Austausch mit dem ärztlichen Personal kritisiert. Hier scheint der Austausch stärker von Hierarchie geprägt zu sein und nur in Richtung der Ärzteschaft zu gehen, so dass Informationen zugetragen werden, der Informationsrückfluss allerdings selten gegeben ist:

„Man kann sich auch mit den einzelnen Bereichen gut absprechen, also Physiotherapie, wenn da was ist, wenn du siehst bei dem Patienten ist das und das. Man kann sich austauschen. Alles gar keine Frage, aber manchmal scheitert es eben bei mir oder bei uns an dem Arzt beziehungsweise an dem ärztlichen Direktor und das ist schade, weil da könnte man mehr erreichen.“ (#00:29:19-4# Sucht)

Auch die Größe der Einrichtung wurde als Barriere des interprofessionellen Austauschs angebracht. Eine große Anzahl an Rehabilitandinnen und Rehabilitanden führt mitunter dazu, dass nicht jeder therapeutische Akteur jeden einzelnen persönlich kennt und folglich der Informationsaustausch erschwert ist, wie ein Teilnehmender anmerkte:

„Da ich ja natürlich als Therapeut nicht jeden Patienten kenne natürlich in einer großen Einrichtung. Und da finde ich manchmal, ist es ein riesen Problem, [...] da ist es schwierig, die Information zurückzutragen, wenn ich den quasi gar nicht persönlich kenne. [...] Also dann hat jemand eine Teamsitzung vielleicht, der auch eine Woche im Urlaub war, und dann wird er gefragt: Wie macht sich der Patient XY in der MTT bei euch?“ (#00:31:26-9# Orthopädie Rücken)

Insgesamt scheint die Haltung der Geschäftsführung bzw. der ärztlichen Leitung zur interprofessionellen Zusammenarbeit eine entscheidende Rolle zu spielen. Grundlegende Voraussetzung interprofessionell zu agieren, ist die Bereitschaft hierfür auf Führungsebene.

„Ich finde die Interdisziplinarität und die Gewichtung in einem Haus oder in einem Team, ist für meine Begriffe immer sehr stark abhängig von der Leitung eines Hauses.“ (#00:54:31-9# Onkologie)

### *Bewegungstherapeutische Teambesprechungen*

Für die Häufigkeit bewegungstherapeutischer Teambesprechungen zeigte sich bei Analyse der quantitativen Daten kein Zusammenhang mit strukturellen Merkmalen der Abteilung.

Zusammenhänge waren hingegen für spezifische Themen der bewegungstherapeutischen Teambesprechungen (je  $p < .05$ ) zu finden. So fand ein informativer Austausch der Ergebnisse eingesetzter Tests und Messverfahren häufiger im somatischen Bereich ( $C = 18$ ), in kleineren ( $C = .11$ ) und physiotherapeutisch geleiteten ( $C = .18$ ) Abteilungen statt.

Organisatorische Themen wurden häufiger in stationären Einrichtungen angesprochen ( $C = .12$ ). Hier scheint der organisatorische Aufwand größer, wie ein Teilnehmender einer stationären Einrichtung im qualitativen Studienteil formulierte. Hierbei wurde exemplarisch aufgezählt, was es organisatorisch zu besprechen gibt.

„Wir haben extra noch einen Termin für abteilungsinterne [Besprechungen], also von Urlaubsanträgen über Verwaltung über Informationen von der Geschäftsleitung, was weiß ich, neue Unternehmensziele oder sonst was. Da gibt es einen extra Termin, und der ist auch bereichsweise gegliedert. [...] Und dort wird Organisatorisches besprochen. Defekte Geräte, sonst irgendwas, Beschaffung von Hilfsmitteln, kaputte Übungsgeräte oder sowas.“ (#00:31:06-5# Psychosomatik)

### *Fallbesprechungen*

Die quantitativen Analysen zeigten, dass Fallbesprechungen häufiger in ambulanten Einrichtungen ( $C = .13$ ) und kleineren Abteilungen ( $C = .16$ ) thematisiert wurden. Die bewegungstherapeutischen Akteure aller Erkrankungsbereiche thematisierten im zweiten Studienteil mehrfach die Größe der Abteilung, bzw. die Anzahl der zu versorgenden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als entscheidenden limitierenden Faktor für Fallbesprechungen und stellten die Frage nach einer praktikablen Abteilungsgröße um Fallbesprechungen aller durchführen zu können:

„Das Ziel, alle zu besprechen, alle Rehabilitanden, das halte ich für Utopie. Das ist bei uns überhaupt nicht machbar. Und jetzt stellt sich für mich die Frage, ob man nicht mal über eine Gruppengröße spricht, oder über eine Hausgröße, wo das überhaupt noch umsetzbar ist. Also es würde mich mal interessieren, ab wie viel Bettenplätzen geht das denn überhaupt, das man das umsetzen könnte. Weil ich sehe es

bei uns, mit 360 Betten, das verläuft sich, das ist absolut nicht machbar. Nicht realisierbar.“ (#00:35:50-5# Orthopädie Rücken)

Aufgrund fehlender zeitlicher, personeller und räumlicher Ressourcen wurden in der Folge während der Besprechungen oftmals nur Problemfälle thematisiert:

„Wenn dann eine Teamsitzung ist, [...] dann werden halt wirklich nur die problembehafteten Patienten dann auch durchgesprochen, weil man kann nicht neunzig oder hundert Patienten in einer Stunde durchziehen, das funktioniert halt nicht.“ (#00:48:44-1# Orthopädie TEP)

Diese Fallbesprechungen ähnelten vor allem aufgrund des Zeitdrucks eher einer reinen Informationsweitergabe und weniger einer regen Diskussion. Als Idee dieser Problematik zu begegnen, wurde eine personelle Vorankündigung der geplanten Fallbesprechungen angebracht, da somit im Vorfeld gezielt Informationen eingeholt werden könnten.

### **5.3.3 Zusammenhänge zwischen teambezogenen Prozessmerkmalen und der wahrgenommenen interprofessionellen Teamarbeit**

Auf Basis der quantitativen Daten wurden Zusammenhänge analysiert, die ergaben, dass ein standardmäßiger Informationsaustausch über die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einer sehr positiven Bewertung der interprofessionellen Teamarbeit ( $C = .11$ ) assoziiert ist (Tab. 5-5), ebenso die interprofessionelle Zielfestlegung ( $C = .24$ ). Es zeigten sich weiter Zusammenhänge zwischen spezifischen Themen in bewegungstherapeutischen Teambesprechungen und der wahrgenommenen Teamarbeit. Fallbesprechungen ( $C = .24$ ), ein informativer Austausch der Ergebnisse eingesetzter Tests und Messverfahren ( $C = .27$ ) und die Weiterentwicklung bewegungstherapeutischer Konzepte ( $C = .13$ ) waren mit einer positiveren Einschätzung der Teamarbeit verbunden. Im Gegensatz dazu bestehen weder Zusammenhänge mit der Häufigkeit bewegungstherapeutischer Teambesprechungen, noch mit der Häufigkeit berufsgruppenübergreifender Besprechungen im gesamten Rehabilitationsteam.

Auch im zweiten Studienteil zeigt sich, dass die interprofessionelle Teamarbeit positiv wahrgenommen wurde, aber gleichzeitig eine stärkere Würdigung gefordert wurde. Ein Teilnehmer merkte an:

„Aber ich glaube es muss einfach [...] muss mehr Freiraum für Besprechungen sein. Und das muss auch gewürdigt werden vom Kostenträger, sonst wird das nichts mehr [...] und es gibt keine Freiräume mehr zum Austausch. Und ich denke, das ist wirklich der Vorteil von unserer stationären Arbeit. Viele Disziplinen, also nicht viele Köche verderben den Brei, sondern viele Disziplinen machen, wenn sie was zusammen machen, ein super Ergebnis.“ (#00:17:29-8# Psychosomatik)

## Kapitel 5 Bewegungstherapeutische Teamarbeit

Tab. 5-4: Zusammenhangsanalysen zwischen teambezogenen Prozessmerkmalen und Strukturmerkmalen der Abteilung über Chi-Quadrat-Tests und Kontingenzkoeffizienten C

	Erkrankungsbereich				Versorgungsform				Größe der Abteilung (Abt.)				Ausbildungshintergrund Leitungen			
	eher somatisch		eher psychisch		(teil)-stationär		ambulant		große Abt.		kleine Abt.		Physiotherapeutisch		Sporttherapeutisch/-wissenschaftlich	
			p	C			p	C			p	C			p	C
BT-Team Besprechungen (n)	469	107			415	154			333	236			277	219		
finden wöchentlich statt (in %)	84.9	84.1	.85	.01	85.8	79.2	.06	.08	85.9	81.8	.19	.06	87.7	81.3	.06	.09
Themen BT Besprechungen																
Fallbesprechungen (n)	458	103			407	149			326	229			273	210		
(sehr) häufig (in %)	<b>75.3</b>	66.0	.05	.08	69.0	<b>82.6</b>	.00	.13	66.9	<b>81.2</b>	.00	.16	75.5	70.0	.18	.06
Messergebnisse (n)	444	94			390	144			314	218			263	200		
(sehr) häufig (in %)	<b>45.7</b>	22.3	.00	.18	39.0	45.1	.20	.06	36.6	<b>47.7</b>	.01	.11	<b>48.3</b>	30.5	.00	.18
Weiterentwicklung Konzepte (n)	453	103			404	147			325	225			269	210		
(sehr) häufig (in %)	57.4	54.4	.58	.02	55.7	61.9	.19	.06	56.9	58.2	.76	.01	55.8	59.1	.47	.03
Organisatorisches (n)	452	104			402	148			320	229			270	209		
(sehr) häufig (in %)	88.5	88.5	.99	.00	<b>91.0</b>	82.4	.01	.12	90.6	85.6	.07	.08	87.4	91.4	.17	.06
Reha-Team Besprechungen (n)	468	108			415	155			331	239			277	220		
finden wöchentlich statt (in %)	85.9	89.8	.28	.05	<b>88.7</b>	80.0	.01	.11	88.2	84.9	.25	.05	87.0	88.6	.58	.03
Zielfestlegung interprofessionell (n)	447	106			400	148			317	229			262	212		
(sehr) häufig (in %)	63.1	60.4	.60	.02	58.5	<b>73.0</b>	.00	.13	54.3	<b>72.9</b>	.00	.19	65.7	57.1	.06	.09
Informationsweitergabe (n)	468	107			416	153			332	236			277	219		
findet standardmäßig statt (in %)	64.1	<b>74.8</b>	.04	.09	61.1	<b>79.1</b>	.00	.17	58.7	<b>78.0</b>	.00	.20	63.2	69.4	.15	.07

Anmerkung: C = Kontingenzkoeffizient, BT = bewegungstherapeutisch

Fettdruck: Richtung der signifikanten Zusammenhänge ( $p < .05$ )

Tab. 5-5: Zusammenhangsanalysen zwischen teambezogenen Prozessmerkmalen und der wahrgenommenen interprofessionellen Teamarbeit über Chi-Quadrat-Tests und Kontingenzkoeffizienten C

	Interprofessionelle Teamarbeit (über IPS-Score)			<i>p</i>	C
	mittlere Bewertung	positive Bewertung	sehr positive Bewertung		
BT-Team Besprechungen (n)	116	291	179		
finden wöchentlich statt (in %)	86.2	83.5	84.9	.78	.03
Themen BT Besprechungen					
Fallbesprechungen (n)	114	274	174		
(sehr) häufig (in %)	55.3	75.2	<b>86.2</b>	.00	.24
Messergebnisse (n)	109	274	165		
(sehr) häufig (in %)	20.2	39.4	<b>59.4</b>	.00	.27
Weiterentwicklung Konzepte (n)	113	280	174		
(sehr) häufig (in %)	46.9	57.1	<b>65.5</b>	.01	.13
Organisatorisches (n)	116	276	172		
(sehr) häufig (in %)	88.8	87.0	91.3	.37	.06
Reha-Team Besprechungen (n)	116	292	179		
finden wöchentlich statt (in %)	91.4	87.3	82.7	.09	.09
Zielfestlegung interp (n)	114	277	171		
(sehr) häufig (in %)	43.0	74.9	<b>77.2</b>	.00	.24
Informationsweitergabe (n)	118	289	178		
findet standardmäßig statt (in %)	58.5	65.1	<b>73.0</b>	.03	.11

*Anmerkung:* C = Kontingenzkoeffizient, BT = bewegungstherapeutisch, IPS = Internal Participation Scale. Fettdruck: Richtung der signifikanten Zusammenhänge ( $p < .05$ )

## 5.4 Diskussion

Die bundesweite Bestandsaufnahme ermöglicht einen umfassenden Einblick zum Status quo der Teamarbeit in der Bewegungstherapie, wobei etwa die Hälfte der Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland in die Befragung einbezogen werden konnte. Diese Einrichtungen bilden das gesamte Spektrum der Erkrankungsbereiche ab, wobei die Verteilung der primär versorgten Erkrankungsbereiche der teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen den Zahlen über stationäre Rehabilitationseinrichtungen aus dem Reha-Bericht der Deutschen Rentenversicherung Bund (Deutsche Rentenversicherung Bund 2015) annähernd gleicht (vgl. Kapitel 1).

Bewegungstherapeutische Leitungspersonen dieser Rehabilitationseinrichtungen bewerteten die interprofessionelle Teamarbeit sowohl in der quantitativen Querschnitterhebung, als auch im qualitativen zweiten Studienteil insgesamt gut bis sehr gut. Dies steht im Einklang mit Ergebnissen anderer Untersuchungen, in denen sich Unterschiede in der Bewertung der

interprofessionellen Teamarbeit in verschiedenen Berufsgruppen zeigten. Bewegungstherapeutinnen und –therapeuten bewerteten dabei die Teamarbeit im Vergleich zu anderen Berufsgruppen wie beispielsweise dem Pflegepersonal höher (Braithwaite et al. 2013; Körner et al. 2014). Im Vergleich zu Studien von Körner und Kollegen (2014) wurden die interprofessionelle Teamarbeit in dieser nationalen Erhebung im Mittel übertroffen. Wenn gleich angesichts der Leitungsfunktion der Befragten unter Umständen auf Prozesse der sozialen Erwünschtheit bzw. eine positive Selbsteinschätzung die Bewertung beeinflusst haben könnte, so kann doch grosso modo festgehalten werden, dass die Leitungspersonen in bewegungstherapeutischen Abteilungen von einer vergleichsweise guten interprofessionellen Teamarbeit berichten können. Es kann allerdings nicht ausreichend eingeschätzt werden, in welchem Maße Einrichtungen aus systematischen Gründen, die in Zusammenhang mit der Teamarbeit stehen, nicht an der Befragung teilnahmen und inwieweit mit einer größeren Streuung in den Bewertungen der interprofessionellen Teamarbeit in der Gesamtheit der Einrichtungen zu rechnen ist. Zudem ist mit Blick auf die interprofessionelle Zusammenarbeit offen, ob sich das positive Bild der Teamarbeit auch auf den Ebenen unterhalb der Leitungspersonen widerspiegelt.

Regelmäßige Teambesprechungen nehmen zweifellos einen hohen Stellenwert für die Teamarbeit ein und sind in der deutlichen Mehrheit der Einrichtungen fest etabliert. Die Ergebnisse des ersten Studienteils zeigten, dass in den meisten bewegungstherapeutischen Abteilungen sowohl interne als auch berufsgruppenübergreifende Besprechungen mindestens einmal wöchentlich stattfinden. Ein gleichermaßen eindeutiger wie bemerkenswerter Befund zeigte sich dahingehend, dass die Häufigkeit von bewegungstherapeutischen Besprechungen allein in keinem Zusammenhang mit strukturellen Merkmalen und der Zufriedenheit mit der Teamarbeit steht. Die Ergebnisse der Fokusgruppen bekräftigen, dass die regelmäßigen Teambesprechungen als zentrale Plattform des Austausches und zur Koordinierung der Zusammenarbeit gesehen werden (Müller et al. 2014). Allerdings scheint es in einer Minderheit der Rehabilitationseinrichtungen kein Standard zu sein, mindestens wöchentlich Teambesprechungen zu realisieren. Dies wird jedoch im Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation (Deutsche Rentenversicherung Bund 2009) für die Umsetzung eines ganzheitlichen Rehabilitationsansatzes in interprofessionellen Teams für erforderlich erachtet. Die Ergebnisse der Fokusgruppen lassen einige Gründe für die Abweichungen gegenüber den Vorgaben im Rahmenkonzept identifizieren. So bestand zwar ein weitgehender Konsens über die Wichtigkeit von Teambesprechungen im Sinne einer Qualitätsverbesserung der Versorgung, allerdings wurde kritisch diskutiert, dass die Durchführung der

Besprechungen oftmals aufgrund fehlender zeitlicher, personeller und räumlicher Ressourcen mit einer Reduktion der Therapieangebote einherginge oder sich in Folge die Besprechungen nur auf Problemfälle beschränkten. Besprechungszeiten und Therapiezeiten werden in einem deutlichen Spannungsfeld wahrgenommen. Während vereinzelte Leitungspersonen davon berichten, dass therapiefreie Zeiten (v.a. Essenszeiten) für Teambesprechungen genutzt werden, scheinen nicht selten Besprechungen nur auf Kosten der Therapiezeiten bzw. -angebote realisiert werden zu können. Analog dazu wurden auch in früheren Studien unzureichende Zeitkorridore für eine Abstimmung im Team national (z. B. Müller et al. 2014) wie international (Rico et al. 2011; San Martín-Rodríguez et al. 2005; Choi und Pak 2007) als Barriere für interprofessionelle Teamarbeit gewertet. Andersherum wird die Bereitstellung von adäquaten organisatorischen Rahmenbedingungen, wie z. B. Teambesprechungsstrukturen, zeitliche und personelle Ressourcen einen positiven Einfluss auf die interprofessionelle Teamarbeit zugesprochen (Müller et al. 2014). Wiederholt wird in diesem Zusammenhang als hinderlich angesprochen, dass lediglich therapeutische Leistungen der Bewegungstherapie in der Abrechnungslogik explizit aufgeführt werden, nicht jedoch Besprechungszeiten.

Berufsgruppenübergreifende Besprechungen wurden oftmals im Stellvertreter-Prinzip realisiert, so dass meist die leitende Person einer Berufsgruppe daran teilnahm und die Informationen danach in professionsinternen Besprechungen weitergab. Dieses Vorgehen wurde im zweiten Studienteil kritisiert, da es oftmals mit Informationsverlusten verbunden war. Zudem kann es bei therapeutischen Akteuren ohne Leitungsfunktion den Eindruck einer fehlenden Wertschätzung wecken, was sich beispielsweise auch im MeeR-Projekt zeigte (Kleineke et al. 2015). Vor diesem Hintergrund ist die Empfehlung aus dem Rahmenkonzept der DRV Bund, dass allen Team-Mitgliedern ein Mitspracherecht eingeräumt werden sollte, zwar wünschenswert, aber unter Umständen auch zu idealistisch formuliert und scheint auch eher im Widerspruch mit der Rehabilitationspraxis zu stehen. Hier stellt ein ausreichender Informationsfluss bei praktiziertem Stellvertreter-Prinzip eine zusätzliche Herausforderung dar.

Mit Blick auf die bewegungstherapeutischen Teambesprechungen in Relation zu deren inhaltlichen Aspekten zeigte sich aus den Ergebnissen des ersten Studienteils, dass die Themen in Zusammenhang mit strukturellen Merkmalen der Rehabilitationseinrichtungen stehen.

Vor diesem Hintergrund ist bedeutsam, dass Fallbesprechungen häufiger in ambulanten Einrichtungen und kleineren Abteilungen stattfinden. Die Diskussionen in den Fokusgruppen bekräftigen dies und lassen einige Punkte hervorheben: In großen Abteilungen wurden

in Folge unzureichender Ressourcen beispielsweise nicht grundsätzlich individuell alle Personen besprochen, sondern sich auf Problemfälle beschränkt. Unbeantwortet blieb hierbei, bei welcher Abteilungsgröße bzw. Rehabilitandenanzahl Fallbesprechungen aller zu realisieren sind, wie es auch im Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation der DRV Bund gefordert wird. Um dieser Problematik Abhilfe zu schaffen, wurde im zweiten Studienteil vorgeschlagen, dass vorher die zu besprechenden Personen angekündigt werden sollten, damit Informationen gezielt im Vorfeld eingeholt werden können. Dies deckt sich auch mit den Ergebnissen von Verhaegh et al. (2017), die die Vorbereitung von Fallbesprechungen als Schlüsselement zu deren effektiver Durchführung sehen, so dass alle relevanten Informationen vorab gesammelt werden können. So steht zur Diskussion, ob nicht generell Kriterien für relevante (Problem-)Fälle einer Besprechung intern festgelegt werden sollten, die Raum für positive Entwicklungen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden lassen.

Aus den Ergebnissen des ersten Studienteils geht weiterhin hervor, dass in stationären Einrichtungen in bewegungstherapeutischen Teambesprechungen häufiger über organisatorische Dinge gesprochen wurde. Hier scheint der organisatorische Aufwand größer. Bezüglich weiterer Themen der Besprechungen zeigte sich quantitativ, dass ein informativer Austausch der Ergebnisse eingesetzter Tests und Messverfahren häufiger in eher somatischen Erkrankungsbereichen, kleineren und physiotherapeutisch geleiteten Abteilungen stattfand. Für physiotherapeutische Akteure zählt eine funktionsorientierte Befundung traditionell zum Kernaufgabengebiet, so dass dieses Ergebnis primär dadurch zu erklären ist. Insgesamt machen funktionsorientierte Assessmentverfahren den Großteil aller Verfahren in der medizinischen Rehabilitation aus und demgegenüber werden Person bezogene Faktoren eher seltener erhoben. In eher somatischen Erkrankungsbereichen kommen Assessmentverfahren im Vergleich zu eher psychischen häufiger (vgl. Kapitel 4) zum Einsatz.

In Bezug auf die Durchführung von Teambesprechungen lässt sich generell festhalten, dass es Erfolgsmerkmale für deren Effektivität zu geben scheint. So zeigte sich im qualitativen Teil beispielsweise, dass eine gute Moderation der Besprechung als förderlich gesehen wurde. Neben der Moderation finden sich in der Literatur (z. B. Müller et al. 2014; Careau et al. 2011) weitere Erfolgsmerkmale wie klare Besprechungsziele, respektvolle Diskussionen und multilaterale Kommunikation aller Teammitglieder, einvernehmliche Entscheidungsfindung (anstelle eines reinen Informationsaustauschs), Verwendung einer gemeinsamen Sprache oder Protokoll der Besprechungsinhalte.

Als Ergebnis der quantitativen Analysen zeigte sich, dass die Informationsweitergabe von anderen Berufsgruppen, die einen teambezogenen prozessualen Determinanten effektiver Teamarbeit darstellt, mit dem ambulanten Setting, kleineren Abteilungen und eher psychischen Erkrankungsbereichen assoziiert ist. Die stärkere Ausprägung des interprofessionellen Austauschs in diesem Bereich zeigte sich auch im zweiten Studienteil. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden scheinen in Abhängigkeit der Therapieform unterschiedliche Verhaltensmuster zu zeigen. Hier wurde ein förderlicher Faktor für den Austausch darin gesehen, dass therapeutische Akteure über professionsübergreifende Kenntnisse bzw. das Wissen über andere Therapieangebote verfügen. Dies deckt sich mit Erkenntnissen anderer Studien (z. B. MacDonald et al. 2010; Choi und Pak 2007; Schwarz et al. 2015). Als hinderlicher Faktor für den interprofessionellen Austausch wurde im zweiten Studienteil die einseitige Kontaktaufnahme im Team angebracht und es bestand der Wunsch nach einem wechselseitigen und gleichberechtigten Austausch. Vor allem die Kommunikation mit ärztlichen Akteuren scheint stärker von Hierarchie und in Form einer Zuarbeit der therapeutischen Akteure geprägt zu sein. Die steigende Anzahl ausländischer Ärztinnen und Ärzte in Deutschland (Farhan et al. 2016), zeigte sich auch in den Rehabilitationseinrichtungen und die oftmals einhergehenden Sprachbarrieren wurden als hinderlicher Faktor der Kommunikation diskutiert. Da unterschiedliche Professionen meist verschiedene Kommunikationsstile aufzeigen, kann auch dies per se zu Kommunikationsproblemen führen (Foronda et al. 2016), da nicht dieselbe „Sprache“ gesprochen wird (Choi und Pak 2007). Internationale Studien zeigen, dass Berufsgruppen oftmals eher im eigenen „Silo“ arbeiten. Demnach ist die Arbeitsweise vielmehr intraprofessionell geprägt, als sich mit anderen Professionen auszutauschen (Braithwaite et al. 2013; Hall 2005), da so die Gemeinsamkeit bezüglich der Sprache, Vorgehensweisen und Einstellungen sichergestellt ist. In ihrer Übersichtsarbeit zur interprofessionellen Kommunikation im Gesundheitswesen kommt die Forschergruppe um Foronda (2016) zu der Schlussfolgerung, dass ein Bedarf nach interprofessionellem Kommunikationstraining besteht, wie es sich auch im qualitativen Studienteil zeigte, so dass alle dieselbe „gemeinsame Sprache“ sprechen. Bedarf nach interprofessioneller Ausbildung besteht nicht nur in Bezug auf die Sprache. Sowohl national (Zirn et al. 2016; Berger et al. 2016), als auch international (Frenk et al. 2010) wird die Notwendigkeit gesehen, Ausbildungsinhalte der Gesundheitsfachberufe generell interprofessionell zu gestalten („interprofessional education“), um bereits hier die Basis für die spätere Zusammenarbeit zu legen und um berufsgruppenbezogene „Silos“ abzubauen. Auch die Weltgesundheitsorganisation (Gilbert et al. 2010) hat ein Rahmenkonzept publiziert, das die

wichtige Rolle interprofessioneller Ausbildung zur Stärkung des Gesundheitssystems untermauert. Die interprofessionelle Ausbildung ist dabei mit positiven Effekten in Bezug auf die interprofessionelle Zusammenarbeit und folglich positiven Auswirkungen z. B. auf den Behandlungserfolg assoziiert (Reeves et al. 2013).

Abschließend werden die Ergebnisse unserer Studie nun vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussionen verschiedener Teammodelle eingeordnet. In der Literatur wird zur Beschreibung unterschiedlicher Teamstrukturen häufig zwischen drei Teammodellen (multiprofessionell, interprofessionell, transprofessionell) differenziert (Körner und Dorn 2016). Eine Übersichtsarbeit mit Definitionen und vergleichender Darstellung dieser drei Teammodelle liegt beispielsweise von Choi und Pak (2006) vor. Die Teammodelle unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Qualität der Zusammenarbeit. Dabei ist das multiprofessionelle Teammodell charakterisiert durch eine hierarchische Struktur mit ärztlicher Leitung, bei der sich die Kontaktaufnahme einseitig und die Kommunikation bilateral gestaltet. Ein berufsgruppenübergreifender Informationsaustausch ist eher geringer ausgeprägt und die Arbeitsweise ist überwiegend unabhängig voneinander bzw. parallel nebeneinander, da es auch an professionsübergreifenden Fähigkeiten und Kenntnissen fehlt. Therapieziele und -strategien werden professionsorientiert festgelegt. Im Gegensatz dazu finden sich beim interprofessionellen Teammodell flachere Hierarchien bis zur gleichrangigen Betrachtung der einzelnen Berufsgruppen im transprofessionellen Teammodell. Sowohl im inter- als auch transprofessionellen Modell gestaltet sich die Kontaktaufnahme wechselseitig und die Kommunikation multilateral. Ziele und Strategien werden hier gemeinsam im Team festgelegt und die Arbeitsweise zeichnet sich durch ständigen Austausch und Abstimmung untereinander aus. Professionsübergreifende Fähigkeiten und Kenntnisse sind im interprofessionellen Team schon teilweise vorhanden, wohingegen im transprofessionellen Team ein Transfer von Fähigkeiten und Kenntnissen stattfindet und sich die Grenzen bezüglich traditionell professionsbezogener Aufgaben teilweise auflösen, so dass alle Professionen gleichrangig eingestuft werden und geteilte Verantwortlichkeiten bestehen.

Schwarz et al. (2015) stellt die Modelle auf einem Kontinuum dar, mit zunehmendem Umfang und Intensität der Teamarbeit vom multi- über das inter- hin zum transprofessionellen Modell, die Übergänge zwischen den Modellen sind dabei fließend. In der Praxis finden sich häufig Mischformen der Teammodelle (Körner und Dorn 2016), was sich auch in unseren Ergebnissen zeigt.

Für den Status quo der Teamarbeit in der Bewegungstherapie lässt sich zusammenfassend festhalten, dass sich in der Rehabilitationspraxis in Deutschland vor allem durch die hierar-

chische Struktur, eingleisige Kommunikation und eher additive Arbeitsweise sich zwar überwiegend Merkmale des multiprofessionellen Teammodells zeigen, allerdings auch teilweise interprofessionelle Ansätze, wie z. B. eine relativ häufige Zielfestlegung im interprofessionellen Austausch, vorhanden sind.

Bislang liegen erst wenige empirische Ergebnisse bezüglich der Effektivität unterschiedlicher Teammodelle in der medizinischen Rehabilitation vor. Allerdings zeigte sich, dass sowohl die wahrgenommene Teamarbeit, als auch die eingangs erwähnte Effektivität (z. B. verbesserter Behandlungserfolg, gesteigerte Zufriedenheit) in interprofessionellen Teams besser bewertet wird als in multiprofessionellen Teams (z. B. Körner 2010; Kleineke et al. 2015). Bei der Realisation von Teamarbeit scheint somit entscheidend zu sein, wie deren Merkmale ausgeprägt sind und nicht allein die Tatsache, dass überhaupt zusammengearbeitet wird. Im Vergleich zu anderen Ländern wie z. B. Schweden, wo inter- und transprofessionelle Modelle den Großteil ausmachen (Thylefors et al. 2005), legen unsere Ergebnisse nahe, dass diese in Deutschland scheinbar noch weniger verbreitet sind. Dies ist oftmals auch aufgrund unzureichender struktureller und organisatorischer Rahmenbedingungen zu begründen (Schwarz et al. 2015), was sich auch mit unseren Ergebnissen deckt. Diese Rahmenbedingungen (wie z. B. die Größe der Abteilung) nehmen einen Einfluss auf teambezogene Prozesse. Die Überwindung einer reinen multiprofessionellen Teamarbeit muss folglich mit der Bereitstellung adäquater Rahmenbedingungen einhergehen. Nicht zuletzt bedarf es hierfür ein Gesundheitssystem, das interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht und fördert (van Dijk-de Vries et al. 2017).

## 5.5 Literaturverzeichnis

- Antoni, Conny H. (2010): Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 104 (1), S. 18–24.
- Berger, Sarah; Goetz, Katja; Leowardi-Bauer, Christina; Schultz, Jobst-Hendrik; Szecsenyi, Joachim; Mahler, Cornelia (2016): Anchoring interprofessional education in undergraduate curricula: The Heidelberg story. In: *Journal of Interprofessional Care* 31 (2), S. 175–179. DOI: 10.1080/13561820.2016.1240156.
- Bosch, Marije; Faber, Marjan J.; Cruijsberg, Juliette; Voerman, Gerlienke E.; Leatherman, Sheila; Grol, Richard PTM et al. (2009): Effectiveness of patient care teams and the role of clinical expertise and coordination. In: *Medical Care Research and Review* 66 (6\_suppl), 5S–35S.
- Braithwaite, Jeffrey; Westbrook, Mary; Nugus, Peter; Greenfield, David; Travaglia, Joanne; Runciman, William et al. (2013): Continuing differences between health professions' attitudes: the saga of accomplishing systems-wide interprofessionalism. In: *International Journal for Quality in Health Care* 25 (1), S. 8–15. DOI: 10.1093/intqhc/mzs071.
- Brüggemann, Silke; Sewöster, Daniela (Hg.) (2015): Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung – Vergleich der Jahre 2007 und 2012. Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung. Augsburg, 16.-18. März 2015. Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Buschmann-Steinhage, Rolf; Brüggemann, Silke (2011): Veränderungstrends in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 54 (4), S. 404–410.
- Careau, Emmanuelle; Vincent, Claude; Swaine, Bonnie R. (2011): Consensus group session of experts to describe interprofessional collaboration processes in team meetings. In: *Journal of Interprofessional Care* 25 (4), S. 299–301.
- Choi, Bernard C. K.; Pak, Anita W. P. (2006): Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. In: *Clinical and Investigative Medicine. Medecine Clinique et Experimentale* 29 (6), S. 351–364.
- Choi, Bernard C. K.; Pak, Anita W. P. (2007): Multidisciplinarity, interdisciplinarity, and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 2. Promoters, barriers, and strategies of enhancement. In: *Clinical and Investigative Medicine. Medecine Clinique et Experimentale* 30 (6), S. 224–232.
- Creswell, John W.; Klassen, Ann Carroll; Plano Clark, Vicki L.; Smith, Katherine Clegg (2011): Best practices for mixed methods research in the health sciences. In: *Bethesda (Maryland): National Institutes of Health*, S. 2094–2103.

- Deutsche Rentenversicherung Bund (2009): Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin. Online verfügbar unter [http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207034/publicationFile/2130/rahmenkonzept\\_Ita\\_datei.pdf](http://www.deutscherentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/207034/publicationFile/2130/rahmenkonzept_Ita_datei.pdf).
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2015): Reha-Bericht 2015. In: *Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik*. Berlin. ISSN, S. 2193–5718.
- Farhan, Nabeel; Leonhart, Rainer; Puffe, Lydia; Boeker, Martin; Wirsching, Michael (2016): Kommunikationsprüfung ausländischer Ärzte in Deutschland: Patientenkommunikationstest. In: *Das Gesundheitswesen* 78 (04), S. 215–220.
- Foronda, Cynthia; MacWilliams, Brent; McArthur, Erin (2016): Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. In: *Nurse Education in Practice* 19, S. 36–40.
- Frenk, Julio; Chen, Lincoln; Bhutta, Zulfiqar A.; Cohen, Jordan; Crisp, Nigel; Evans, Timothy et al. (2010): Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. In: *The Lancet* 376 (9756), S. 1923–1958.
- Gilbert, John H. V.; Yan, Jean; Hoffman, Steven J. (2010): A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. In: *Journal of Allied Health* 39 (3), S. 196–197.
- Hall, Pippa (2005): Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. In: *Journal of Interprofessional Care* 19 (sup1), S. 188–196.
- Kleineke, V.; Stamer, M.; Zeisberger, M.; Brandes, I.; Meyer, T. (2015): Interdisziplinäre Zusammenarbeit als ein Merkmal erfolgreicher Rehabilitationseinrichtungen – Ergebnisse aus dem MeeR-Projekt. In: *Die Rehabilitation* 54 (04), S. 266–272.
- Körner, Mirjam (2010): Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: a comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. In: *Clinical Rehabilitation* 24 (8), S. 745–755.
- Körner, Mirjam; Büttof, Sarah; Müller, Christian; Zimmermann, Linda; Becker, Sonja; Bengel, Jürgen (2016): Interprofessional teamwork and team interventions in chronic care: a systematic review. In: *Journal of Interprofessional Care* 30 (1), S. 15–28.
- Körner, Mirjam; Dorn, Monika (2016): Reha-Team und Teamentwicklung. In: Jürgen Bengel und Oskar Mittag (Hg.): *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 239–249.

- Körner, Mirjam; Göritz, Anja S.; Bengel, Jürgen (2014): Healthcare professionals' evaluation of interprofessional teamwork and job satisfaction / Evaluation der Teamarbeit und der Arbeitszufriedenheit von Gesundheitsfachberufen. In: *International Journal of Health Professions* 1 (1), S. 5–12.
- Körner, Mirjam; Wirtz, Markus A. (2013): Development and psychometric properties of a scale for measuring internal participation from a patient and health care professional perspective. In: *BMC Health Services Research* 13 (1), S. 374.
- Kuckartz, Udo (2014): *Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren*. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).
- Kuckartz, Udo (2016): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3., überarbeitete Auflage: Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).
- Landis, Richard J.; Koch, Gary G. (1977): The measurement of observer agreement for categorical data. In: *Biometrics* 33 (1), S. 159–174.
- Lemieux-Charles, Louise; McGuire, Wendy L. (2006): What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. In: *Medical Care Research and Review* 63 (3), S. 263–300. DOI: 10.1177/1077558706287003.
- MacDonald, Mary B.; Bally, Jill M.; Ferguson, Linda M.; Murray, B. Lee; Fowler-Kerry, Susan E.; Anonson, June M. S. (2010): Knowledge of the professional role of others: a key interprofessional competency. In: *Nurse Education in Practice* 10 (4), S. 238–242.
- Mathieu, John; Maynard, M. Travis; Rapp, Tammy; Gilson, Lucy (2008): Team effectiveness 1997-2007: A review of recent advancements and a glimpse into the future. In: *Journal of Management* 34 (3), S. 410–476.
- Mickan, Sharon; Rodger, Sylvia (2000): The organisational context for teamwork: comparing health care and business literature. In: *Australian Health Review* 23 (1), S. 179–192.
- Müller, Christian; Rundel, Manfred; Zimmermann, Linda; Körner, Mirjam (2015): Verankerung interprofessioneller Teamarbeit in den Qualitätsmanagement-Systemen der medizinischen Rehabilitation—Eine Bestandsaufnahme. In: *Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin, Kurortmedizin* 25 (01), S. 36–43.
- Müller, Christian; Zimmermann, Linda; Körner, Mirjam (2014): Förderfaktoren und Barrieren interprofessioneller Kooperation in Rehabilitationskliniken—Eine Befragung von Führungskräften. In: *Die Rehabilitation* 53 (06), S. 390–395.
- O'Leary, Michael Boyer; Mortensen, Mark; Woolley, Anita Williams (2011): Multiple team membership: a theoretical model of its effects on productivity and learning for individuals and teams. In: *Academy of Management Review* 36 (3), S. 461–478.

- Pedersen, Bente Klarlund; Saltin, Bengt (2015): Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. In: *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports* 25 Suppl 3, S. 1–72. DOI: 10.1111/sms.12581.
- Pöppl, Dominik; Deck, Ruth; Kringler, Wolfgang; Reuther, Paul (2014): Strukturen und Prozesse in der ambulanten Neurorehabilitation. In: *Die Rehabilitation* 53 (03), S. 168–175.
- Reeves, Scott; Perrier, Laure; Goldman, Joanne; Della Freeth; Zwarenstein, Merrick (2013): Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). In: *The Cochrane Library*.
- Rico, Ramón; La Hera, Carlos María Alcover de; Taberner, Carmen (2011): Work team effectiveness, a review of research from the last decade (1999-2009). In: *Psicología* 26 (1), S. 47–71.
- San Martín-Rodríguez, Leticia; Beaulieu, Marie-Dominique; D'Amour, Danielle; Ferrada-Videla, Marcela (2005): The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. In: *Journal of Interprofessional Care* 19 Suppl 1, S. 132–147. DOI: 10.1080/13561820500082677.
- Scheer, Dirk; Konrad, Wilfried; Scheel, Oliver; Ulmer, Frank; Hohlt, Andreas (2012): Fokusgruppen im Mixed-Method-Design: Kombination einer standardisierten und qualitativen Erhebung. In: Marlen Schulz, Birgit Mack und Ortwin Renn (Hg.): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Springer, S. 148–167.
- Schulz, Marlen; Mack, Birgit; Renn, Ortwin (Hg.) (2012): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung: Springer-Verlag.
- Schwarz, Betje; Neuderth, Silke; Gutenbrunner, Christoph (2015): Multiprofessional teamwork in work-related medical rehabilitation for patients with chronic musculoskeletal disorders. In: *Journal of Rehabilitation Medicine* 47 (1), S. 58–65.
- Shepard, Katherine F. (2007): Are you waving or drowning? In: *Physical Therapy* 87 (11), S. 1543–1554.
- Suter, Esther; Deutschlander, Siegrid; Mickelson, Grace; Nurani, Zahra; Lait, Jana; Harrison, Liz et al. (2012): Can interprofessional collaboration provide health human resources solutions? A knowledge synthesis. In: *Journal of Interprofessional Care* 26 (4), S. 261–268.
- Thylefors, Ingela; Persson, Olle; Hellström, Daniel (2005): Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork. In: *Journal of Interprofessional Care* 19 (2), S. 102–114.
- van Dijk-de Vries, Anneke; van Dongen, Jérôme Jean Jacques; van Bokhoven, Marloes Amantia (2017): Sustainable interprofessional teamwork needs a team-friendly

healthcare system: experiences from a collaborative Dutch programme. In: *Journal of Interprofessional Care* 31 (2), S. 167–169.

Verhaegh, Kim J.; Seller-Boersma, Annamarieke; Simons, Robert; Steenbruggen, Jeanet; Geerlings, Suzanne E.; Rooij, Sophia E. de; Buurman, Bianca M. (2017): An exploratory study of healthcare professionals' perceptions of interprofessional communication and collaboration. In: *Journal of Interprofessional Care* 31 (3), S. 397–400.

West, Michael A.; Lyubovnikova, Joanne (2013): Illusions of team working in health care. In: *Journal of health organization and management* 27 (1), S. 134–142.

Xyrichis, Andreas; Lowton, Karen (2008): What fosters or prevents interprofessional team-working in primary and community care? A literature review. In: *International Journal of Nursing Studies* 45 (1), S. 140–153.

Zirn, Lena; Körner, Mirjam; Luzay, Leonie; Sandeck, Florian; Müller-Fröhlich, Christa; Straub, Christine et al. (2016): Design and evaluation of an IPE module at the beginning of professional training in medicine, nursing, and physiotherapy. In: *German Medical Science, Journal for Medical Education* 33 (2).

## **6 Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie: Eine empirisch-qualitative Erkundung der Sichtweisen bewegungstherapeutischer Akteure in der medizinischen Rehabilitation**

### **6.1 Einleitung**

Die Ergebnisse der Studienphase I zur bundesweiten Bestandsaufnahme der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation haben klar gemacht, dass der Transfer körperlich-sportlicher Aktivitäten im Alltag über die verschiedenen Erkrankungsbereiche hinweg als eine besondere Herausforderung gesehen wird. Häufig kommen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit einer mangelnden Motivation für regelmäßige körperlich-sportliche Aktivität und mangelnden Vorstellungen über die konkrete Umsetzung von körperlich-sportlichen Aktivitäten im Alltag in die Rehabilitationseinrichtungen (vgl. Kap. 2.4.1).

Bei der Gewichtung von verhaltensorientierten Inhalten in der Bewegungstherapie lagen allerdings Unterschiede zwischen den Erkrankungsbereichen vor. Darüber hinaus wurden große Unterschiede innerhalb der Erkrankungsbereiche festgestellt (vgl. Kap. 2.4.2). Beispielsweise wurden die Vermittlung von Wissen, sowie der Einsatz volitionaler Techniken zur Förderung von konkreten Vorstellungen über die Umsetzung körperlich-sportlicher Aktivität im Alltag, bisher am stärksten in kardiologischen Einrichtungen gewichtet. Hierbei zeigte sich eine relativ homogene Gewichtung der Wissensvermittlung, wohingegen der Einsatz volitionaler Techniken deutlich heterogener in den verschiedenen bewegungstherapeutischen Einrichtungen in der Kardiologie gewichtet wurde.

Die Kategorisierung typischer inhaltlich-konzeptioneller Ausrichtungen der Bewegungstherapie hat versucht, diese jeweils spezifischen Gewichtungen von Inhalten und Zielorientierungen auf der Ebene der Bewegungstherapie-Abteilungen zu charakterisieren (vgl. Kap. 3). Sie ging damit über Differenzierungen zwischen Erkrankungsbereichen oder strukturellen Merkmalen (wie die Versorgungsform oder Abteilungsart) hinaus. Dadurch lieferte die bundesweite Bestandsaufnahme eine Charakterisierung von bewegungstherapeutischen Abteilungen, die die substanziellen Unterschiede in den bewegungstherapeutischen Ausrichtungen – jenseits von erkrankungsspezifischen Besonderheiten – spezifizieren kann. Diese bundesweite Analyse fundiert und erweitert auf empirisch-quantitative Weise Alltagsbeobachtungen, die bei flächendeckender Betrachtung trotz struktureller Vorgaben und verstärkter Evidenzbasierung von Reha-Therapiestandards eine durchaus unterschiedliche Ausgestaltung der Bewegungstherapie vermuten lassen.

Der Survey-Charakter der Studienphase I bringt jedoch Grenzen für den Erkenntnisgewinn mit sich. Er erlaubt keine tieferen Einblicke in die Handlungsorientierungen der bewegungstherapeutischen Akteure, wenn es um die Förderung körperlich-sportlicher Aktivität im Alltag geht. Der Survey hinterlässt offene Fragen, welche Faktoren für die unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen und Ausgestaltungen der Bewegungstherapie mitbestimmend sind. Die Studienphase II setzt an dieser Stelle an, indem sie mit einer qualitativen Forschungsmethodik eine tiefergehende Erkundung der Sichtweisen von bewegungstherapeutischen Akteuren anstrebt. Die drei übergeordneten Fragestellungen mit Blick auf die Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation lauten:

- 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?

### **6.2 Methode**

Die Bearbeitung der Fragestellungen nutzt den zweiten qualitativen Studienteil des sequenziell erklärenden Mixed-Methods-Designs (vgl. Kap. 1). Die transparente Darstellung der eingesetzten Vorgehensweise in der qualitativen Erhebungs- und Auswertungsmethodik orientiert sich nachfolgend an der COREQ Checkliste (Tong et al. 2007)).

#### **6.2.1 Studiendesign**

Grundlage für die Beantwortung der Fragestellung war die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse moderierter Gruppendiskussionen, die im Besonderen dazu geeignet sind, das Wissen und Handeln von Personen näher zu untersuchen, sowie unterschiedliche individuelle Sichtweisen zu ermitteln (Hilpert et al. 2012). Im April 2016 fanden hierzu insgesamt sechs leitfadengestützte Fokusgruppen mit Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten aus den Erkrankungsbereichen Orthopädie Rücken, Orthopädie Totalendoprothesen (TEP), Neurologie, Onkologie, Psychosomatik und Sucht in den Räumlichkeiten des Landessportbunds Hessen in Frankfurt/Main statt. Die Wahl der Moderation fiel auf drei wissenschaftliche Projektmitarbeitende (zwei Männer, eine Frau) mit bewe-

gungstherapeutischer Grundausbildung und Forschungserfahrung im Feld der bewegungsbezogenen Gesundheitsforschung aufgrund der hierarchisch etwa gleichgestellten Position, sowie des für die Thematik notwendigen medizinisch-rehabilitativen Fachwissens. Die Moderatorentätigkeiten wurden jeweils durch drei wissenschaftliche Hilfskräfte in der Co-Moderation unterstützt, die neben der Tonaufnahme und Datensicherung u. a. die Aufgabe der ergänzenden handschriftlichen Protokollierung der Sprecherreihenfolge übernahmen. Der semi-strukturierte Gesprächsleitfaden (vgl. Kapitel 1) wurde im Forschungsteam literaturbasiert entwickelt. Den hier präsentierten Ergebnissen liegt die Leitfrage 1 nach Möglichkeiten der Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation zugrunde. Eingeleitet wurde die Fokusgruppendifkussion zu diesem Thema mit der Erzählaufforderung: „...was trägt innerhalb Ihrer Bewegungstherapie dazu bei, dass Rehabilitanden *nachhaltig*, d. h. über den Reha-Aufenthalt hinaus, an mehr körperlich-sportliche Aktivität gebunden werden?“ Aufgrund der Nähe der Moderatoren zum Forschungsprojekt wurde im Vorfeld viel Wert auf eine Schulung sowie einen Pretest gelegt, um die Offenheit der moderierenden Personen für das Auftauchen neuer Themen zu gewährleisten und das Verhalten im Umgang mit Extremfällen und unerwarteten Situationen einzuüben. Zur Vorbereitung auf kritische Gesprächssituationen wurden zwei Probedurchläufe der Fokusgruppengespräche mit 4-6 Kolleginnen und Kollegen aus den Forschungseinrichtungen durchgeführt, sowie Feedback zum Leitfaden eingeholt. Die moderierenden Personen erhielten die Möglichkeit, das eigene Verhalten anhand der Audiomitschnitte zu reflektieren.

### 6.2.2 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fokusgruppen

Bei der Rekrutierung der Teilnehmenden wurde einerseits auf eine homogene Zusammensetzung (erkrankungsspezifisch, Leitungsfunktion) geachtet, da dies in der Regel mit einer vertrauensvollen Atmosphäre, sowie tiefgreifenden und detailreicheren Aspekten und Argumentationslinien assoziiert ist (Schulz et al. 2012). Hierfür wurden bewegungstherapeutische Akteure postalisch kontaktiert, die bereits an der vorgeschalteten bundesweiten Fragebogenstudie teilgenommen hatten (vgl. Kapitel 1).

Um andererseits ein variantenreiches Datenmaterial hervorzubringen und das breite Spektrum bewegungstherapeutischer Abteilungen abzubilden, wurden Personen eingeladen, die mit mindestens 80%-iger Wahrscheinlichkeit jeweils einer Klasse des zugrundeliegenden Sechs-Klassen-Modells der inhaltlich-konzeptionellen Ausrichtung der Bewegungstherapie angehören (vgl. Kapitel 3). In einem zweiphasigen Einladungsprozess wurden insgesamt 166 Einladungen versendet, woraufhin 73 Anmeldungen getätigt wurden (Rücklaufquote von 44%). Die Teilnehmerzahl wurde insgesamt je Workshop auf 30 Personen beschränkt,

um die in der Literatur empfohlene Gruppengröße von acht bis zwölf Personen einzuhalten (Scheer et al. 2012). Somit musste insgesamt 13 Personen eine Absage erteilt werden. Insgesamt nahmen von 60 eingeladenen 58 Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten (2 krankheitsbedingte Absagen) (24 Frauen, 34 Männer) im Alter von 28-61 Jahren ( $M = 45$  Jahre,  $SD = 10$ ) teil. Die Stichprobe umfasste vorrangig Personen mit Berufserfahrung im Bereich der Physiotherapie ( $M = 21$  Jahre) und der Sporttherapie ( $M = 17$  Jahre), wobei Mehrfachnennungen möglich waren. Eine ausführliche Tabelle zu den Charakteristika der Fokusgruppenteilnehmenden kann in Kapitel 5 eingesehen werden.

Die qualitativen Ergebnisse zum Thema Bewegungsförderung in der Rehabilitation beruhen auf einem Gesamtdatenvolumen von rund 13 Stunden Fokusgruppendifkussion. Die durchschnittliche Gesprächsdauer je Gruppe beträgt zwei Stunden und neun Minuten. Aufgrund der Stichprobenzusammensetzung mit facettenreichen Teilnehmenden und dennoch ausreichender Homogenität im Tätigkeitsfeld (Erkrankungsbereich, Leitungsposition) und dem hohen Datenvolumen ist eine Datensättigung sehr wahrscheinlich.

### 6.2.3 Datenanalyse

Die Aufbereitung und Auswertung des Audiomaterials der Fokusgruppendifkussionen erfolgten anhand der von Kuckartz (2016) beschriebenen, inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse. Zunächst fand mit Hilfe der Software F4/5 eine wörtliche Transkription der aufgenommenen Gespräche anhand vorab festgelegter Transkriptionsregeln statt. Entsprechend der Transkriptionsregeln wurde sowohl auf eine hohe Verständlichkeit als auch auf die Nähe zur Fokusgruppensituation geachtet, d. h., Interpunktionen wurden zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, dialektische Ausdrücke, Wortschleifungen, Wort- und Satzabbrüche, Stottern und Fülllaute wurden korrigiert. Wortdopplungen wurden nur erfasst, wenn sie als Stilmittel dienten. Satzformen, Halbsätze und unvollständige Wörter wurden beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler enthielten. Längere Pausen wurden markiert wohin gehend nonverbale Äußerungen nur in Ausnahmefällen mit ergänzendem Hinzuziehen des Handprotokolls vermerkt wurden (z. B. Ironie). Unverständliche Textpassagen wurden kenntlich gemacht und im Rahmen einer Zweitprüfung durch eine unabhängige Person korrigiert.

Nach der schriftlichen Überführung der Fokusgruppen wurden die Transkripte mit Hilfe der Software MAXQDA (Version 12) einer inhaltlichen Codierung unterzogen. Dabei wurde in mehreren Arbeitsschritten ein Kategoriensystem mit Haupt- und Subcodes (Tabelle 6-1) er-

stellt und das komplette Textmaterial, gegliedert in Sinneinheiten (Codings), den verschiedenen Codes zugeordnet. Nach einer initialen Sichtung des Textmaterials erfolgte zunächst in Anlehnung an den Interviewleitfaden eine deduktive Vorstrukturierung in die Bereiche Inhalte und methodische Durchführung einerseits und Förderfaktoren und Barrieren andererseits. Unter Inhalte und methodische Durchführung fallen alle Aussagen darüber, wie in den Rehabilitationseinrichtungen versucht wird, Rehabilitandinnen und Rehabilitanden langfristig an körperlich-sportliche Aktivität zu binden. Für diesen Bereich entstand das Haupt-Kategoriensystem (Gliederungsebene 1 und 2) durch eine deduktive, theoriegeleitete Ausdifferenzierung in Anlehnung an die Struktur von Inhalten und Methoden der Bewegungstherapie nach Pfeifer und Sudeck (2016). Die ebenfalls deduktiv gebildeten Hauptcodes innerhalb der Förderfaktoren und Barrieren entstanden in Anlehnung an Grol und Wensing (2004). Ausgehend von der zugrundeliegenden Literatur wurden Codierregeln für die Zuordnung des Textmaterials zu den vorhandenen Hauptkategorien erstellt.

Das so entstandene Kategoriensystem wurde zunächst an einem Teil des Datenmaterials von zwei unabhängigen Personen getestet, gemeinsam diskutiert und für die Strukturierung des Inhalts als geeignet befunden. Daraufhin wurde die Zuordnung des gesamten Textmaterials in die vorhandenen Hauptkategorien anteilig durch zwei codierende Personen vorgenommen. In einem anschließenden Schritt erfolgte bei Bedarf eine weitere, induktive Ausdifferenzierung des Kategoriensystems in zusätzliche Subkategorien (Gliederungsebene 3) auf Basis des vorhandenen Datenmaterials. Die Zuordnung des Textmaterials in das letztendliche und ausdifferenzierte Kategoriensystem geschah durch erneuten Materialdurchlauf arbeitsteilig durch zwei Personen. Eine hierfür ausreichende Übereinstimmung in der Vorgehensweise wurde vorab durch eine doppelte Codierung von ca. 30% des Textmaterials (Transkripte aus den Erkrankungsbereichen Orthopädie Rücken und Orthopädie Totalendoprothesen (TEP)) und eine anschließende Berechnung der Intercoder-Übereinstimmung sichergestellt. Die Messgröße bei diesem Verfahren ist der Intercoder-Koeffizient Kappa. Mit Kappa-Werten von 0.67 für das Datenmaterial der Fokusgruppe Orthopädie TEP bzw. 0.85 im Bereich Orthopädie Rücken, bei 90% Segment-Übereinstimmung, zeigte sich eine gute bzw. sehr gute Intercoder-Übereinstimmung (Landis und Koch 1977). Aufgrund dieser Ergebnisse wurde die Codierung der restlichen Transkripte durch jeweils eine der beiden Personen als ausreichend bewertet und entsprechend durchgeführt.

Im nächsten Arbeitsschritt wurde für jede codierte Textstelle eine thematische, d. h. auf die Fragestellung bezogene, Zusammenfassung des Inhalts erstellt. Im letzten Schritt wurden die Daten in iterativen Diskussionen analysiert und Kernthemen in Relation zum Forschungsprojekt erarbeitet.

Für die identifizierten Kernthemen erfolgte eine weitere Komprimierung und Strukturierung des Datenmaterials durch die Verdichtung aller thematischen Zusammenfassungen innerhalb einer Subkategorie. Anschließend wurde erneut das Originalmaterial, nun in Verknüpfung mit den Zusammenfassungen, betrachtet. So konnten einerseits Bewertungen der genannten Inhalte durch die Fokusgruppenteilnehmenden, andererseits aber auch Zusammenhänge, Gemeinsamkeiten und Gegensätze zwischen verschiedenen Themenbereichen identifiziert werden und in die Ergebnisse miteinfließen.

Tab. 6-1: Kategoriensystem der qualitativen Datenanalyse für die erste Leitfrage mit allen Haupt- und Subkategorien inklusive Anzahl der zugeordneten Textstellen (Codings).

<b>Haupt- und Subkategorien</b>	<b>Anzahl Codings</b>
<b>gesamt</b>	<b>825</b>
<b>1 Analyse und Planung</b>	<b>74</b>
1.1 Nutzung von Assessment und Dokumentation, Feedback	56
1.1.1 Nennung bzw. Beschreibung von Assessmentverfahren	24
1.1.2 Umgang mit und Dokumentation von Assessments	32
1.2 Therapieziele und deren Dokumentation	18
<b>2 Durchführung: Inhalte</b>	<b>219</b>
2.1 trainieren/üben motorischer Fähigkeiten/Fertigkeiten	10
2.2 trainieren/üben alltagsrelevanter Fertigkeiten	7
2.3 Wissensvermittlung („Theorie“)	30
2.4 Nutzung volitionaler Techniken (Transfer ksA)	62
2.5 Positive & vielfältige Bewegungserfahrungen; Abbau Unsicherheit	91
2.5.1 Vielfältige Bewegungserfahrungen ermöglichen	36
2.5.2 positive affektive Reaktionen	37
2.5.3 Faktor körperliche Erfolge erfahren	18
2.6 Erleben von Gruppendynamik, soziale Akzeptanz, Eingebundensein	12
2.7 Erleben von Eigenverantwortung	7
<b>3 Durchführung: Methodische Umsetzung</b>	<b>121</b>
3.1 Materialien	35
3.1.1 konkrete Übungen zu ksA	16
3.1.2 Theorieinhalten zu ksA	2
3.1.3 Organisation von ksA und Selbstregulation	17
3.2 Organisationsformen	86
3.2.1 Therapiearten	51
3.2.2 Ablauf der Therapieformen	35

Anmerkung: ksA= körperlich-sportliche Aktivität

Fortsetzung Tab. 6.1

<b>4 Förderfaktoren</b>	<b>130</b>
4.1 Strukturen und Prozesse der Organisation	16
4.1.1 Wirtschaftliche Eigenschaften	2
4.1.2 Ausstattung der Therapieeinrichtung	1
4.1.3 Strukturelle Eigenschaften	5
4.1.4 Prozesse innerhalb der Einrichtung	8
4.2 Akteure des Reha-Teams	63
4.2.1 Interdisziplinäre Zusammenarbeit der Akteure	33
4.2.2 Arbeit der einzelnen Akteure	30
4.3 Rehabilitand	15
4.3.1 soziodemographische Faktoren	1
4.3.2 Persönlichkeitsmerkmale bzw. Einstellung des Rehabilitanden	14
4.4 externe Faktoren	36
4.4.1 Feedback zur Effektivität	4
4.4.2 Kooperation zur Verbesserung der Therapieinhalte	4
4.4.3 Nachsorgeprogramme und Nachsorgeverordnungen	6
4.4.4 Unterstützung der Zugänglichkeit der Nachsorgemaßnahmen	17
4.4.5 förderliche externe Vorgaben	5
<b>5 Barrieren</b>	<b>205</b>
5.1 Organisationsformen	27
5.1.1 ungeeignete Therapiearten	6
5.1.2 mangelhafter Ablauf der Therapieformen	21
5.2 Strukturen und Prozesse der Organisation	36
5.2.1 schlechte wirtschaftliche Eigenschaften	22
5.2.2 mangelhafte Ausstattung der Therapieeinrichtung	3
5.2.3 mangelhafte strukturelle Eigenschaften	9
5.2.4 mangelhafte Prozesse innerhalb der Einrichtung	2
5.3 Akteure des Reha-Teams	38
5.3.1 mangelhafte interdisziplinäre Zusammenarbeit der Akteure	22
5.3.2 mangelhafte Arbeit der einzelnen Akteure	16
5.4 Rehabilitand	55
5.4.1 soziodemographische Faktoren	14
5.4.2 Persönlichkeitsmerkmale bzw. Einstellung des Rehabilitanden	41
5.5 externe Faktoren	49
5.5.1 mangelndes Feedback zur Effektivität	6
5.5.2 Mangel in der Nachsorgeverordnung	4
5.5.3 mangelnde Zugänglichkeit/Qualität der Nachsorgemaßnahmen	7
5.5.4 schlechte externe Vorgaben	32
<b>6 sonstiges</b>	<b>56</b>
<b>7 Wünsche</b>	<b>20</b>

Anmerkung: ksA= körperlich-sportliche Aktivität

## 6.3 Ergebnisse

Die Ergebnisdarstellung gliedert sich zunächst in fünf identifizierte Kernthemen zu Inhalten und Methoden, die bewegungstherapeutische Akteure mit dem Ziel der Bewegungsförderung einsetzen (Kap. 6.3.1). Daran anschließend werden wahrgenommene Barrieren und Förderfaktoren mit Blick auf eine erfolgreiche Umsetzung von bewegungstherapeutischen Inhalten zur Bewegungsförderung aus Sicht der bewegungstherapeutischen Akteure zusammengefasst (Kap. 6.3.2).

### 6.3.1 Ergebnisse zu Kernthemen zu Inhalten und Methoden

#### Kernthema Inhalte und Methoden (1): Ausmaß der expliziten Konzeptbasierung in der Bewegungsförderung

In den Fokusgruppen zeigte sich, dass bewegungstherapeutische Inhalte in unterschiedlichem Maße konzeptbasiert eingesetzt werden. Eine hohe Konzeptbasierung war in Verbindung mit der Nutzung volitionaler Techniken zu finden, über die insgesamt sehr häufig diskutiert wurde. Beispielsweise wurde in den Fokusgruppen Orthopädie Rücken, Sucht, Psychosomatik und Onkologie ein motivational-volitionales Interventionskonzept, das „MoVoLISA-Konzept“ (Göhner und Fuchs 2007) thematisiert, das in einigen Einrichtungen bereits genutzt und teilweise angepasst wurde, wie eine Person anmerkte:

„Es gibt so ein gutes Programm, so von MoVo-LISA, das haben wir so ein bisschen umgeändert, so auf Freizeit allgemein [...] Also die meisten sagen, also ich will eigentlich etwas machen, aber dass man das Ganze auch richtig plant: "Was machst du? Wann machst du es? Mit wem machst du es? Hast du genügend Möglichkeiten? Passt das zu dir? Passt es zu deinem Lebensstil?““ (Sucht #00:47:53-6#)

Andere Personen schilderten, dass der Einbezug solcher vorliegender Konzepte gerade erst den Eingang in einzelne Einrichtungen findet, obwohl es schon vor einigen Jahren entwickelt wurde:

Und was wir jetzt aber planen [...] ist, dass wir MoVo-LISA einführen möchten. [...] Das ist einfach ein Konzept, das sich mit Motivation, aber vor allem mit der Volition beschäftigt. Nämlich eben mit dem Barrierenmanagement, wie kriege ich das wirklich dann auch umgesetzt, was ich mir schon so lange vorgenommen habe. Das MoVoLISA-Konzept [...] ich kenne das schon eine Weile. (Onkologie #00:21:57-3#)

Oftmals wurden vor allem volitionale Inhalte strukturiert und zielgerichtet umgesetzt, da sie feste Bestandteile anderer standardisierter Konzepte sind, wie ein Teilnehmer beschrieb:

„Und am Ende fassen wir das wieder auf, wir greifen das wieder auf, in unserer Rückenschule. Da haben wir acht Module. Und im achten Teil ist

genau das Thema: Wie geht's zuhause weiter? Wie kann es weitergehen? Und da ist dann Thema was sind Hindernisse? Dann sollen die Patienten auch selber im Gruppengespräch in der geschlossenen Gruppe sammeln, was hindert mich eigentlich dass ich weitermache. [...] Und dann kann man versuchen, in der Gruppe zu erarbeiten, Mensch was könnte jetzt positiv dagegen sprechen, dass du aus dieser Zwickmühle raus kommst. Und dann sammeln eigentlich die Gruppenteilnehmer selber Ideen, und werfen sich die Bälle so zu.“ (Orthopädie Rücken #00:09:21-8#)

Die Beispiele zeigen, dass vielerorts spezifische Bestandteile aus vorliegenden motivational-volitionalen Konzepten der Bewegungsförderung herausgefiltert werden, um sie dann angepasst an die eigenen Bedarfe und strukturellen Bedingungen umzusetzen. In diesem Zusammenhang fiel in allen Erkrankungsbereichen gehäuft das Stichwort „Barrierenmanagement“.

Im Gegensatz dazu wurden bei Inhalten, die positive und vielfältige Bewegungserfahrungen ermöglichen und positive affektive Reaktionen auslösen sollen, kaum konzeptionelle Bezugspunkte thematisiert. Hier scheinen bewegungstherapeutische Akteure vielmehr erfahrungsbasiert zu handeln. Über alle Erkrankungsbereiche hinweg bestand der Konsens, dass die Vermittlung von „Spaß“ an Bewegung als ein wichtiger Bestandteil für eine langfristige Bindung an körperlich-sportliche Aktivität gesehen wird. Bewegung stets mit Spaß zu assoziieren, wurde über alle Fokusgruppen hinweg am meisten diskutiert:

„Der Spaßfaktor eben, dass die Leute wieder merken, das kann auch Spaß machen, das muss nicht nur die Quälerei sein oder so, ja. Sondern Sport kann auch Spaß machen, soll auch Spaß machen.“ (Neurologie #00:18:08-7#)

Relevante Strategien und Ansatzpunkte zur Vermittlung von Spaß und Freude werden nachfolgend unter dem zweiten Kernthema „Handlungsmuster Spaß und Freude an Bewegung“ zusammengefasst.

### Kernthema Inhalte und Methoden (2): Handlungsmuster „Spaß und Freude an Bewegung“

Das (Wieder-)Entdecken von Spaß und Freude an Bewegung wurde von vielen Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten als Grundvoraussetzung für eine langfristige Bindung an körperlich-sportliche Aktivität angesehen. Damit wurde „Spaß und Freude an Bewegung“ zum Kernziel verschiedener Strategien. Innerhalb der zahlreichen und facettenreichen Aussagen der Teilnehmenden zu diesem Thema ließ sich doch häufig ein gewisses Muster erkennen: Die Rehabilitationseinrichtungen versuchen ein vielfältiges Angebot an verschiedenen Bewegungs- und Sportaktivitäten zu bieten, um in diesem breiten Angebotsrahmen auf die individuellen bewegungsbezogenen Voraussetzungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eingehen zu können. Die dadurch mögliche Berücksichtigung vorhandener persönlicher Vorlieben sowie das Erleben neuer Bewegungsanreize, sahen

viele der therapeutischen Akteure als Grundvoraussetzung für das Erleben von Spaß durch und mit Bewegung. Teilweise werden persönliche Vorlieben mit Blick auf Aktivitätsformen auch zu Beginn oder im Verlauf der Reha erfragt und für die Wahl der Therapieformen berücksichtigt. Der breite Angebotsrahmen bietet daher gewissermaßen die Möglichkeit, dass die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden Aktivitätsformen (wieder-) entdecken, die sie mit Spaß und Freude assoziieren. Spaß und Freude als Tätigkeitsanreiz körperlich-sportlicher Aktivität zu erfahren wiederum, galt als zentraler Antrieb und Motivationsgrundlage für eine langfristige Ausübung von Bewegungsaktivitäten, der über gesundheitsorientierte Zweckanreize hinausgeht. Eine Person aus dem Erkrankungsbereich Neurologie schilderte diesen Zusammenhang aus ihrer Sicht:

„Ja erstmal muss der Patient das für sich selber rausfinden, find ich. Und dazu dient vielleicht auch so ein bisschen, [...] also wir haben ein relativ breites Spektrum an verschiedenen Therapieangeboten. Wir haben allein in der Sporttherapie, glaube zwanzig verschiedene Sportgruppen. Vom Bogenschießen, Stockkampf, Jonglieren, Trampolin, Bewegungsmeditation// und und und [...] Also wir haben sehr, sehr viele Sachen und beim Bogenschießen kommt auch ganz oft ‚Woa das ist ja toll, das will ich zuhause weiter machen und wo gibt es das und wo kann ich?‘. Also, nicht jedes Ding wird jedem gerecht, sondern ich muss da einfach kucken. Und der Patient muss auch selber entscheiden dürfen ‚Was macht mir Spaß? Was macht mir Freude? Und wo kann ich dauerhaft da auch dran bleiben?‘ Denn nur, wo ich Spaß daran habe, werde ich auch langfristig dabei bleiben“ (Neurologie #00:57:56-3#).

Eine ähnliche Beschreibung war von einer Person aus dem Erkrankungsbereich der Psychosomatik zu finden und soll diesen angenommenen Zusammenhang noch einmal verdeutlichen:

„So viele Reize, so viele Erlebnisse setzen wie möglich und irgendein Ding ist dabei, was den Patienten begeistert hat. Was ihn dazu befähigt: Ich habe da Spaß daran, das ist meine Motivation, das ist mein Motor, der treibt mich an, da dran zu bleiben“. (Psychosomatik #00:26:02-9#).

Auch das Erleben von Gruppendynamik wurde mit Bezug zum Handlungsmuster „Spaß und Freude an der Bewegung“ thematisiert. Eine Bindung an körperlich-sportliche Aktivität könne gerade über das gemeinsame Erlebnis in der Gruppe erreicht werden, wobei Gruppen eine unterstützende Funktion zugesprochen wurde:

Aber wenn man im Freundeskreis findet, wo man zusammen Sport machen kann, der einen Spaß macht, ist das das Nachhaltigste in meinen Augen, was man den Leuten mitgeben kann. Was Spaß macht und zusammen irgendwo. [...] Die langfristige Motivation, Sport zu treiben und dabei zu bleiben, ist nicht die Kenntnis und das Wissen, [...] Sondern eher der Spaß an der Gruppe, das Gesellige, das in der Gruppe gemeinsame Sporterlebnis.

[...] Dass man in der Gruppe gemeinsam lacht, gemeinsam Spaß hat. [...] Es gibt eben die, die gerade die Gruppe brauchen zur Unterstützung um eben auch langfristig dabei zu bleiben. (Orthopädie Rücken #00:07:29-8#)

Im Hinblick auf die Vermittlung von Spaß und Freude an der Bewegung wurde vermehrt auch auf die Wichtigkeit der Reflexion hingewiesen. So beschrieben bewegungstherapeutische Akteure den Ablauf praktischer Therapieeinheiten immer wieder mit einer Kombination aus Erleben/Erfahren und Reflektieren. Beispielsweise sollten positive affektive Reaktionen durch Bewegung ausgelöst und diese anschließend in einem Gruppengespräch thematisiert werden, so dass positive affektive Reaktionen stärker im Bewusstsein der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden verankert werden. Ein Teilnehmer erläuterte dieses Vorgehen einschließlich eines konzeptionellen Bezugspunkts folgendermaßen:

„Also wir setzen einen Bewegungsraum, wir ermöglichen Erfahrung, wir machen die sogenannte Erlebnisaktivierung nach Grawe. Das heißt Menschen machen Erfahrungen, die finden das gut, denen geht's nach der Sportstunde besser als davor. Wir markieren das, also wir machen Sporteinheiten fünfzig Minuten, zehn Minuten ist Nachbesprechung und machen eigentlich auch den Unterschied von vorher nachher bewusst. [...] Wir haben ja ganz viel in der Woche und die kriegen ganz viele Erfahrungen und denen macht das viel Spaß und die finden das ganz toll“ (Psychosomatik\_1 #00:04:26-2#)

Methoden zur Förderung der Reflexion eigenen Verhaltens und Erlebens kamen insgesamt in Bezug auf andere Inhalte wiederholt ins Gespräch, insbesondere auch bei der Wissensvermittlung, wie das nachfolgende Kernthema verdeutlicht.

### Kernthema Inhalt und Methoden (3): Wissensvermittlung als Theorie-Praxis-Verknüpfung

Zentrales Thema im Bereich der Wissensvermittlung war die Reflexion im Zusammenhang mit der Kopplung von Wissensvermittlung und Praxiserfahrungen. Inhaltlich ließen sich die drei Bereiche Vermittlung von Effektwissen und Handlungswissen (z. B. Belastungssteuerung; Wissen über günstige bzw. ungeeigneten Sportarten und Bewegungsformen) identifizieren. Sowohl in Bezug zur Vermittlung von Effektwissen, als auch bei der Vermittlung von Handlungswissen, wurde betont, wie wichtig die Verknüpfung von Theorieinhalten mit praktischen Bewegungserfahrungen ist. So hieß es in der Fokusgruppe Orthopädie Rücken:

"Also dass es schon, dass dieser reine Schulungs-, also rein Vortrag nichts bringt. Also grad wir Sporttherapeuten davon leben, dass wir nicht nur Vortrag halten, sondern das mit Übungen und mit Praxis verbinden und das daran ändern." (Orthopädie Rücken #00:14:33-4#)

Die Vermittlung von Effektwissen wurde in vier von sechs Fokusgruppen (nicht in Orthopädie Rücken und Onkologie) angesprochen und bezog sich sowohl auf körperliche als auch psychische Effekte körperlicher Aktivität. Therapeutische Akteure beschrieben für kurzfristig

erfahrbare Effekte einen methodischen Dreischritt, indem sie mögliche Auswirkungen von Bewegung a) gezielt ansteuern, b) während und nach der Aktivität abfragen, und c) in einem anschließenden Gespräch widerspiegeln. Exemplarisch wurde dieser dreigliedrige Aufbau folgendermaßen beschrieben:

Also bei uns gibt es zum Beispiel einen Vortrag dann noch, der heißt Rückenfit am PC [...], wo die quasi im Konferenzraum sitzen und unsere Physiotherapeutin macht diesen Vortrag und macht mit denen dann aber auch Übungen. Das ist einmalig, das ist so ein Anreiz. Wir schaffen einen Anreiz nochmal mit Bewegung und wir denken dann hinterher nochmal darüber nach. Also ich finde das enorm wichtig, dass man das nochmal im Gespräch verankert: "Was haben sie denn jetzt heute gemacht? Wie war denn das jetzt?" (Psychosomatik #00:36:41-6#)

Im Bereich der Vermittlung von Handlungswissen wurde ebenfalls nach den Prinzipien der Verknüpfung von Theorie und Praxis und der Reflexion von Bewegungserfahrungen verfahren. Beispielsweise wurde über Methoden zur Vermittlung der Belastungssteuerung berichtet, die theoretisch vorbereitet, dann in der Praxis erprobt und im Anschluss reflektiert werden:

Ich finde auch dieses: "Ich spüre meinen Puls auch selber", das finde ich eine ganz wichtige Fähigkeit. Und wer hat zu Hause denn eine Pulsuhr? Genau, es ist viel wichtiger, dass er das selber lernt. Wann ist er zu hoch, wann ist es ok, wann kann ich mich gut unterhalten. Der Berg geht hoch, ich kann mich trotzdem noch gut unterhalten, dann wissen sie alle, dass sie noch in einem vernünftigen Bereich sind [...] Aber da wird natürlich geguckt, wie läuft das im Moment? Gibt es Probleme? Ja, und da finde ich wichtig, dass sie auch danach fragen, wir haben jetzt angefangen letzte Woche mit der Wandergruppe, mit der geringer Belastung [...] Also ich hab zum Beispiel meine Therapeuten immer angeleitet [...], dass sie eine Abschlussrunde machen sollen und in den Patienten reinfragen "Wie siehts bei euch aus von der Belastung her? Wie war das für euch? Ja? Habt ihr euch gut gefühlt? Hat sich jemand überfordert gefühlt?" (Onkologie #00:51:16-4#)

In diesem Zusammenhang wird wiederholt die Befähigung für eine eigenständige Belastungs- und Trainingssteuerung thematisiert, bei der relevante Wissensbestände adressatengerecht aufbereitet, in der Bewegungspraxis erprobt und individuell reflektiert werden.

Wir haben zum Beispiel beim Geh- und Lauftraining oder Nordic Walking so einen vorgefertigten Zettel. [...] Da müssen die Patienten auch selber, wieder Eigenverantwortung, eintragen: "Was hatte ich für einen Puls?", mussten die ja selber auch messen. Und dann die BORG-Skala, die nehmen wir dann auch mit dazu mit Smileys und Zahlen, was auch immer, da müssen sie dann selber auch immer das eigenverantwortlich eintragen und dann können die auch schauen von Mal zu Mal: "Wie hat sich meine Strecke verändert, wie war das Training dieses Mal für mich" (Psychosomatik #00:58:15-7#)

Für die Wissensvermittlung wurde oftmals auch versucht Alltagsnähe herzustellen und sich in bildhafter Sprache auszudrücken, wie sich in den Worten einer Person widerspiegelte:

„Und ich sag dann bei der Walking Einführung immer: ‚Merken Sie sich jetzt bei der Einführung, wie der erste Berg Ihnen jetzt vorkommt, wie die Lunge pfeift, das Herz schlägt oder Sie anhalten müssen und dann im Laufe der Reha‘. Ich glaube das sind auch so Alltagssachen, wie wir da ja auch Übertragungen in den Alltag haben sollen, die dann auch irgendwo Lieschen Müller sich merken kann.“ (Psychosomatik #00:29:27-7#)

Einige bewegungstherapeutische Akteure versuchen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bereits während der Rehabilitation auf eine Weiterführung körperlich-sportlicher Aktivität vorzubereiten, indem sie günstige bzw. ungeeignete Sport- und Bewegungsaktivitäten sowohl mit allgemeinen Informationen (vor allem in Vorträgen) wie auch persönliche Beratungen (Gruppen bzw. Einzelgespräche) thematisieren. Hierbei werden bereits die Möglichkeiten zur Bewegung während des „Alltags“ in der Rehabilitationseinrichtung thematisiert und Überlegungen angestellt, wie Bewegung auch später in den Alltag integriert werden kann. Auch hier sehen die Therapeutinnen und Therapeuten ein hohes Potenzial in der Verbindung zwischen Wissensvermittlung und den eigenen Bewegungserfahrungen und ihrer Reflexion in der Therapie bzw. während des Rehabilitationsaufenthalts. Die Therapie bietet dabei den bewegungspraktischen Rahmen für das Kennenlernen und Ausprobieren günstiger Bewegungs- und Sportaktivitäten und einer adäquaten Umsetzung dieser.

Die Diskussionen zur Wissensvermittlung verdeutlichen, dass aus Sicht der bewegungstherapeutischen Akteure die nachhaltige Wissensvermittlung in Verknüpfung mit Bewegungspraxis vor allem von der Reflexion im Gespräch lebt. Im Zusammenhang mit Vorträgen zur Wissensvermittlung steht hingegen der strukturierte Einsatz von Materialien stärker im Vordergrund.

### Kernthema Inhalt und Methoden (4): Material- und Mediennutzung für eigenständiges Trainieren und Üben

Auffallend im Hinblick auf den bewegungstherapeutischen Inhalt des körperlichen Trainierens und Übens war die starke Verbreitung von Materialien in Form von Übungssammlungen etc. Dabei wurde vielfach über die Sinnhaftigkeit und Effizienz der verwendeten Materialien diskutiert:

„[...] aber ich stelle das auch immer sehr in Frage, wie sinnvoll das ist, mit den Übungsblättern. Ich habe die Erfahrung, wenn die Patienten direkt vom ersten Tag an Blätter haben wollen, vergessen Sie es. Die legen das dann in die Schublade“. (Orthopädie TEP #00:33:43-6#)

Die umfangreichste und kritischste Diskussion zu dieser Thematik der Materialnutzung fand in der Fokusgruppe Orthopädie TEP statt. Dies scheint mit der weiter verbreiteten Anwendung von funktionellen Bewegungsübungen in diesem Erkrankungsbereich in Verbindung zu stehen. Aber auch in mehreren anderen Erkrankungsbereichen fand ein reger Austausch über die geeignetste Form der Materialnutzung statt:

"was kriegt er an Papieren quasi mit, Trainingsbücher, etc. p.p. und da gibt es dann auch die bösen Zungen, die behaupten dann "der nimmts und schmeißt es gleich in die Mülltonne". Da überlegt man sich, welches Format ist das Richtige, dass es nicht in die Mülltonne fliegt." (Neurologie #00:35:07-8#)

Als ein Lösungsansatz wurde verstärkt ein Umdenken in der Nutzung von herkömmlichen Materialien in Papierform sichtbar, hin zur Nutzung „moderner“ Formate wie Apps, Handy-Fotographien, Videoaufzeichnungen oder computergestützte Trainings- und Übungsprogramme. Eine Person merkte hierzu an:

„Ich filme die Patienten oft. Die machen ihr Selbstübungen selber. Und wenn sie es auch korrekt können, nachdem wir das ja wochenlang geübt haben, dann filme ich die selber mit ihrem Handy, dann sehen die, was sie machen müssen. Ich filme die, damit die die Übungen, wenn sie nicht mehr wissen, wo musste ich da nochmal anspannen, wenn ich am Rücken liege, damit die das vielleicht nochmal nachvollziehen können. Und meine Stimme ist natürlich darauf, ich geb die Anweisungen, aber gefilmt wird der Patient selber.“ (Orthopädie TEP #00:33:11-1#)

### Kernthema Inhalt und Methoden (5): Strategien zur Förderung der Selbstständigkeit

Über verschiedene Inhalte zur Bindung an körperlich-sportliche Aktivität hinweg, wie z. B. in der Anwendung volitionaler Techniken, wurde in den meisten Erkrankungsbereichen auch immer wieder über Strategien zur Förderung der Selbstständigkeit der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden diskutiert. Beispielsweise wurde bereits in der Reha-Phase die selbstständige Durchführung körperlich-sportlicher Aktivität in der therapiefreien Zeit gefordert:

„Wir achten darauf, dass die Patienten nicht nur im Therapieprogramm aktiv werden sondern eben auch neben der Therapie, sozusagen in ihrer therapiefreien Zeit, selber etwas organisieren, gemeinschaftlich aktiv werden, bewegungsbezogen. Und dafür bestimmen wir [...], jeweils einen sozusagen Freizeitbeauftragten, der so ein bisschen dahinter klemmt oder so anleitet, die anderen in Bewegung zu bringen. [...] Und damit haben wir eigentlich jetzt ganz gute Erfahrungen gemacht [...], dass die einfach mehr in die Eigenverantwortung kommen, weil sonst/ Es ist immer ganz schön, man wird animiert, animiert von den motivierten Sporttherapeuten und wird da quasi geturnt, aber man muss selber nicht wirklich viel dafür machen. Das ist eben die Idee, den Patienten mehr in die Eigenverantwortung zu bringen.“ (Psychosomatik #00:11:38-8#)

Das Erleben von Eigenverantwortung beschränkte sich dabei nicht nur auf die Organisation von körperlich-sportlicher Aktivität in der Freizeit während einer (stationären) Rehabilitationsmaßnahme. Ebenso wurde die Eigenverantwortung auch mit Blick auf die unmittelbare Durchführung körperlich-sportlicher Aktivität beschrieben. Seitens der bewegungstherapeutischen Akteure wurde dabei vermehrt kritisch angemerkt, dass eine „konsumierende“ Rolle der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden abgebaut werden und das aktive, eigenverantwortliche Handeln der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden angebahnt und gefördert werden müsse:

„Wir bringen die Patienten schon definitiv darauf hin [...], dass die Eigenverantwortung viel wichtiger ist, wie nur die therapeutische Maßnahme als solches, um sie eben weg zu bringen von dem Gedanken: "Therapeut mach mal, Therapeut mach mal", sondern wir sind Begleiter in der Zeit, wo sie in der Klinik sind und aber den größten Teil der Zeit seid ihr alleine, also da ist kein Therapeut da. Und ihr seid in der Lage euch selbst zu helfen. Wir führen die Patienten auch strukturiert in den Schulungen da hin, die Therapeuten sind geschult, das weiter zu geben. (Neurologie #00:32:45-6#)

In einigen Fokusgruppen wurde berichtet, dass Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die Möglichkeit haben, nach vorangegangener Einweisung, auch selbstständig vorhandene Räumlichkeiten zu therapiefreien Zeiten zu nutzen, was gut angenommen würde:

„Bei uns ist das gerade im Prinzip der medizinischen Trainingstherapie und des Kardio-Trainings, machen wir das ganz konkret. Da kriegen die Patienten am Anfang eine individuelle Einweisung, quasi. Und die können dann den ganzen Tag quasi den Trainingsraum nutzen. Das heißt, wenn ihr Therapieplan mal nicht ganz so voll ist, können sie die Trainingsgeräte benutzen, können sie das Kardio-Training nutzen und die Bereitschaft dazu ist eigentlich gut. Also der Raum ist eigentlich ganz gut genutzt, auch abends oder am Wochenende. Und dadurch gewöhnen sie sich schon dran, ‚Ach ja ich kann mal schnell trainieren gehen, oder ich kann mal schnell selbstständig dann irgendwie was machen und nutzen‘ ". (Neurologie #00:27:17-4#)

Bewegungstherapeutische Akteure betonen, dass der konkrete Übergang von der Förderung der Eigenständigkeit während der Reha zur eigenverantwortlichen Weiterführung von Aktivitäten am Wohnort thematisiert und vorbereitet werden muss. In vielen Fällen werden Hilfestellungen zur selbstständigen Weiterführung der in der Rehabilitationseinrichtung initiierten körperlich-sportlichen Aktivität berichtet. Dazu werden beispielsweise Informationen zu Nachsorgeangeboten gegeben oder Weiterführungsmöglichkeiten am Wohnort gemeinsam gesucht, diskutiert oder bereits konkret geplant, wobei teilweise Bezüge zu volitionalen Interventionskonzepten ersichtlich werden.

### **6.3.2 Ergebnisse Kernthemen Barrieren und Förderfaktoren für eine erfolgreiche Umsetzung von Inhalten zur Bewegungsförderung**

Der zweite Ergebnisabschnitt stellt die Kernthemen über hinderliche und förderliche Faktoren für eine aus Therapeutensicht erfolgreiche Bewegungsförderung dar. Die Kernthemen und einzeln diskutierten Faktoren stehen dabei in der Regel in einer mehr oder weniger engen Beziehung zu den zuvor dargestellten inhaltlich-methodischen Kernthemen. Die Tabelle 6-2 gibt zur besseren Orientierung vorab einen Gesamtüberblick über die Kernthemen aus den beiden Ergebnisabschnitten.

#### Kernthema Barrieren und Förderfaktoren (1): Spannungsfeld Individualität vs. organisatorisch-strukturelle Rahmenbedingungen

Die Bereitstellung adäquater organisatorisch-struktureller Rahmenbedingungen wurde in allen Erkrankungsbereichen als wichtige Voraussetzung für eine nachhaltige Bindung an körperlich-sportliche Aktivität gesehen. In diesem Zusammenhang wurde vermehrt kritisiert, dass ein patientenorientiertes Vorgehen auf individuelle Bedürfnisse, Vorlieben und den Leistungsstand der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden aufgrund mehrerer Faktoren erschwert oder gar verhindert wird. Die Berücksichtigung der Individualität in der Bewegungstherapie spielt im zuvor durch die bewegungstherapeutischen Akteure beschriebenen Handlungsmuster „Spaß und Freude an Bewegung“ jedoch eine zentrale Rolle. Als hinderlicher Faktor wurden dabei die Vorgaben durch die Reha-Therapiestandards wahrgenommen, da sie zu starren Standardverordnungen führten und die Möglichkeit zur individuellen Abstimmung der Therapie aus Sicht der therapeutischen Akteure dabei verloren ginge:

„Ich glaub, das Hauptproblem bei diesen Vorgaben, die wir haben, durch KTL und die Anforderungen, die wir erfüllen müssen, ist die mangelnde Individualität. [...] Es ist einfach nicht mit allen Patienten schaffbar.“ (Onkologie #00:43:24-8#)

Tab. 6-2: Kernthemen der Fokusgruppendifkussionen zur Bewegungsförderung

<b>Kernthemen Inhalte und Methoden</b>
<p>(1) Ausmaß der expliziten Konzeptbasierung in der Bewegungstherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Volitionale Unterstützung &gt; Erleben</li> <li>- einrichtungsspezifische Anpassung</li> </ul>
<p>(2) Handlungsmuster „Spaß und Freude an Bewegung“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vielfältiges Spektrum an Bewegungsangebote</li> <li>- Individuell passende, freudvolle Aktivität (wieder-) entdecken lassen</li> <li>- Förderung von Gruppenerleben und -aktivität</li> <li>- Bewegungserfahrungen reflektieren und für positive, freudvolle Erfahrungen sensibilisieren</li> </ul>
<p>(3) Wissensvermittlung als Theorie-Praxis-Verknüpfung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zentrales Prinzip der Reflexion bei Kopplung von Wissen und Bewegungserfahrung (theoretische Inhalte in Bewegungspraxis integrieren und in Gesprächsphasen reflektieren)</li> <li>- Wissen durch Alltagsnähe und bildhafte Sprache veranschaulichen</li> </ul>
<p>(4) Material- und Mediennutzung für eigenständiges Trainieren und Üben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verbreiteter Einsatz von Materialien in Papierform, mit skeptischen Blick auf Effektivität</li> <li>- Suche nach „modernen“ Formen der Mediennutzung</li> </ul>
<p>(5) Strategien zur Förderung der Eigenverantwortung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eigenverantwortliche Nutzung „therapiefreier“ Zeit (inkl. Einweisung in Trainingsmöglichkeiten vor Ort zu diesem Zweck)</li> <li>- Abbau von „konsumierender“ Haltung bei Rehabilitandinnen und Rehabilitanden</li> <li>- Vorbereitung des Übergangs zur Weiterführung am Wohnort</li> </ul>
<b>Kernthemen Barrieren und Förderfaktoren</b>
<p>(1) Spannungsfeld Individualität vs. organisatorisch-strukturelle Bedingungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>[-] Vorgaben durch Kostenträger (RTS, KTL) beeinträchtigen patientenzentriertes Vorgehen</li> <li>[+/-] Größe der Einrichtung (Therapievielfalt vs. familiäre Atmosphäre und Potenzialen für Therapeut-Patient-Beziehung)</li> <li>[-] mangelnde Therapeutenkonstanz</li> </ul>
<p>(2) Rolle der therapeutischen Akteure</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>[+] Empathiefähigkeit für Wahrnehmung der Bedürfnisse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden</li> <li>[+] Authentizität für wirksame Überzeugung mit Blick auf Bewegungsförderung</li> </ul>
<p>(3) Zusammenarbeit, Kommunikation und gemeinsame Botschaft im Reha-Team</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>[+] Gemeinsame Botschaften mit Blick auf Bewegungsförderung</li> <li>[+] Kompensation mangelnder Therapeutenkonstanz durch Austausch im Team</li> <li>[-] ärztliche Dominanz bei Therapieverordnung beeinträchtigt teilweise Passung der Bewegungsangebote</li> </ul>
<p>(4) Erwartungen und Bewegungs-Vorerfahrungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>[-] Erwartung an passive Maßnahmen (konsumierende Haltung)</li> <li>[+] Eigenmotivation auf Basis von Bewegungs-Vorerfahrungen</li> <li>[-] höheres Alter</li> </ul>
<p>(5) Quantität und Qualität von Nachsorgeangeboten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>[+] Weiterführungsmöglichkeit in gleicher Einrichtung</li> <li>[-/+ ] Sicherstellung der Qualität in Nachsorgeangeboten</li> <li>[+] Angebot für Nachkontakte durch Akteure in der Nachsorge</li> </ul>

Die Rolle der Einrichtungsgröße wurde im Hinblick auf die Individualität in allen Fokusgruppen kontrovers diskutiert. Kleine Rehabilitationseinrichtungen haben den Vorteil, dass ein enger Kontakt zu den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden möglich ist und die Atmosphäre familiärer wahrgenommen wird. Auf der anderen Seite ist es in kleineren Einrichtungen oft nicht möglich ein breites bewegungstherapeutisches Therapieangebot vorzuhalten. Große Rehabilitationseinrichtungen können im Gegenzug durch ein großes Angebot vielseitige Bewegungserfahrungen ermöglichen, so dass hier Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auch eher die Möglichkeit einer individuell passenden Auswahl haben. Dies führt jedoch zu komplexen Dienstplänen und möglicherweise zu einer Überforderung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden .

„Und umso größer ein Haus [...] umso größer ist das Angebot. Also wir haben ja [...] einen kleinen Standort, das ist halt das familiäre, [...] das Kleine. Wo ich jeden Patienten kenne. Nach einer Woche kenn ich jeden Patienten. [...]. Aber ich kann nicht so ein hohes Angebot bieten, wie ich halt in @Rehaklinik anderer Standort anbieten kann. Da hab ich eben ein viel höheres Therapieangebot. Das ist halt das andere wieder. Da ist es halt die Frage: "Was ist zielführend?" Großes Angebot, das ist wie auf der Fitnessmesse, das ist in vielen Bereichen ein riesen Angebot, kann auch eine Überforderung sein. Auch organisatorisch, wie auch auf patiententechnisch. Ist immer die Frage.“ (Orthopädie Rücken #00:35:04-7#)

Eine (Nicht-)Berücksichtigung der Individualität thematisierten die bewegungstherapeutischen Akteure häufig in Zusammenhang mit der Organisationsform der therapeutischen Leistungen. In diesem Zusammenhang bestand weitgehend Konsens, dass ein individueller Zugang idealerweise in Form der Einzeltherapie realisiert werden kann, da die Gruppentherapien durch Heterogenität gekennzeichnet sind und häufig nur in offener Form stattfinden. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden würden dadurch oftmals über- oder unterfordert, so dass dadurch auch ein positives Erleben der körperlich-sportlichen Aktivität beeinträchtigt wird.

Zudem wurde das Bestreben nach einer größtmöglichen Therapeutenkonstanz deutlich, was aufgrund mangelnder zeitlicher und personeller Ressourcen und Planungsschwierigkeiten aber oftmals nicht erreicht werden könne.

„Bei uns ist es gerade in der Einzelgymnastik, das ist die Gymnastik, die permanent wechselt. Es kann also sein, dass ein Patient eine Aufnahme hat, Erstbefundung bei einem Physiotherapeuten. Und ab der nächsten Behandlung permanent wechselt. Dann hat der drei, vier, fünf Therapeuten. Und abgesehen davon, dass die Einzelbehandlung bei uns sowieso sehr dezimiert ist, [...] weil einfach die Kapazität nicht da ist. Das heißt, alle die sonst gruppenfähig sind, gehen in die Gruppen. Und daher, wir haben die meisten Gruppen offen, weil das planungstechnisch gar nicht anders geht. Weil wir so viel verschiedene Dinge anbieten. Und bei uns ist auch alles

sehr stark Dispo-orientiert. Also die Planung steht über allem. [...] Also da stehen die therapeutischen Ziele ganz klein drunter.“ (Orthopädie Rücken #00:22:01-0#)

### Kernthema Barrieren und Förderfaktoren (2): Die Rolle der therapeutischen Akteure

Die Fokusgruppen thematisierten ebenfalls die Bedeutung der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten selbst und adressierten dabei vor allem therapeutische Voraussetzungen, eine positive Beziehung zu den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden herstellen zu können. In allen Fokusgruppen wurde über personale Merkmale der Therapeutinnen und Therapeuten diskutiert, wobei insbesondere die Empathiefähigkeit sowie die Authentizität im eigenen Handeln mit Blick auf eine nachhaltige Bindung an körperlich-sportliche Aktivität hervorzuheben sind.

Es bestand Konsens, dass über die Inhalte der Therapie hinaus, das Augenmerk auch auf die therapeutische Bindung gerichtet werden sollte. Durch die Empathiefähigkeit seitens der bewegungstherapeutischen Akteure und eine vertrauensvolle Basis wird ein Grundstein gelegt, dass Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ihr Zutrauen in die Initiierung körperlich-sportlicher Aktivität stärken können, wie eine Person ausführte:

„Also ich hätte nochmal so einen Aspekt, der über das Inhaltliche hinausgeht. So dieser Anspruch, den ich oder den wir auch bei uns haben so, dem Patienten das Gefühl zu vermitteln, er wird ständig gesehen. Das heißt, er hat sozusagen durch eine Therapeutenbindung im Grunde immer auch jemanden, an den er sich wenden kann, aber er dann auch das Gefühl hat, er wird bei dem was er macht, wie er sich verhält, was er von sich zeigt, auch wahrgenommen. Und daraus folgt letztendlich auch die Frage ja, sportlich körperliche Aktivität“. (Psychosomatik #00:56:11-0#)

Ferner wurde in diesem Zusammenhang als wichtig angesehen, dass therapeutische Akteure die Bedürfnisse der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wahrnehmen und darauf eingehen können. Folglich wurde therapeutische Fähigkeit als förderlich angesehen, bewegungstherapeutische Angebote auf die jeweilige aktuelle Situation anpassen zu können, um wiederum das Handlungsmuster „Spaß und Freude an Bewegung“ besser bedienen zu können:

„Bei Sporttherapie in der Halle, dann kommen ja bestimmte Gruppen. [...] Ich gucke mal wie die drauf sind. Ob die jetzt gerade einen brauchen, gegen einen Ball zu ballern oder irgendwas untereinander was Kommunikativeres machen wollen, brauchen. [...] Also ich gucke halt, dass ich der Gruppe dann halt was Gutes tu. Und wer abreist, darf sich auch mal eine Kleinigkeit wünschen. Und so ungefähr mache ich das dann wenn mal/ Halt einfach damit sie in dem Sinne am meisten Spaß haben. Das finde ich am wichtigsten.“ (Psychosomatik #00:22:58-1#)

Im Hinblick auf die therapeutischen Akteure wurde ebenso die Authentizität im eigenen Handeln als förderlicher Faktor diskutiert. Therapeutische Akteure sollten zwar in einer Vorbildfunktion agieren, dabei aber auch menschlich bleiben und nicht unfehlbar sein, wie eine Person beispielsweise wie folgt anmerkte:

„Wir dürfen auch nicht so Oberlehrerhaft daherkommen, nicht? Also was natürlich auch immer ganz schön ist, oder was ich immer feststelle ist, wenn man mit seiner Persönlichkeit, es ist ja auch jeder unterschiedlich, aber auch selber Schwächen hat. Wenn man sagt: "Ich hab auch nicht immer Lust" oder wie auch immer. [...] Aber dass man das so vermittelt. Also alle sind irgendwie Menschen und jeder hat sein eigenen Part irgendwo. Also ich muss mich jetzt auch nicht zu Tode quälen, bis ich dann nachher so undso grundsätzlich keine Lust mehr habe. [...] Also auch so ein bisschen menschlich sein dabei, aber das ist das persönliche Gespräch (zeigt zu TN 1), das ist der persönliche Umgang mit dem Patienten.“ (Orthopädie TEP #00:29:43-7#)

### Kernthema Barrieren und Förderfaktoren (3): Zusammenarbeit, Kommunikation und gemeinsame Botschaft im Team

Seitens der bewegungstherapeutischen Akteure wurde vermehrt eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit mit Blick auf die Bewegungsförderung thematisiert. In allen Erkrankungsbereichen wurden förderliche Faktoren in einer wechselseitigen berufsgruppenübergreifenden Kommunikation und regem Informationsaustausch über die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden untereinander gesehen, da somit wiederum ein individualisiertes Vorgehen gefördert wird. Hierbei wurde mehrfach betont, wie wichtig es sei, dass therapeutische Akteure eine einheitliche Sprachregelung gegenüber den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden treffen. Zwar kann sich die Herangehensweise in Abhängigkeit unterschiedlicher Professionen unterscheiden, doch alle sollten die gemeinsame Strategie hin zur Bindung an körperlich-sportliche Aktivität verfolgen.

„Wir haben zweimal die Woche Teambesprechung, da sind alle Disziplinen dabei. Und dann ist das in diesem Rahmen natürlich vergleichsweise einfach, dann auch sehr individuell auf die Patienten einzugehen, und da die gemeinsame Sprache da zu finden. Und es wird auch viel miteinander gearbeitet im Sinne von räumlicher Nähe. [...] Die Erfahrung hab ich auch gemacht, dass die Patienten schon mitkriegen, wenn das Therapeutenteam funktioniert und eine Sprache spricht.“ (Orthopädie Rücken #00:06:16-4#)

Besonders diese einheitliche Sprachregelung wurde in den Diskussionen hoch gewichtet, wie noch einmal verdeutlicht werden soll:

„Und das ist genau diese gemeinsame Sprachregelung, die muss von jedem Einzelnen im Team vertreten werden. Denn wenn der Patient anfängt

und sich beschwert, dass er nochmal eine Massage braucht und der Arzt, Psychologe, Therapeut, geht hin und sagt: "Ach du Armer, du brauchst aber jetzt wirklich eine Massage." Dann hat er auf seiner Bühne gewonnen und wir haben alle verloren in diesem Therapieprozess. (Orthopädie Rücken #00:28:20-9#).

Angesichts der teilweise mangelnden Therapeutenkonstanz (z. B. auch bei Urlaubs- und Krankheitstagen) wurden auch Lösungsvorschläge genannt, bei denen das Problem durch die Zusammenarbeit im Team zumindest gemildert werden soll. Insbesondere durch Absprachen untereinander im Team soll nach Möglichkeit eine individuelle Vorgehensweise gewährleistet werden:

„Auch die Gruppe ist so zusammengewachsen mit ihrem Therapeuten. Jetzt ist der im Urlaub [...] Das merkt der Therapeut, der vertritt. Das merken die Patienten. Auf beiden Seiten. Auch noch bei gutem Manual, wir haben auch ein Manual für die Gruppen, und bei noch so guter Absprache. Wir haben uns sogar angewöhnt, dass wir uns kleine Notizen machen: du, der Patient kann nicht gut stützen. Kleine Notiz, der eine hat mit der HWS Probleme, der kriegt ne Alternativübung, mach das bitte bei dem so und so. Wir legen das also auch hin, dass derjenige der ihn vertritt, die Platte so nimmt. Mit in die Gruppe geht, und dann schon liest, was da ist.“ (Orthopädie Rücken #00:19:35-5#)

In allen Erkrankungsbereichen wurde die teilweise hierarchische Struktur im interprofessionellen Team als hinderlicher Faktor für die Bewegungsförderung gesehen. Dabei wurde vor allem über die ärztliche Dominanz bei Verordnungen diskutiert. Nach den Erfahrungen der Therapeutinnen und Therapeuten resultiert dies nicht selten in problematischen Verordnungen von therapeutischen Leistungen, die zu einer Über- oder Unterforderung führen:

„Ich muss auch sagen, [...] dass die Fehlerquote der Ärzte dermaßen hoch ist, was die Verordnung betrifft. Das ist unvorstellbar hoch. Wenn wir manchmal nicht intervenieren würden mit einer Optimierung, dann würden die Patienten maßlos überfordert werden. (Onkologie #00:12:07-1#)

Oftmals scheinen die ärztlichen Fehlverordnungen dabei auch durch mangelnde Kommunikation zwischen den Professionen bedingt zu sein. Auf Sicht der bewegungstherapeutischen Akteure steht dies in Zusammenhang mit einer eher einseitigen Kommunikationsrichtung, wobei ein Vorwurf durchklingt, dass teilweise verordnende Ärzte und Ärztinnen teilweise nicht ausreichendes Interesse an den spezifischen Inhalten bestimmter Therapieformen zeigen würden.

„Also das Problem haben wir auch immer wieder. Halt, dass es einfach auch darum geht, dass die Ärzte halt auch Dinge, einfach Pakete verschreiben und halt Verordnungen geben und ohne eigentlich so, sag ich mal so richtig zu wissen, was wir eigentlich in den Therapien machen. (Onkologie #00:26:19-2#)

### Kernthema Barrieren und Förderfaktoren (4): Erfahrungen und Erwartungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Erfahrungen und Erwartungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden scheinen aus Sicht der therapeutischen Akteure einen großen Einfluss auf die selbstständige Initiierung und Aufrechterhaltung körperlich-sportlicher Aktivität zu nehmen und werden sowohl als förderliche als auch hinderliche Faktoren beschrieben.

Besonders hinderlich wird in allen Erkrankungsbereichen vermehrt die Erwartung an passive Maßnahmen während der Reha-Maßnahme thematisiert. Dabei wurde die Erwartungshaltung sich „therapieren zu lassen“, anstelle eines aktiven, Rehabilitationsprozesses vieler Rehabilitandinnen und Rehabilitanden diskutiert. Ein Umdenken hin zur Eigenverantwortlichkeit sollte bereits in der Reha-Phase angeregt werden, um die Nachhaltigkeit über diese Phase hinaus zu gewährleisten, was folgendes Zitat verdeutlichen soll:

„Ja, und wir kennen ja alle die Patienten, die mit ihrer Karte ankommen und sagen "ich komme jetzt zur Anwendung" und sich am liebsten irgendwo hinlegen wollen und dann "nu mach mal", Tag heut. Und das ist ganz wichtig, dass man da von Anfang an sagt, "nein, mein lieber Patient, so ist das nicht. Das ist eine Reha, keine Kur. Beweg dich!“ (Neurologie #00:29:45-5#)

Als förderlicher Faktor wurde hingegen die Eigenmotivation der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden auf Basis sportlicher Vorerfahrungen wahrgenommen. Personen, die positive Vorerfahrungen mit körperlich-sportlicher Aktivität haben, also entweder früher einmal körperlich aktiv bzw. bis kurz vor der Reha aktiv waren, können leichter an langfristige körperlich-sportliche Aktivität gebunden werden:

„Wir haben jetzt oftmals Patienten, die schon eine sportliche Vorerfahrung haben. Da ist es natürlich einfacher, die haben es vielleicht irgendwann mit den Jahren verloren wegen Familie, Beruf und so, dass sie nicht mehr so viel für sich haben tun können. Aber die Basis ist da, dass man also irgendwo darauf aufbauen kann. Sie wissen auch schon was machen sie denn überhaupt gerne und was gar nicht so gerne. Also das erleichtert's natürlich.“ (Onkologie #00:47:58-5#).

Neben diesen eher motivationalen Merkmalen wurde vor allem das Alter der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden diskutiert und fast ausschließlich als Barriere thematisiert. Ein hohes Alter wurde als hinderlich für eine langfristige Bindung an körperlich-sportliche Aktivität angesehen. Während der Rehabilitation müssten demnach ältere Menschen anders motiviert werden als jüngere. Neue Technologien könnten hier ebenfalls eine Barriere dar-

stellen. Dabei sei es auch schwieriger für ältere Menschen eine adäquate körperlich-sportliche Aktivität für die Zeit nach der Rehabilitation zu vermitteln. Ein Teilnehmender einer Fokusgruppe stellte heraus:

„Problematisch finde ich immer bei den Senioren, die bei uns sind [...] was die eigentlich so machen können, wenn die bei uns gerade mal so eine leichte Sturzprophylaxe hinbekommen. Und dann zu gucken, was könnt ihr draußen in eurer Freizeit wirklich machen.“ (Sucht #00:05:11-1#)

### Kernthema Barrieren und Förderfaktoren (5): Quantität und Qualität von Nachsorgeangeboten

Das fünfte Kernthema schließt mit förderlichen und hinderlichen Aspekten im Hinblick auf Nachsorgeangebote ab. In allen Erkrankungsbereichen berichteten bewegungstherapeutische Akteure, die Möglichkeit für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden die in der Reha initiierte Aktivität in der Rehabilitationseinrichtung angegliederten Nachsorgeangeboten fortzuführen. Diese Angliederung wurde dabei als förderlich erachtet, da die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bereits mit den Räumlichkeiten, Gegebenheiten und dem Personal vertraut sind und somit keine Hemmschwelle bestehen würde, in einer unbekanntem Einrichtung die Aktivität fortzuführen. Ein Teilnehmer beschrieb dies wie folgt:

„Ähm, die Leute, die sich animieren lassen, die kommen zum Großteil dann auch zu uns, weil die sich bei uns wohlfühlt haben und die Abläufe kennen, die Therapeuten kennen, die Geräte kennen. Das muss ich schon sagen, dass ich das als großen Vorteil für die Klinik sehe.“ (Orthopädie TEP #00:23:19-0#)

Das Vorhandensein von Nachsorgeangeboten am Wohnort wurde eher kontrovers diskutiert. Während Personen betonten, dass es mittlerweile flächendeckend Nachsorgeangebote gibt, wurde auch beklagt, dass die Zugänglichkeit von Nachsorgeangeboten je nach Wohnort durchaus eingeschränkt sein kann, was vor allem auf ländliche Gebiete zutreffend zu sein scheint:

„Nachsorge gibt es ja, aber es gibt viel zu wenig zugelassene Nachsorge Einrichtungen. Klassisches Beispiel, gerade wir in der ländlichen Region, du kannst ja dann nicht verlangen, dass jemand, [...] fünfzig Kilometer zur Nachsorge fährt.“ (Orthopädie TEP #00:23:07-4#)

Die kontroverse Diskussion bezog sich zudem auf die Qualität der bestehenden Nachsorgeangebote am Wohnort. Teilweise bestand eine gewisse Skepsis mit Blick auf qualitätsvolle Nachsorgeangebote, die adäquat auf die jeweiligen Gesundheitsstörungen eingehen müssten. Als förderlicher Faktor wurde daher festgehalten, dass Rehabilitationseinrichtun-

gen auf bestehende Kooperationen verweisen, Berichte für fortführende Reha-Anbieter mitgeben und die Bereitschaft für Auskünfte bei Rückfragen von Reha-Nachsorgeanbietern signalisieren können:

„Was ich dann, wir auch machen, ist dem Patienten die Adresse [für das Nachsorgeangebot] mitgebe, ja? Und sage " Wenn der Therapeut eine Frage hat, der kann jederzeit mir eine Mail schreiben oder anrufen". Dann nehm ich mir auch mal fünf oder zehn Minuten. Ja? Also gibt es immer wieder mal, dass die anrufen und sagen der Patient sowieso auf was muss ich denn da achten.“ (Onkologie #00:57:44-6#)

### 6.4 Diskussion

Das umfangreiche Gesprächsmaterial aus den sechs Fokusgruppendifkussionen zur Umsetzung einer nachhaltigen Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie hat vielfältige Einblicke in die Sichtweisen bewegungstherapeutischer Leitungspersonen hervorgebracht. In der abschließenden Diskussion sollen die identifizierten Kernthemen nun verbindend vor dem Hintergrund des bisherigen Stands der Forschung und Literaturlasis zur Bewegungstherapie eingeordnet werden. Wenn möglich werden Querbezüge zu dem quantitativen Studienteil des Projekts „BewegtheReha“ hergestellt, wobei weiterführende Implikationen für die Bewegungstherapie in der Rehabilitationspraxis und Rehabilitationsforschung vor allem im abschließenden Kapitel 7 formuliert werden.

Im Vordergrund stehen didaktisch-methodische Handlungsorientierungen der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten im Kontext der Bewegungsförderung, die in der qualitativen Studienphase vertiefend erkundet werden sollten. So weisen die inhaltlich-konzeptionellen Kernthemen auf Handlungsorientierungen hin, die im Einklang mit allgemeinen didaktischen Prinzipien stehen, welche in bewegungstherapeutischen Lehrbüchern beispielsweise im Zusammenhang mit der pädagogischen Dimension der Bewegungstherapie (Huber 2012) oder im Rahmen einer ganzheitlich ausgerichteten Bewegungstherapie in der Herz-Kreislauf-Rehabilitation aufgegriffen werden (Kempf und Reuß 2000; Matlik 2002; Reuß 2002).

#### *Prinzip der Selbsttätigkeit*

Dies betrifft zunächst das *Prinzip der Selbsttätigkeit* (vgl. z. B. Kempf und Reuß 2000), auf Basis dessen Inhalte und Methoden ausgewählt werden, um die Eigenverantwortung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu fördern und Selbstwirksamkeit im Hinblick auf eine eigenständige Weiterführung körperlich-sportlicher Aktivitäten zu stärken. Für die Umsetzung dieses Prinzips nehmen die bewegungstherapeutischen Akteure vor allem die Erwartungen an passive Maßnahmen in der Rehabilitation seitens der Rehabilitandinnen und

Rehabilitanden als Barriere wahr. Daher gehört es zum Teil der bewegungstherapeutischen Arbeit, eine teils ausgeprägte eher konsumierende Haltung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gezielt zu begegnen. In diesem Zusammenhang spielt auch die Zusammenarbeit im Reha-Team eine besondere Rolle, die als eine wesentliche Voraussetzung für gemeinsame Botschaften mit Blick auf die (körperliche) Aktivierung und Bewegungsförderung angesehen wird.

Mit Blick auf innovative Wege zur Förderung der Eigenverantwortung wurde über eine verstärkte Integration von elektronischen Medien in die Bewegungstherapie diskutiert, die individualisierte Therapieprogramme auch im Anschluss einer Rehabilitationsmaßnahme vorbereiten und unterstützen kann. Zudem lag ein Diskussionsschwerpunkt auf der Nutzung von „freien“ Zeiten während eines (stationären) Rehabilitationsaufenthalts und deren Verbindung mit therapeutischen Leistungen.

*Prinzip der Transferorientierung: Strukturierte Unterstützung der eigenverantwortlichen Weiterführung*

Ein zweites Prinzip kann mit der Orientierung am Transfer in den Alltag der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden beschrieben werden (vgl. auch Huber 2012). In den Fokusgruppendifkussionen wurde hierbei im Einklang mit den Analysen aus dem quantitativen Studienteil (Kapitel 2 und 3) ein sehr unterschiedlicher Grad des *Einsatzes strukturierter Konzepte und Techniken zur Bewegungsförderung* deutlich. Die Fokusgruppendifkussionen haben allerdings verdeutlicht, dass in den letzten Jahren stellenweise verstärkt konzeptionelle Bezugspunkte zur Förderung der Motivation und Volition Eingang in die Rehabilitationspraxis gefunden haben. Speziell für die volitionale Unterstützung der Weiterführung körperlich-sportlicher Aktivität (Stichworte Handlungsplanung und Barrierenmanagement) wurde auf strukturierte und manualisierte Interventionsbausteine hingewiesen. Dass dabei 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. Die Fokusgruppen haben allerdings – ebenso wie Erfahrungen aus dem direkten Austausch mit Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten bei den 2015 und 2017 veranstalteten Fachtagungen zur Bewegungstherapie – hervorgebracht, dass es in der Praxis selten möglich ist, forschungsnah entwickelte Interventionen direkt und ohne Abstriche umzusetzen. Gleichwohl berichten einzelne Akteure, dass sie Bestandteile herauslösen und bedarfsorientiert anpassen. Eine Voraussetzung dafür sind auf Seiten der Bewegungstherapeuten allerdings entsprechende Kompetenzen, die wesentlichen Inhalte und

die Wirkfaktoren beizubehalten. Dafür ist einerseits eine breite Wissensbasis zu aktuell wissenschaftlich erprobten Interventionskonzepten grundlegend. Eine solchermaßen geeignete Informations- bzw. Wissensgrundlage kann über strukturierte Fortbildungsmaßnahmen in die Praxis einfließen. Erste Erfahrungen mit entsprechenden Fortbildungsmaßnahmen in "blended learning"-Formaten werden derzeit in den Projekten "BeFo" (Bewegungstherapie-Fortbildungen; Katholische Hochschule Freiburg und Universität Würzburg) und "KMU-bewegt" (Universität Erlangen-Nürnberg) gesammelt. Ausgangspunkt dieser Projekte ist es, in der Schnittstelle zwischen Forschung und Praxis jeweils wesentliche Interventionsbausteine im Hinblick auf ihre Wirkfaktoren zu beschreiben und für die Nutzung in der Praxis aufzubereiten.

Darüber hinaus erwächst im Hinblick auf die Einführung und Nutzung neuer Interventionskonzepte die Herausforderung, jene so zu implementieren, dass ihre wesentlichen Kernbestandteile und Wirkfaktoren erhalten bleiben, auch wenn notwendigerweise setting- bzw. kontextbezogene Anpassungen vorgenommen werden (Wensing 2017). Für solche Implementierung wird aktuell der Nutzen partizipatorischer „action research“- Ansätze diskutiert (Bush et al. 2017) die auch für die Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie zum Tragen kommen können.

### *Prinzip der Erlebensorientierung*

Ein weiteres hervorgehobenes didaktisches Prinzip ist in dem *Handlungsmuster Spaß und Freude an Bewegung* erkennbar. Die Fokusgruppendifkussionen spiegeln hier die Tatsache wider, dass nahezu alle Programmkonzeptionen in Gesundheitssport und Sporttherapie die Bedeutung der Vermittlung von Freude an Bewegung bzw. positiven Bewegungserfahrungen beinhalten [Quellen]. In didaktischer Hinsicht finden sich in Lehrbücher der Bewegungstherapie hierzu Bezüge zum Prinzip der Erlebensorientierung (Matlik 2012) oder der Betonung einer Erlebensdimension sporttherapeutischer Maßnahmen (Baldus et al. 2012; Baldus und Schüle 2012; Pfeifer und Sudeck 2016). Die Fokusgruppendifkussionen haben für das Handlungsmuster „Spaß und Freude an Bewegung“ eine zentrale Strategie hervorgebracht, die auf ein vielfältiges Spektrum an Bewegungsangeboten setzt, in dem die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden das (Wieder-)Entdecken von individuell passenden, freudvollen Aktivitäten ermöglicht werden soll. Dies steht einerseits in Verbindung mit einer entsprechenden Technik der Verhaltensänderung, die auf das Bekanntmachen und Erproben vielfältiger Formen körperlich-sportlicher Aktivität setzt und die Förderung der Selbstkonkordanz bewegungsbezogener Absichten verfolgt (Geidl et al. 2012). Selbstkonkordanz

umschreibt dabei eine qualitativ hochwertige Motivationsbasis, bei der bewegungsbezogene Absichten mit den eigenen Werten und Überzeugungen im Einklang stehen (sog. identifizierte Motivation) oder auf intrinsischer Motivation und tätigkeitsbezogenen Anreizen beruht (Seelig und Fuchs 2006).

Die gemeinsame Betrachtung der beiden Studienphasen verdeutlicht in diesem Zusammenhang allerdings auch, dass für diese Erlebensdimension der Bewegungstherapie deutlich weniger strukturierte Vorgehensweisen als etwa für das Trainieren und Üben, für die Wissensvermittlung oder die volitionale Unterstützung der Weiterführung körperlich-sportlicher Aktivitäten zu erkennen sind. Therapeuten und Therapeutinnen halten diesen Bereich zwar für sehr wichtig, agieren aber anscheinend stärker erfahrungsgeleitet. So liegen in diesem Bereich kaum Materialien weder für Therapeuten und Therapeutinnen noch für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden vor (Kap. 2). Zudem werden in den Fokusgruppen nur ansatzweise spezifische Strategien deutlich, die über das Vertrauen in das positive Affektpotenzial von Bewegungs- und Sportaktivitäten hinausgehen, sofern diese zu den individuellen Vorlieben passen. In Lehrbüchern wird diese Handlungsorientierung beispielhaft in der Charakterisierung des Prinzips der Erlebensorientierung im Rahmen ganzheitlicher Sport- und Bewegungsangebote in der Herz-Kreislauf-Rehabilitation deutlich (Matlik 2012, S. 185): „Gesundheitsförderndes Verhalten muss Freude machen. [...] Durch die vielfältigen Möglichkeiten des Mediums „Sport“ und dessen in der Regel positive emotionale Besetzung setzt die Herzgruppe genau dort an.“ Im Einklang dazu scheinen die therapeutischen Akteure auf reichhaltige Erfahrungen blicken zu können, in denen solche positiven Bewegungserfahrungen ermöglicht werden konnten und in ihrer Bedeutung für nachhaltige Bewegungsförderung hoch eingeschätzt werden. Einen Anhaltspunkt bietet gemäß der Erfahrungen der therapeutischen Akteure das gezielte Reflektieren von Bewegungserfahrungen, wodurch eine Sensibilisierung für positive, freudvolle Erfahrungen gelingen kann. In Lehrbüchern der Bewegungstherapie und Programmkonzeptionen wird methodisch zudem häufig auf eine Spielorientierung, eine Ermöglichung von Erfolgserlebnissen sowie die Förderung sozialer Interaktion verwiesen (z. B. Pfeifer et al. 2007; Brehm et al. 2007). Die Förderung von Gruppenerleben und teils auch des Kompetenzerlebens wurden ebenso in den Fokusgruppendifkussionen als geeignete Strategie behandelt.

Aktuelle Forschungsarbeiten im Bereich der affektiven Reaktionen auf körperlich-sportliche Aktivitäten machen jedoch zunehmend darauf aufmerksam, dass erhebliche interindividuelle Unterschiede im Erleben körperlich-sportlicher Aktivitäten bestehen, die mitunter und speziell bei Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen durchaus negativ ausfallen

(z. B. Ekkekakis et al. 2010; Sudeck und Conzelmann 2014). Aus wissenschaftlicher Perspektive haben Biddle und Fuchs (2009, S. 413) hier angemahnt, dass die Analysen über „simple notions of ‚fun‘ and enjoyment“ hinausgehen müssen. Entsprechend ist erst in jüngerer Zeit ist die Bedeutung der affektiv-emotionalen Bewertung von Bewegung für deren eigenständige Umsetzung (wieder) in den Fokus gerückt. Dabei werden insbesondere personale, aktivitätsbezogene und situative Faktoren herausgearbeitet, die vor allem auch während der Aktivitätsausführung das affektive Erleben mitbestimmen (z. B. Rose und Parfitt 2012; Wienke und Jekauc 2016). Dadurch werden frühere Forschungsarbeiten ergänzt, die sich primär auf das affektive Erleben vor und nach körperlich-sportlicher Aktivität konzentriert haben, und weniger den Prozess während der Aktivität in den Blick genommen haben. Letztere Prozesse sind aber von besonderer Bedeutung für die nachhaltige Weiterführung körperlich-sportlicher Aktivität (Rhodes und Kates 2015).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie das (Wieder-)Entdecken von Spaß und Freude an Bewegung systematisch(er) unterstützt werden kann, da dies gerade in der Zielgruppe der Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen sicher nicht generell und vermutlich auch nicht beiläufig gelingt. Vor diesem Hintergrund ist zu betonen, dass der Bereich der Förderung positiver Bewegungserfahrungen in einigen Lehrbüchern der Bewegungstherapie keineswegs in seiner Bedeutung unterschätzt wird. Jedoch ist eine spezifische Auseinandersetzung mit methodischen Strategien zur Ansteuerung positiver Bewegungserfahrungen oder der Förderung des Wohlbefindens durch sportliche Aktivität sicherlich noch ausbaufähig – so fehlt sie teilweise auch gänzlich in Lehrbüchern der Bewegungstherapie. Für eine zukünftige Bearbeitung dieses Defizits scheint sich vor allem ein intensiver Wissensaustausch zwischen Wissenschaft und Praxis anzubieten, um auf strukturierte Weise in der Praxis bewährte sowie konzeptionell und empirisch fundierte Strategien identifizieren zu können. In positiver Hinsicht kann hier analog auf Entwicklungen im Bereich der Rehabilitationsforschung zu motivational-volitionalen Interventionen zur Bindung an körperliche Aktivität verwiesen werden. Vor ca. 10 bis 15 Jahren fand hier eine stärkere Berücksichtigung sport- und gesundheitspsychologischer Erkenntnisse mit Fokus auf sozial-kognitiven Determinanten des Bewegungsverhaltens statt. In diesem Zuge wurden entsprechende Interventionen für die Bewegungstherapie entwickelt und evaluiert, die – mit dem entsprechenden Verzögerung in der Translation – zunehmend die bewegungstherapeutische Praxis zu stimulieren scheinen.

### *Prinzip der Gleichzeitigkeit von Trainieren, Lernen und Erleben*

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). Dabei werden in den Fokusgruppen vor allem die Bedeutung der Verknüpfung der Wissensvermittlung mit der Bewegungspraxis und die aktive Reflexion entsprechender Inhalte in Gesprächen hervorgehoben. Adressiert werden dabei Aspekte des Effekt- und des Handlungswissens, für die die Verknüpfung von Theorieinhalten mit praktischen Bewegungserfahrungen als bedeutsam erachtet wird.

In diesem Kontext wurde zum einen die Vermittlung von Alltagsbezug (Huber 2012) bzw. der Anschaulichkeit (z. B. Matlik 2012) angesprochen. Noch stärker spiegeln sich darin Prinzipien wieder, die die „eng verknüpfte Gleichzeitigkeit im Sinne einer Synchronisierung von Trainieren, Lernen und Erleben“ als didaktisch-methodische Grundlegung der Bewegungstherapie charakterisieren (Huber 2012, S. 126). Ähnlich argumentieren Pfeifer und Sudeck (2016) im Handlungsmodell zur Förderung einer umfassenden bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz in der bewegungstherapeutischen Praxis, in dem eine erforderliche Verknüpfung des körperlichen Trainierens und Übens, des Lernens und des Erlebens für eine eigenständige Weiterführung körperlich-sportlicher Aktivitäten beschrieben wird. Die Fokusgruppendifkussionen bekräftigen in Verbindung mit dem relativ hohen Anteil der Verknüpfung von Bewegungspraxis und Wissensvermittlung in bewegungstherapeutischen Gruppen, dass diese Prinzipien durchaus eine gelebte Praxis in zahlreichen bewegungstherapeutischen Abteilungen darstellen. Eine entsprechende didaktische Grundlegung ist beispielsweise auch in bewegungstherapeutischen Weiterbildungscurricula verankert (vgl. z. B. Angebot des Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie: <http://www.dvgs.de/fort-und-weiterbildungen/lehrgaenge.html>), was sich zumindest bei didaktisch-methodischen Handlungsorientierungen von einem Teil der bewegungstherapeutischen Leitungspersonen niederschlägt.

Die Fokusgruppendifkussionen weisen zudem auf ein *Prinzip der Reflexivität* in der Bewegungstherapie hin. So ist die Reflexion der eigenen Erfahrungen etwa im Kontext der Wissensvermittlung oder im Zusammenhang mit positiven Bewegungserfahrungen eine aus Sicht der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten wichtige Strategie, um Veränderungsprozesse bei Rehabilitanden anzubahnen.

Allerdings ist mit Blick auf Lehrbücher und wissenschaftliche Abhandlungen zur Bewegungstherapie zu konstatieren, dass der Allgemeingrad der Aussagen zur Kombination von Trainieren, Lernen und Erleben oder speziell zur Verknüpfung von Wissensvermittlung

und Bewegungspraxis bisher noch relativ hoch ist. Allgemeine anthropologische Begründungsmuster basieren darauf, dass das konkrete eigene Bewegungshandeln und das persönliche Erlebthaben den Ankerpunkt für körper- und bewegungsbezogene Erfahrungs- und Wissensquellen darstellt, die auf keinem anderen Wege erschlossen werden können (vgl. z. B. Vanden-Abeele und Schüle 2012). Dabei steht dieser Grundgedanke wiederum in enger Verbindung zum Prinzip der Selbsttätigkeit.

In konkreten Beschreibungen von Modulen der Bewegungstherapie finden sich zwar immer wieder Hinweise auf Theorie-Praxis-Verknüpfung und Reflexion von Erfahrungen mit Bezug zur Wissensvermittlung. Eine differenziertere (wissenschaftliche) Auseinandersetzung mit spezifischen Aufgabenformaten, die solche Prozesse der Praxis-Theorie-Verknüpfung oder der Reflexion von Bewegungspraxis befördern, wie sie beispielsweise von Huber (2012) mit Bezug zu Lernaufgaben in der Bewegungstherapie angedeutet werden, steht speziell für die Bewegungstherapie aber weitgehend aus. Es ist vielmehr zu vermuten, dass die allgemeinen Prinzipien gerade auch erfahrungsgeleitet in der bewegungstherapeutischen Praxis ebenso wie in der Aus-, Fort- und Weiterbildung übersetzt werden. Interessante Potenziale für die Weiterentwicklung dieser Prinzipien scheinen hier in weitergehenden Transfers und Adaptionen aus der allgemeinen Didaktik und Bildungsforschung (vgl. auch Feicke und Spörhase 2012) oder der Sportdidaktik (z. B. Pfitzner 2014) liegen zu können.

### *Prinzip der Individualität*

Im Handlungsmuster „Spaß und Freude an Bewegung“ wurde in starkem Maße auch das Bestreben ersichtlich, die individuellen Präferenzen, Vorlieben und Fähigkeiten berücksichtigen zu wollen, was dem didaktischen Prinzip der Individualität zugeordnet werden kann (z. B. Lagerström 2014). Als förderlicher Faktor für die Erfolgchancen für eine Förderung körperlich-sportlicher Aktivitäten wurden hierbei die Bewegungsvorerfahrungen beschrieben. Auch wenn diese länger zurückliegen, werden Personen mit Bewegungsvorerfahrungen als deutlich leichter motivierbar wahrgenommen. Auf der anderen Seite stehen jene Personen, bei denen ein ausgeprägter Bewegungsmangel mit zum Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigung beigetragen haben dürfte. Folglich ist es gerade bei diesen Personen eine große Herausforderung, positive Bewegungserfahrungen allein über ein vielfältiges Spektrum an Bewegungsangeboten zu generieren.

Gerade mit Blick auf die Berücksichtigung der Individualität sehen die bewegungstherapeutischen Akteure hinderliche Faktoren durch organisatorisch-strukturelle Bedingungen. Insbesondere werden Qualitätsvorgaben z. B. durch Reha-Therapiestandards als einschränkend interpretiert, da sie ein individuelles Vorgehen nicht ermöglichen würden. Es

bleibt hierbei allerdings noch genauer zu eruieren, welche Prozesse zu dieser Sichtweise auf die RTS führen, da sie beispielsweise nicht vorgeben, dass alle Patienten nach bestimmten Vorgaben zu therapieren seien und mit Blick auf die Therapieinhalte relativ offen formuliert sind.

Zudem mangelt es an Therapeutenkonstanz in der Bewegungstherapie, die eine individuellere Begleitung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ermöglichen würde. Zur Kompensation bedarf es eines ausgesprochen intensiven Austausches innerhalb des bewegungstherapeutischen Teams, um trotz mangelnder Therapeutenkonstanz eine individuellere Gestaltung und Dosierung bewegungstherapeutischer Leistungen zu gewährleisten.

Ein kritischer Faktor stellt aus Sicht einiger Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten zudem die hierarchische Teamstruktur mit ärztlicher Dominanz bei der Therapieverordnung dar. Scheinbar ist es keine Seltenheit, dass die Verordnungspraxis gerade zu Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme zu Über- oder Unterforderung der Rehabilitandinnen führt, was dem Prinzip der Individualität widerspricht und das Potenzial positiver Bewegungserfahrungen einschränkt.

Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, wie sowohl das Prinzip der Individualität als auch das Handlungsmuster Spaß und Freude an Bewegung strukturell-organisatorisch und auch inhaltlich-methodisch in der Bewegungstherapie begünstigt werden können. Die Ergebnisse zur Verbreitung von Assessmentverfahren haben etwa deutlich gemacht, dass gerade mit Blick auf bewegungsbezogene Voraussetzungen kaum regelhaft und standardisiert Informationen über Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eingeholt werden (Kap. 4). Es wäre einerseits erforderlich, grundsätzlich mehr über die personalen Voraussetzungen und Präferenzen von Rehabilitanden und Rehabilitanden zu wissen, um systematischer in der Bewegungstherapie in einem jeweils spezifischen organisatorisch-strukturellen Rahmen darauf eingehen zu können (Huber und Sudeck 2014). Andererseits wären im Bereich des Assessments Weiterentwicklungen erforderlich, die bewegungsbezogene Voraussetzungen auf standardisiertere Weise in den Blick nehmen lassen (vgl. Kap. 4). Beispielsweise wäre die Fragen genauer zu beantworten, mit welchen bewegungsbezogenen Motiven und Zielen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Einrichtungen kommen und wie bewegungstherapeutische Angebote inhaltlich darauf angepasst werden können (Krauss et al. 2017). Solche Erkenntnisse können beispielsweise den Prozess der Selbstbeobachtung und therapeutischen Unterstützung im Rahmen des (Wieder-)Entdecken freudvoller Aktivitäten begünstigen, wie sie etwa auch in verhaltensbezogenen Techniken zur Förderung der Selbstkonkordanz beschrieben werden (z. B. im Rahmen des 3pw-Checks im MoVo-Lisa-Konzept; Göhner und Fuchs, 2007, oder im Rahmen der Bekanntmachung mit vielfältigen

Bewegungsmöglichkeiten (Geidl et al. 2012)). Derartige Optimierungsmöglichkeiten stoßen allerdings recht schnell auf das Spannungsfeld zwischen Individualität und organisatorisch-strukturellen Bedingungen, wie es in den Fokusgruppendifkussionen diskutiert wurde (vgl. auch Huber und Sudeck 2014).

### *Rolle der therapeutischen Akteure*

Die Fokusgruppendifkussionen haben nicht zuletzt auch die eigene Rolle der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten mit Blick auf eine nachhaltige Bewegungstherapie reflektiert. Hierbei wurden im Einklang mit Beiträgen in Lehrbüchern und Fortbildungskonzepten der Bewegungstherapie insbesondere die Empathiefähigkeit und Authentizität angesprochen (vgl. z. B. Rauscher 2012). Es werden dabei deutliche Bezüge zu einer klientenzentrierten Gesprächsführung deutlich (Rogers und Pfeiffer 1977), die in sehr unterschiedlichem AusmaÙe curricularer Bestandteil von bewegungstherapeutischen Weiterbildungen sind. Neben ihrer Rolle als unspezifischer Wirkfaktor (z. B. Hölter 2011) wurden diese Therapeutenmerkmale auch mit Blick auf eine situationsangemessene Gestaltung der Bewegungstherapie unter Berücksichtigung der psychischen Voraussetzungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden angesprochen, so dass Querbezüge zum Prinzip der Individualität erkennbar wurden.

### **6.5 Fazit**

Der pädagogischen Dimension der Bewegungstherapie, die sich grundlegend mit didaktisch-methodischen Fragen der Bewegungstherapie befasst, wird mitunter eine gewisse Geringschätzung und Beiläufigkeit zugeschrieben (Huber 2012). In Lehrbüchern der Bewegungstherapie sind didaktisch-methodische Grundlagen häufig umfangsschwach in Relation zu Beschreibungen von Pathophysiologien, bewegungsbezogenen Wirkmechanismen, Trainingsdosierungen und der Evidenzbasis von Wirkungen körperlich-sportlicher Aktivität auf die Gesundheit. Gleichwohl verweisen die Fokusgruppendifkussionen auf fundierte didaktisch-methodische Handlungsorientierungen der leitenden Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten und entsprechende pädagogische Qualifikationen der Therapeutinnen und Therapeuten, die auf Basis von Aus-, Fort- und Weiterbildungen als auch durch die Berufserfahrungen zu einem professionellen therapeutischen Handeln beitragen. In der Verbindung mit den Ergebnissen der bundesweiten Bestandsaufnahme wird jedoch auch klar, dass diese oben beschriebenen didaktisch-methodischen Prinzipien mit Blick auf die Bewegungsförderung doch in einem sehr unterschiedlichem MaÙe gewichtet und um-

gesetzt werden dürften. Dies gilt angesichts der Studienergebnisse aus der Phase I mindestens für die Erlebensorientierung, die Gleichzeitigkeit von Trainieren, Lernen und Erleben als auch die Orientierung auf den Transfer körperlich-sportlicher Aktivitäten.

Bewegungstherapeutische Akteure können daher in einem sehr unterschiedlichen Maße als Expertinnen und Experten für eine verstärkte Verhaltensorientierung in der Bewegungstherapie angesehen werden. So ist bei der Interpretation der Fokusgruppenergebnisse zu berücksichtigen, dass in den Diskussionen vermutlich vorwiegend jene Personen proaktiv berichteten, die in den einzelnen Themenbereichen eine gewisse Expertise mitbringen. Dennoch wurde durch die moderierenden Personen versucht, an der Diskussion unbeteiligte Personen gezielt anzusprechen und dadurch zur Mitarbeit anzuregen. Dadurch konnte insbesondere auch ein breiteres Spektrum an Barrieren und Förderfaktoren für eine als erfolgreich wahrgenommene Umsetzung der Bewegungsförderung generiert werden. Trotzdem wurde bei der Darstellung der Ergebnisse darauf hingewirkt, dass tatsächlich Kernthemen der Diskussionen herausgearbeitet wurden. Es ging vor allem um Themenkomplexe, die gehäuft in den verschiedenen Fokusgruppen diskutiert wurden, um punktuellen Einzelaussagen oder Redebeiträgen nicht zu viel Gewichtung beizumessen.

In der Gesamtbetrachtung wird daher zweierlei deutlich: Erstens wird ein ausgesprochen hohes Potenzial für einen Wissensaustausch zwischen Praxis und Forschung/Wissenschaft nahegelegt, um Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzepte strukturiert zu befruchten und auf diesem Weg die Weiterentwicklung der Bewegungstherapie zu forcieren. Zweitens müssen flächendeckende Strategien zur Weiterentwicklung der Bewegungstherapie die Tatsache berücksichtigen, dass bewegungstherapeutische Abteilungen nicht nur strukturell-organisatorisch, sondern auch inhaltlich-konzeptionell durchaus erheblich unterschiedliche Ausgangsbedingungen aufweisen.

## 6.6 Literaturverzeichnis

- Baldus, Angelika; Huber, Gerhard; Schüle, Klaus (2012): ICF-Orientierung in der Sport- und Bewegungstherapie: modularisierte Therapieprozesse. In: Klaus Schüle und Gerhard Huber (Hg.): Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. 3., vollständig überarb. und erw. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 94–100.
- Baldus, Angelika; Schüle, Klaus (2012): Indikationskatalog häufiger Krankheits- und Schadensbilder in Anlehnung an die ICF-Klassifizierung. In: Klaus Schüle und Gerhard Huber (Hg.): Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. 3., vollständig überarb. und erw. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 403–485.
- Biddle, Stuart J.H.; Fuchs, Reinhard (2009): Exercise psychology. A view from Europe. In: Psychology of Sport and Exercise 10 (4), S. 410–419. DOI: 10.1016/j.psychsport.2009.02.011.
- Brehm, Walter; Pahmeier Iris; Tiemann, Michael; Ungerer-Roehrich, Ulrike; Wagner, Petra; Boes, Klaus (2007): Physische Ressourcen. Stärkung von physischen Ressourcen im Gesundheitssport ; Arbeitshilfen für Übungsleiter/innen und Trainer/innen. 1. Aufl. Frankfurt, M.: DTB (DTB Ausbildung).
- Bush, Paula L.; Pluye, Pierre; Loignon, Christine; Granikov, Vera; Wright, Michael T.; Pelletier, Jean-François et al. (2017): Organizational participatory research: a systematic mixed studies review exposing its extra benefits and the key factors associated with them. In: Implementation Science : IS 12 (1), S. 119. DOI: 10.1186/s13012-017-0648-y.
- Ekkekakis, Panteleimon; Lind, Erik; Vazou, Spiridoula (2010): Affective responses to increasing levels of exercise intensity in normal-weight, overweight, and obese middle-aged women. In: Obesity (Silver Spring, Md.) 18 (1), S. 79–85. DOI: 10.1038/oby.2009.204.
- Feicke, Janine; Spörhase, Ulrike (2012): Impulse aus der Didaktik zur Verbesserung von Patientenschulungen. In: Die Rehabilitation 51 (5), S. 300–307. DOI: 10.1055/s-0031-1287806.
- Geidl, Wolfgang; Hofmann, Jana; Göhner, Wiebke; Sudeck, Gorden; Pfeifer, Klaus (2012): Verhaltensbezogene Bewegungstherapie – Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. In: Die Rehabilitation 51 (04), S. 259–268.
- Göhner, Wiebke; Fuchs, Reinhard (2007): Änderung des Gesundheitsverhaltens. MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung. Göttingen: Hogrefe.

- Grol, Richard; Wensing, Michel (2004): What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice. In: *The Medical Journal of Australia* 180 (6 Suppl), S57-60.
- Hilpert, Jörg; Benighaus, Ludger; Scheel, Oliver; Bartz, Angelina; Drews, Niklas; Walkkamm, Magdalena (2012): Auswertung von Fokusgruppen mit MAXQDA am Beispiel des Projektes "Wahrnehmung der Fusionsenergie bei ausgewählten Bevölkerungsteilen". In: Marlen Schulz, Birgit Mack und Ortwin Renn (Hg.): *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung*: Springer-Verlag.
- Hölter, Gerd (2011): Konturen der klinischen Bewegungstherapie. In: Gerd Hölter (Hg.): *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 71–153.
- Huber, Gerhard (2012): Zur pädagogischen Dimension der Sporttherapie. In: Klaus Schüle und Gerhard Huber (Hg.): *Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation*. 3., vollständig überarb. und erw. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 122–133.
- Huber, Gerhard; Sudeck, Gorden (2014): Entwicklung einer person-orientierten Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation. Ein Forschungsprojekt gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung Bund.
- Kempf, Hans-Dieter; Reuß, Peter (2000): *Praxisbuch Herzgruppe*. Stuttgart, New York: Thieme.
- Krauss, Inga; Katzmarek, Uwe; Rieger, Monika A.; Sudeck, Gorden (2017): Motives for physical exercise participation as a basis for the development of patient-oriented exercise interventions in osteoarthritis: a cross-sectional study. In: *European journal of physical and rehabilitation medicine* 53 (4), S. 590–602. DOI: 10.23736/S1973-9087.17.04482-3.
- Kuckartz, Udo (2016): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3., überarbeitete Auflage: Weinheim: Beltz Juventa (Grundlagentexte Methoden).
- Lagerström, Dieter (2014): Pädagogische Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. In: Christine Graf (Hg.): *Sport- und Bewegungstherapie bei inneren Krankheiten. Lehrbuch für Sportlehrer, Übungsleiter, Physiotherapeuten und Sportmediziner ; mit 76 Tabellen*. Unter Mitarbeit von Birna Bjarnason-Wehrens, Tina Foitschik, Dieter Lagerström und Eike Quilling. 4., vollständ. überarb. Aufl. Köln: Dt. Ärzte-Verl., S. 407–425.
- Landis, Richard J.; Koch, Gary G. (1977): The measurement of observer agreement for categorical data. In: *Biometrics* 33 (1), S. 159–174.

- Matlik, Michael (2002): Ganzheitliche Herz-Kreislauf-Rehabilitation mit den Mitteln des Sports. In: Otto A. Brusis, Michael Matlik und Martin Unverdorben (Hg.): Handbuch der Herzgruppenbetreuung. 6., überarb. und erw. Aufl. Balingen: Spitta, 183-189.
- Matlik, Michael (2012): Sport in Herzgruppen. Ganzheitliche Rehabilitation mit den Mitteln des Sports. Balingen: Spitta Verlag.
- Pfeifer, Klaus; Hänsel, Frank; Heinz, Barb (2007): Rückengesundheit. Grundlagen und Module zur Planung von Kursen ; mit 8 Tabellen. Köln: Dt. Ärzte-Verl.
- Pfeifer, Klaus; Sudeck, Gorden (2016): Körperliche Aktivität. In: Jürgen Bengel und Oskar Mittag (Hg.): Psychologie in der medizinischen rehabilitation. Ein lehr- und praxis-handbuch. Berlin: Springer.
- Pfitzner, Michael (2014): Aufgabenkultur im Sportunterricht. Konzepte und Befunde zur Methodendiskussion für eine neue Lernkultur. Wiesbaden: Springer VS (Bildung und Sport, Schriftenreihe des Centrums für Bildungsforschung im Sport (CeBiS), 5).
- Rauscher, Roger (2012): Kommunikation und Gesprächsführung. In: Klaus Schüle und Gerhard Huber (Hg.): Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. 3., vollständig überarb. und erw. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 261–271.
- Reuß, Peter (2002): Didaktische Aspekte der Bewegungstherapie. In: Otto A. Brusis, Michael Matlik und Martin Unverdorben (Hg.): Handbuch der Herzgruppenbetreuung. 6., überarb. und erw. Aufl. Balingen: Spitta, S. 220–226.
- Rhodes, Ryan E.; Kates, Andrew (2015): Can the affective response to exercise predict future motives and physical activity behavior? A systematic review of published evidence. In: Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine 49 (5), S. 715–731. DOI: 10.1007/s12160-015-9704-5.
- Rogers, Carl Ransom; Pfeiffer, Wolfgang M. (1977): Therapeut and client. München.
- Rose, Elaine; Parfitt, Gaynor (2012): Exercise experience influences affective and motivational outcomes of prescribed and self-selected intensity exercise. In: Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports 22 (2), S. 265–277. Online verfügbar unter <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84858213328&partnerID=40&md5=4209df9fd7e10672882c0d6ad5efd49c>.
- Scheer, Dirk; Konrad, Wilfried; Scheel, Oliver; Ulmer, Frank; Hohlt, Andreas (2012): Fokusgruppen im Mixed-Method-Design: Kombination einer standardisierten und qualitativen Erhebung. In: Marlen Schulz, Birgit Mack und Ortwin Renn (Hg.): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Springer, S. 148–167.
- Schulz, Marlen; Mack, Birgit; Renn, Ortwin (Hg.) (2012): Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Springer.

- Seelig, Harald; Fuchs, Reinhard (2006): Messung der sport- und bewegungsbezogenen Selbstkonkordanz. In: Zeitschrift für Sportpsychologie 13 (4), S. 121–139. DOI: 10.1026/1612-5010.13.4.121.
- Sudeck, Gorden; Conzelmann, Achim (2014): Zur interindividuellen Variabilität affektiver Reaktionen im Verlauf von Freizeit- und Gesundheitssportprogrammen. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie 22 (3), S. 89–103. DOI: 10.1026/0943-8149/a000118.
- Tong, Allison; Sainsbury, Peter; Craig, Jonathan (2007): Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. In: International Journal for Quality in Health Care 19 (6), S. 349–357. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.
- Vanden-Abeelee, Jacques; Schüle, Klaus (2012): Wissenschaftliche Begründung und Begriffsbestimmung der Sport- und Bewegungstherapie. In: Klaus Schüle und Gerhard Huber (Hg.): Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. 3., vollständig überarb. und erw. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, S. 9–65.
- Wensing, Michel (2017): The tailored implementation in chronic diseases (TICD) project: introduction and main findings. In: Implementation Science: IS 12 (1), S. 5. DOI: 10.1186/s13012-016-0536-x.
- Wienke, Benjamin; Jekauc, Darko (2016): A qualitative analysis of emotional facilitators in exercise. In: Frontiers in psychology 7, S. 1296. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01296.

## 7 Handlungsempfehlungen für die Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie

Die Ergebnisse des Projekts „Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteursebene“ (Kapitel 2 bis 6) 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 7.1 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 7.2.). Schließlich listet Tabelle 7.3 Handlungsempfehlungen in Bezug auf zukünftige Forschungsaktivitäten.

Tab. 7-1: Handlungsempfehlungen zur Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie im Bereich Personalentwicklung und Optimierung von Konzepten

<b>Personalentwicklung &amp; Optimierung von Konzepten der Bewegungstherapie</b>
<p><b><i>Förderung der methodisch-didaktischen Konzept- und Prozessqualität der Bewegungstherapie:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitätsentwicklung fördern im Hinblick auf methodisch-didaktische Aspekte einer verhaltensbezogenen Bewegungstherapie, wie z. B. Einsatz von Medien/Materialien, motivierende Gesprächsführung, systematische Praxis-Theorie-Verknüpfung</li> <li>• Sammlung, Bewerbung und Verbreitung von in der Praxis der Bewegungstherapie vorhandenen qualitätsgesicherten bewegungstherapeutischen Konzepten unter Berücksichtigung der unterschiedlichen inhaltlich-konzeptionellen Ausgangsbedingungen in den Rehabilitationseinrichtungen</li> <li>• Aufbereitung vorhandener Konzepte (Bausteine der Bewegungstherapie) in besser rezipierbare Formen (Buch, Online-Plattform etc.) und deren Bewerbung und Verbreitung</li> </ul>

Fortführung Tab. 7-1 Handlungsempfehlungen zur Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie im Bereich Personalentwicklung und Optimierung von Konzepten

- 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  
Belebung 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. 7-2: Handlungsempfehlungen zur Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie im Bereich Organisationsentwicklung

<b>Organisationsentwicklung - Optimierung von Strukturen und Prozessen</b>
<p><b><i>Kritische Überprüfung und ggf. Weiterentwicklung von bestehenden Vorgaben in der Rehabilitation (Reha-Therapiestandards, Evidenzbasierte-Therapiemodule) und deren Kommunikation</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung von Kriterien zur Qualitätssicherung in der Reha, z. B. mit einem „Zertifikat Bewegungsförderung“</li> <li>• 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</li> <li>• Entwicklung einer Leitlinie/Leitempfehlung für die inhaltlich-methodische Umsetzung der Bewegungstherapie in der Rehabilitation</li> <li>• Flexiblen Umgang mit Rehatherapiestandards und KTL ermöglichen und bekanntmachen, um Anpassungen/Änderungen der Therapieplanung bzw. der zeitlichen und inhaltlichen Organisation der Bewegungstherapie zu erleichtern</li> <li>• Kritische Prüfung der Möglichkeit individuellerer Formen der bewegungsbezogenen Rehabilitation inkl. Nachsorgeangebote (einschließlich IT-basierter Interventionen)</li> <li>• Prüfung und Anpassung der bewegungstherapeutischen Inhalte und Methoden sowie deren Passung zu den weiteren therapeutischen Leitungen innerhalb vorhandener verhaltensmedizinisch begründeter Interventionskonzepte (z. B. VMO)</li> </ul> <p><b><i>Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Neue Ordnungsmodelle für die Bewegungstherapie etablieren, Stärkung der Rolle des bewegungstherapeutischen Teams, interprofessionellen Austausch fördern</li> <li>• Rahmenkonzepte bzw. Hilfestellung für Teambesprechungen erarbeiten (Ziele Ablauf, Kommunikationskultur, Wertschätzung, Beteiligung aller Teammitglieder etc.)</li> <li>• Neue Formen der Weiterbildung etablieren, z. B. obligatorische ärztl. Weiterbildung für den Bereich der Bewegungstherapie schaffen (interprofessionelle Weiterbildung)</li> </ul> <p><b><i>Den systematischen Einsatz standardisierter biopsychosozialer Testverfahren fördern:</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Nutzung bewegungsverhaltensbezogener Testverfahren als Merkmal der Konzept-, Struktur- und Prozessqualität i.S. der Qualitätssicherung festlegen</li> </ul>

Fortführung Tab. 7-2 Handlungsempfehlungen zur Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie im Bereich Organisationsentwicklung

***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. 7-3: 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 zur Förderung dieses Prozesses
- 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.

Fortführung Tab. 7-3 Handlungsempfehlungen zur Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie im Bereich Reha-Forschung

- 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 Curriculumsentwicklung und deren Adoption in Reha-Einrichtungen sowie zur Fortbildungseffektivität klassischer und neuer (z. B. blended-learning) Fortbildungswege

## Anhänge

### Anhang 1

### Fragebogen

zum Forschungsprojekt:

**Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation:  
eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteursebene (BewegtheReha)**  
(gefördert durch die Deutsche Rentenversicherung Bund)

#### Hinweise zur Bearbeitung

Generell wurden an jede Fachabteilung (z. B. Orthopädie, Kardiologie etc.) zwei Fragebögen verschickt, falls es zwei eigenständige bewegungstherapeutische Abteilungen für die KTL-Bereiche A (Sport- und Bewegungstherapie) und B (Physiotherapie) gibt. In diesem Fall füllt sowohl die leitende Person der Sport- und Bewegungstherapie, als auch die leitende Person der Physiotherapie separat einen Fragebogen aus.

Falls Sie Leiterin oder Leiter einer bewegungstherapeutischen Abteilung sind, die mehrere Fachabteilungen innerhalb einer Rehabilitationseinrichtung bedient, haben Sie mehrere Fragebögen erhalten. Wir bitten Sie in diesem Fall, nur einen Fragebogen zu bearbeiten.

Bearbeiten Sie den Fragebogen bitte vollständig. Füllen Sie dabei die vorgegebenen Kästchen und Textfelder eindeutig und leserlich aus. Falls nicht anders angegeben, setzen Sie bitte nur ein Kreuz pro Frage.

Optimal	<input checked="" type="checkbox"/>	Ausreichend	<input checked="" type="checkbox"/>	So bitte nicht	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
---------	-------------------------------------	-------------	-------------------------------------	----------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------------

Die Bearbeitungszeit liegt bei ca. 40-45 Minuten.

Taucht der Begriff „Bewegungstherapie“ auf, dann beziehen Sie sich beim Bearbeiten des Fragebogens bitte auf alle Leistungen, die in Ihrer bewegungstherapeutischen Abteilung erbracht werden aus den KTL Bereichen:

- A und B
- C und L (hierbei jeweils nur bewegungsbezogene Leistungen!)

sowie auf

- Rehabilitanden/innen aller Kostenträger, die ihre Einrichtung belegen

Durch Ihr vollständiges Ausfüllen des Fragebogens unterstützen Sie mittelfristig den Austausch zwischen Wissenschaft und Reha-Praxis mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Bewegungstherapie im Rahmen der Rehabilitation.

Für die **portofreie Rücksendung** liegt ein adressierter Rückumschlag bei. Wir bitten Sie, den Fragebogen bis zum **12.06.2015** zurückzusenden!

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

## Fragebereich A: Allgemeine Angaben

1. Kreuzen Sie bitte die Art Ihrer Rehabilitationseinrichtung an. Geben Sie ggf. das Verhältnis von stationären zu ambulanten Rehabilitanden/innen an.

- ausschließlich stationäre Rehabilitation
- ausschließlich ambulante Rehabilitation
- sowohl stationäre als auch ambulante Rehabilitation. Der Anteil der ambulanten Rehabilitanden/innen beträgt etwa \_\_\_\_\_ %

2. Kreuzen Sie bitte die strukturelle Einbindung der Bewegungstherapie in Ihrer Rehabilitationseinrichtung an:

- In unserer Einrichtung gibt es...
  - eine eigenständige bewegungstherapeutische Abteilung (beinhaltet Physiotherapie und Sport- und Bewegungstherapie für alle Rehabilitanden/innen der Einrichtung)
  - zwei eigenständige bewegungstherapeutische Abteilungen, die in Sport- und Bewegungstherapie sowie Physiotherapie getrennt sind
  - mehr als zwei bewegungstherapeutische Abteilungen z. B. getrennt nach Erkrankungsgruppen oder Aufgabenbereich
  - eine berufsgruppenübergreifende Therapieabteilung, in die Sport- und Bewegungstherapie und Physiotherapie neben anderen Therapiebereichen integriert sind
  - keine der genannten Organisationsformen, sondern:
    - \_\_\_\_\_
    - \_\_\_\_\_
    - \_\_\_\_\_

3. Benennen Sie hier bitte die bewegungstherapeutische/n Abteilung/en Ihrer Einrichtung. Nennen Sie zuerst die Abteilung/en, die Sie leiten!

• Name der bewegungstherapeutischen Abteilung/en, die Sie leiten:
• • •
• ggf. weitere einrichtungsinterne bewegungstherapeutische Abteilung/en:
• •

4. Wie viele Rehabilitanden/innen werden in einer „durchschnittlichen“ Woche in Ihrer/n bewegungstherapeutischen Abteilung/en versorgt?

Etwas \_\_\_\_\_ Rehabilitanden/innen pro Woche

5. Wie viel Prozent der Rehabilitanden/innen in Ihrer/n Abteilung/en sind Anschlussrehabilitations-(AHB)-Patient/innen?

## Anhang 1: Fragebogen

Etwa \_\_\_\_\_% aller Rehabilitanden/innen

- 
- 6. Welche Berufsgruppen arbeiten in Ihrer/n bewegungstherapeutischen Abteilung/en? Geben Sie hierfür bitte die vorhandenen Personalstellenanteile je Berufsgruppe an!** (Teilzeitstellen bitte mit z. B. 0,5 o.ä. kennzeichnen!)

Berufsgruppe	Personalstellenanteile
• <i>Beispiel: Tanztherapeut/in</i>	• 1,5
• Physiotherapeut/in mit Hochschulabschluss (Bachelor, Master)	• ,
• Physiotherapeut/in mit staatlicher Anerkennung	• ,
• Sportlehrer/in oder Sportwissenschaftler/in mit Hochschulabschluss (Diplom, Magister, Bachelor, Master, Lehramt)	• ,
• Sport- und Gymnastiklehrer/in, Sportlehrer/in mit staatlicher Anerkennung	• ,
• Motologe/in; Motopäde/in	• ,
• Andere:	• ,
• Andere:	• ,
• Andere:	• ,

- 
- 7. Nennen Sie bitte Ihren persönlichen Berufs- oder Studienabschluss und ggf. relevante Zusatzqualifikationen für die Rehabilitation!**

•
---

- 8. Geben Sie bitte zuerst den ungefähren Anteil der nachfolgend genannten Erkrankungsgruppen gemessen an allen Rehabilitanden/innen in Ihrer/n Abteilung/en an (Mehrfachnennung möglich)?**

**Welchem Altersbereich gehören die meisten Rehabilitanden/innen an?**

Erkrankungsgruppen	Anteil der Rehabilitanden/innen	Altersbereich der Rehabilitanden/innen (z. B. 60-70 Jahre)
• Kardiologie, Angiologie, Hämatologie	• ca. • %	• Jahre
• Orthopädie, Traumatologie	• ca. • %	• Jahre
• Rheumatologie	• ca. • %	• Jahre
• Endokrinologie, Diabetologie (Stoffwechselerkrankungen)	• ca. • %	• Jahre
• Gastroenterologie	• ca. • %	• Jahre

## Anhang 1: Fragebogen

• Neurologie, Neuropsychologie	• ca.	• %	• Jahre
• Pneumologie	• ca.	• %	• Jahre
• Onkologie	• ca.	• %	• Jahre
• Geriatrie	• ca.	• %	• Jahre
• Psychosomatik/Psychiatrie	• ca.	• %	• Jahre
• Andere:	• ca.	• %	• Jahre
• Andere:	• ca.	• %	• Jahre

### Fragebereich B: Therapieziele, -inhalte und -steuerung

Im folgenden Abschnitt möchten wir Aspekte zum bewegungstherapeutischen Konzept detaillierter erfassen. Deshalb beziehen sich die folgenden Fragen auf Rehabilitanden/innen mit einer spezifischen Haupterkrankung, die in Ihrer/n Abteilung/en am häufigsten oder sehr häufig therapiert wird.

- 9. Nennen Sie bitte eine typische dominante bzw. sehr häufige, spezifische Erkrankung (z. B. Asthma bronchiale, Diabetes Typ 2, Schlaganfall in Phase D), die in Ihrer/n bewegungstherapeutischen Abteilung/en versorgt wird. Sollten mehrere Erkrankungsarten sehr häufig sein, entscheiden Sie sich bitte für eine!**

<b>Spezifische Haupterkrankung:</b>

- 
- 10. Wie lange befinden sich die Rehabilitanden/innen mit dieser Haupterkrankung durchschnittlich in Ihrer/n bewegungstherapeutischen Abteilung/en?**
- \_\_\_\_\_ Wochen
  -

<p><b>Achtung:</b></p> <p>Bitte beziehen Sie die nachfolgenden Fragen Nr. 11-28 auf Personen mit der von Ihnen genannten Haupterkrankung.</p> <p>Diese Fragen sind nach der Nr. zusätzlich mit einem * markiert!</p>
--

## Anhang 1: Fragebogen

<b>11.*Welche Problemlagen finden sich bei Rehabilitanden/innen mit genannter Haupterkrankung in Ihrer/n bewegungstherapeutischen Abteilung/en?</b>	a) Häufigkeit der Problemlage?					b) Beeinflussbarkeit der Problemlage durch Ihre Bewegungstherapie?				
Die nachfolgende Tabelle benennt Problemlagen, die bei Rehabilitanden/innen auftreten können. a) Wie häufig treten diese Problemlagen bei Ihrer genannten Haupterkrankung auf? a) Schätzen Sie bitte danach ein, wie gut Sie diese Problemlagen durch Ihre Bewegungstherapie beeinflussen können	sehr häufig	häufig	manchmal	selten	kann ich nicht beurteilen	sehr hoch	hoch	mittel/moderat	gering	kann ich nicht beurteilen
<b>Problemlagen</b>	1	2	3	4	x	1	2	3	4	x
Funktionen des Herz-Kreislaufsystems stark eingeschränkt (z. B. kardiale Belastbarkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Funktionen des Bewegungsapparats stark eingeschränkt (z. B. muskuläre Defizite; Beweglichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defizite bei motorischen Basisfertigkeiten zur Bewältigung des Alltags	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelnde motorische Fertigkeiten für die Ausführung gesundheitssportlicher Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme, körperliche Anforderungen am Arbeitsplatz zu bewältigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen bei Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mattigkeit, Fatigue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körper- und Bewegungswahrnehmung stark eingeschränkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unsicherheit/Ängste bzgl. eigener Bewegung und körperlicher Belastbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelnde Kenntnisse für die eigenständige Durchführung körperlich-sportlicher Aktivität (z. B. Bewegungstechniken, Belastungsdosierung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelnde Motivation für regelmäßige körperlich-sportliche Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelnde Vorstellung über konkrete Umsetzung regelmäßiger körperlich-sportlicher Aktivität im Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressive Symptomatik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohe Wahrnehmung von Barrieren, die eine Weiterführung körperlich Aktivität im Alltag behindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mangelnde Freude an Bewegung, Bewegung ist emotional negativ „besetzt“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingeschränkte soziale Kompetenz, z. B. mangelnde Kooperations- oder Kommunikationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme im Umgang mit Stress und psychischen Anforderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bitte nennen Sie ggf. weitere zentrale Problemlagen aus Ihrer Sicht!</b>										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

•  
**12.\*Wie erfolgt in der Regel die Rehabilitation für eine Person mit der genannten  
 Haupterkrankung?**

als stationäre Reha	als ambulante Reha
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
als Anschlussrehabilitation (AHB)	nicht als Anschlussrehabilitation (AHB)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

•  
**13.\*Wie werden bewegungstherapeutische Ziele festgelegt?**

• <b>Bewegungstherapeutische Ziele...</b>	• <small>sehr häufig</small>	• <small>häufig</small>	• <small>manchmal</small>	• <small>selten</small>
...werden individuell auf den Einzelfall bezogen festgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...werden global auf die Erkrankung bezogen festgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...werden durch die verordneten Ärzte/Ärztinnen festgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...werden durch die Bewegungstherapeuten/innen festgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...werden im interdisziplinären Austausch gemeinsam im Reha-Team festgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...werden so festgelegt, dass persönliche Erwartungen und Wünsche der Rehabilitanden/innen berücksichtigt werden können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...werden durch die Rehabilitanden/innen festgelegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...werden mit dem/der einzelnen Rehabilitanden/in mündlich besprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...werden mit dem/der einzelnen Rehabilitanden/in schriftlich vereinbart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...werden allgemein im Gruppengespräch mit den Rehabilitanden/innen besprochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...werden mit dem/der einzelnen Rehabilitanden/in innerhalb des Gruppengesprächs schriftlich vereinbart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

•

Anhang 1: Fragebogen

14. *Tragen Sie bitte in die nebenstehende Liste (A bis N) die wichtigsten <u>gruppentherapeutischen</u> Leistungen ein, die Personen mit Ihrer genannten Haupterkrankung üblicherweise in Ihrer/n <ul style="list-style-type: none"> <li>• bewegungstherapeutischen Abteilung/en erhalten! Bitte nutzen Sie den einrichtungsinternen Sprachgebrauch!</li> </ul> 15.*Bitte beantworten Sie nun die nachfolgenden Fragen für jede der gerade eingetragenen therapeutischen Leistungen (A bis N)!		BEISPIEL: Aqua-Cycling	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
			15.a *Wie viele Therapieeinheiten erhält die Person durchschnittlich pro Woche?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
15.b *Wie lange dauert eine Therapieeinheit (in Minuten)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.c *Ist die Therapie standardisiert, d. h. der Ablauf der Einheiten (Inhalte/Methoden) ist fest vorgegeben?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.d *Wie ist die inhaltliche Ausrichtung der Therapie?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang 1: Fragebogen

<p>16.* Tragen Sie bitte in die nebenstehende Liste <b>(A bis N)</b> die wichtigsten <u>einzeltherapeutischen</u> Leistungen ein, die Personen mit Ihrer genannten Haupterkrankung üblicherweise in Ihrer/n bewegungstherapeutischen Abteilung/en erhalten! Bitte nutzen Sie den einrichtungsinternen Sprachgebrauch!</p> <p>17.*Bitte beantworten Sie nun die nachfolgenden Fragen für jede der gerade eingetragenen therapeutischen Leistungen (A bis N!)</p>		BEISPIEL: Einführung MTT	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
17.a *Wie viele Therapieeinheiten erhält die Person durchschnittlich pro Woche?	weniger als 1 x/Woche	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
	1 x/Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2-3 x/Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	mehr als 3 x/Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.b *Wie lange dauert eine Therapieeinheit (in Minuten)?	10-20'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21-45'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	länger als 45'	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
17.c *Ist die Therapie standardisiert, d.h. der Ablauf der Einheiten (Inhalte/Methoden) ist fest vorgegeben?	komplett standardisiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	einzelne Teile sind standardisiert	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
	keine Standardisierung (Therapeut/in ist frei bei inhaltlich-methodischer Gestaltung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.d *Wie ist die inhaltliche Ausrichtung der Therapie?	Fokus auf Bewegungspraxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fokus auf Wissensvermittlung/Schulung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
	Fokus auf Verknüpfung von Bewegungspraxis und Schulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anhang 1 Fragebogen

18. \* Die nachfolgende Tabelle benennt spezifische Inhalte, die im Rahmen der Bewegungstherapie von unterschiedlicher Bedeutung sein können und in verschiedener Form umgesetzt werden können. Bitte geben Sie für jeden Inhalt an, a) welche Bedeutung dieser im Rahmen Ihrer Bewegungstherapie für die von Ihnen genannte Haupterkrankung hat und b) in welcher Form Sie die Inhalte umsetzen!

Inhalte	a) Welche Bedeutung hat dieser Inhalt für Ihre Bewegungstherapie?						b) Falls Sie diesen Inhalt umsetzen, in welcher Form geschieht dies? (Mehrfachnennung möglich)					
	Ist kaum Bestandteil unserer Therapie			Ist wichtigster Bestandteil unserer Therapie			Vortrag	Gruppendiskussion	Einzelgespräch	In die Praxis integriert	Mit Material für Therapeuten, z. B. Poster/Präsentationen	Mit Material für Teilnehmer, z. B. Arbeitsblatt/...
	1	2	3	4	5	6						
Teilnehmer/innen (TN) erhalten Informationen zu Gesundheitseffekten von Bewegung/Training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TN werden vielfältige Übungsformen und sportliche Techniken für gesundheitssportliche Aktivitäten vermittelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TN lernen, ihre Trainingsbelastung selbständig zu dosieren und zu steuern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TN werden spezifisch angeleitet, ihren Körper besser wahrzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TN werden auf Bewegungsanforderungen im beruflichen Alltag spezifisch vorbereitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TN werden mit Bewegungsempfehlungen vertraut gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TN erhalten konkrete Anregungen, wo und wie sie nach der Reha weiterhin körperlich aktiv bleiben können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TN bewerten emotionale Zustände in Verbindung mit körperlicher Aktivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TN erleben Gruppendynamik und soziales Eingebundensein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TN werden dazu angeleitet, Pläne zur Weiterführung körperlicher Aktivität am Wohnort schriftlich zu erstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Messverfahren, Tests und Befragungen

### Achtung:

Bitte beziehen Sie die nachfolgenden Fragen immer noch auf Personen mit der von Ihnen genannten Haupterkrankung (Frage 9)!

In diesem Teil des Fragebogens interessiert uns, welche Informationen Sie in Bezug auf die Bewegungstherapie über den/die Rehabilitand/in einholen, z. B. mit Messverfahren, Tests, Fragebögen oder in einem (Aufnahme-) Gespräch.

**19. \*Werden in Ihrer/n Abteilung/en Messverfahren, Tests, Fragebögen oder Einzelgespräche zur Informationseinholung innerhalb der Bewegungstherapie eingesetzt?**

- Nein → weiter mit Frage 27
- Ja

•

**20. \*Wenn ja, für welche der folgenden Zwecke und wie häufig werden die Messverfahren, Tests oder Fragebögen verwendet?**

Zweck	Ja, standardmäßig	Ja, häufig	Ja, selten	Nein
Formulierung von Therapiezielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswahl von Inhalten der Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anpassung der Trainingsdosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feedback für die Rehabilitanden/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überprüfung der Wirkung der Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Zweck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer Zweck:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

•

- Nun möchten wir die eingesetzten Verfahren genauer erfragen:

**21. \* Werden in Ihrer/n Abteilung/en körperliche Funktionstest durchgeführt?**

- Nein → weiter mit Frage 23
- Ja

**22. \*Falls ja, nennen Sie bitte zuerst die am häufigsten getesteten Merkmale und welche Verfahren dafür eingesetzt werden. Schätzen Sie bitte danach ab, wie viel Prozent der Rehabilitanden/innen dies betrifft:**

Was wird getestet? (z. B. Kraft untere Extremität)	/	Mit welchem Test? (z. B. eigene Testbatterie mit 4 Tests)	Ungefährer Anteil der getesteten Rehabilitanden/innen in %
	/		ca. %

**23. \*Werden in Ihrer/n Abteilung/en Fragebögen, standardisierte Fragen oder Skalen zur Erfassung von z. B. Einstellungen, körperlicher Aktivität, Lebensqualität o.ä. eingesetzt?**

- Nein → weiter mit Frage 25
- Ja

**24. \*Falls ja, nennen Sie bitte zuerst die am häufigsten getesteten Merkmale und welche Verfahren dafür eingesetzt werden. Schätzen Sie bitte danach ab, wie viel Prozent der Rehabilitanden/innen dies betrifft:**

Was wird getestet? (z. B. Lebensqualität)	/	Mit welchem Test? (z. B. SF 36, visuelle Analog-Skala)	Ungefährer Anteil der getesteten Rehabilitanden/innen in %
	/		ca. %



## Fragebereich C: Therapieplanung

### **Achtung:**

Bitte beziehen Sie sich ab jetzt wieder auf alle Rehabilitanden/innen, die in Ihrer bewegungstherapeutischen Abteilung/en versorgt werden!

### **Indikationsstellung und Zuweisung zur Bewegungstherapie**

**29. Es gibt verschiedene organisatorische Möglichkeiten, innerhalb der Bewegungstherapie auf unterschiedliche Voraussetzungen der Rehabilitanden/innen einzugehen. Wir denken hier z. B. an:**

- spezifische Programme für Menschen mit speziellen Problemlagen wie Herzinsuffizienz, Mammakarzinom o.ä.,
  - Differenzierung nach z. B. Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund etc.
  - Unterschiedliche Therapiefade in Abhängigkeit von z. B. Funktions- oder Leistungsfähigkeit oder Motivationslage etc.
- Gibt es in Ihrer Einrichtung solche Programme bzw. Therapiefade für ausgewählte Zielgruppen?**
- Nein → weiter mit Frage 31
  - Ja

**30. Falls ja, nennen Sie bitte kurz die bei Ihnen vorhandenen Programme, Therapiefade oder Differenzierungen und auf welchen unterschiedlichen Voraussetzungen diese basieren:**

Programme, Therapiefade oder Differenzierungen:

*Hinweis: Wir würden uns freuen, wenn Sie uns die von Ihnen verwendeten bewegungstherapeutischen Programme oder Therapiefade für Detailanalysen zur Verfügung stellen würden. Dazu liegt in der Anlage ein „Formular zur Kontaktaufnahme“ bereit (vgl. dazu auch den Hinweis auf der letzten Seite).*

**31. Welches sind die Zugangswege zu bewegungstherapeutischen Leistungen in Ihrer/n Abteilung/en?**

<b>• Zugangswege</b>	<b>• sehr häufig</b>	<b>• häufig</b>	<b>• manchmal</b>	<b>• selten</b>
Arzt/Ärztin verordnet Art und Anzahl der bewegungstherapeutischen Leistungen für die Rehabilitanden/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt/Ärztin weist Rehabilitanden/innen den vorliegenden bewegungstherapeutischen Programmen oder Therapie-pfaden (wie oben beschrieben) zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzt/Ärztin verordnet Bewegungstherapie, die Zuweisung auf die einzelnen Therapieformen erfolgt durch die Bewegungstherapeuten/innen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Zugangswege:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**32. Welche Prozesse der Therapieplanung und -steuerung sind schriftlich niedergelegt bzw. liegen manualisiert vor, so dass sie z. B. neuen Mitarbeiter/innen zur Einarbeitung zur Verfügung gestellt werden können?**

<b>Prozesse</b>	<b>Ja, vollständig</b>	<b>Ja, teilweise</b>	<b>Nein</b>
Durchführung von Mess- und Testverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dokumentation der Mess- und Testverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapiezuweisung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieablauf und -inhalte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einsatz von Methoden/Medien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapieverlaufskontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergebniskontrolle, Messung des Therapieerfolgs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

•

## Teambesprechungen und Reha-Team

**33. Finden innerhalb Ihrer bewegungstherapeutischen Abteilung/en regelmäßige Teambesprechungen statt (d. h. mindestens ca. 1x/Monat)?**

- Nein → weiter mit Frage 36  
 Ja

**34. Falls ja, wie regelmäßig finden die Teambesprechungen statt?**

mindestens 1x wöchentlich	alle zwei Wochen	ca. 1x monatlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

•

**35. Wie oft werden folgende Punkte in den Teambesprechungen thematisiert?**

Themen	selten	manchmal	häufig	(fast) immer
Fallbesprechungen und Abstimmung des individuellen Therapieprozesses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information/Austausch der Ergebnisse eingesetzter Tests/Messverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weiterentwicklung des bewegungstherapeutischen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatorisches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**36. Finden über die internen Teambesprechungen hinaus berufsgruppenübergreifende Besprechungen im Reha-Team regelmäßig statt?**

- Nein → weiter mit Frage 38  
 Ja

•

**37. Falls ja, wie regelmäßig finden berufsgruppenübergreifende Besprechungen statt?**

mindestens 1x wöchentlich	alle zwei Wochen	ca. 1x monatlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

•

**38. Die nachfolgenden Fragen betreffen die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im gesamten Rehabilitationsteam. Bitte kreuzen Sie für jede der nachfolgenden Aussage an, inwieweit diese zutrifft!**

<b>Zusammenarbeit</b>	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft eher zu	Trifft völlig zu	Kann ich nicht beurteilen
Die Behandler/innen arbeiten Hand in Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abspraken zwischen den Behandlern/innen untereinander funktionieren gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die einzelnen Behandlungen sind gut aufeinander abgestimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Kommunikation im Team funktioniert gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die einzelnen Teammitglieder gehen respektvoll miteinander um	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Klinik herrscht insgesamt ein freundliches Klima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 39. Anmerkungen

- Sie haben das Gefühl, dass einige Aspekte Ihrer Therapie zu wenig Raum in diesem Fragebogen gefunden haben? Oder möchten Sie noch etwas zu diesem Fragebogen anmerken? Dann haben Sie hier die Möglichkeit:

## Vielen Dank!

- Bitte prüfen Sie noch einmal, ob Sie alle Fragen beantwortet haben; je umfassender Sie antworten, desto aussagekräftiger wird die Erhebung. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

- 

- **Wir sind an einer möglichst detaillierten Beschreibung von bewegungstherapeutischen Programmen in der Rehabilitationspraxis interessiert mit dem mittelfristigen Ziel einer Weiterentwicklung der Bewegungstherapie im Austausch zwischen Wissenschaft und Rehabilitationspraxis.**

- 

- **Wir würden uns freuen, wenn Sie uns die von Ihnen verwendeten bewegungstherapeutischen Konzepte, Manuale oder Informationsmaterial für Detailanalysen zur Verfügung stellen würden. Wir bitten Sie daher, Sie diesbezüglich kontaktieren zu dürfen.**

- 

- **Dazu senden Sie bitte das „Formular zur Kontaktaufnahme“ getrennt vom Fragebogen per Fax, E-Mail oder per Post zurück. Eine Weitergabe der Dokumente an Dritte erfolgt nicht.**

## Anhang 2 Übersicht Dokumente

### Anhang 2

Übersicht über zurückgesandte Dokumente aus den Reha-Einrichtungen (n = 92)

Merkmal	Anzahl/Anteil	
Anzahl Reha-Einrichtungen	92	
Erkrankungsbereiche <sup>1</sup>		
Orthopädie	49	
Psychosomatik und Sucht	37	
Kardiologie	26	
Neurologie	18	
Onkologie	17	
Pneumologie	7	
Endokrinologie	5	
Anzahl Dokumente gesamt		1080
davon Trainingspläne	58	
davon Handouts (Wissensvermittlungen/ bebilderte Übungsanleitungen)	402	
davon bewegungstherapeutische Konzepte/ Leitlinien/Manuale	294	
davon Vorträge/Präsentationsunterlagen	56	
davon Formulare Befundung/Assessment/Tests/Dokumentation Rehaverlauf	163	
davon Dokumente für Organisation/Abläufe	72	
davon Dokumente für Qualitätsmanagement und allgemeine Einrichtungskonzepte	23	
davon nicht zuordenbar	12	
Anzahl Seiten gesamt		6084
Adressaten der 1080 Dokumente		
therapeutische Akteure (in %)	37	
Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (in %)	40	
Mischform (in %)	23	

<sup>1</sup>Anmerkung: In den meisten Reha-Einrichtungen wurden Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mehrerer Erkrankungsbereiche versorgt. Zudem gibt es erkrankungsübergreifende Dokumente, die nicht immer spezifisch einem Erkrankungsbereich zugeordnet werden. Aus diesen Gründen entsteht hier eine höhere Summe als für die Anzahl der Reha-Einrichtungen.