



Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



ABSCHLUSSBERICHT

„Praxisempfehlungen für die Optimierung der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation (PRO-BT)“

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund

Laufzeit: 10/2022 – 12/2024

Prof. Dr. Klaus Pfeifer (Projektleitung Erlangen)

Prof. Dr. Gorden Sudeck (Projektleitung Tübingen)

PD Dr. Wolfgang Geidl

Andrés Jung, M.Sc. PT

Leon Matting, M.Sc. Sportwiss.

März 2025

Abschlussbericht gemäß Nr. 7.2 der Nebenbestimmungen

Zuwendungsempfänger:

Prof. Dr. Klaus Pfeifer

Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Department für Sportwissenschaft und Sport

Lehrstuhl Bewegung und Gesundheit

Gebbertstraße 123b

91058 Erlangen

Tel. 09131-8528106

E-Mail: klaus.pfeifer@fau.de

Förderkennzeichen:

0422/40-64-50-87

Vorhabenbezeichnung:

„Praxisempfehlungen für die Optimierung der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation (PRO-BT)“

Laufzeit des Vorhabens:

01.10.2022 - 31.12.2024

Danksagung

Partizipative Forschungsansätze leben von dem Engagement und dem Input aller beteiligten Personen. Die Erarbeitung von *Praxisempfehlungen Bewegungsförderung* wurde erst durch die Mitarbeit einer Vielzahl von Personen möglich. Ein herzliches Dankeschön gilt deshalb allen, die die Umsetzung dieses Projektes mit ihrer Teilnahme erst ermöglicht haben!

Wir bedanken uns bei allen teilnehmenden Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten aus der Reha-Praxis, den Ärztinnen und Ärzten sowie den Psychologinnen und Psychologen, die sich in Projektteil 1 in die partizipative Erstellung der Praxisempfehlungen und in Projektteil 2 in die Erstellung und Durchführung der Bedarfsanalyse eingebracht haben. Ein besonderes Dankeschön geht an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der halbtägigen Entwicklungswshops, für ihre hochmotivierte Teilnahme, ihre Offenheit und ihre kritisch-konstruktiven Diskussionsbeiträge.

Herzlichen Dank an Anna Brandmeier, Eva Grüne, Jörg Heimsoth, Eva Lorenz, Stephan Kinkel, Matthias Limbach, Johanna Popp, Julian Resch, Stephanie Rosenstiel, André Schuber, Thomas Sommer und René Streber für ihre Unterstützung bei der Erstellung der Hintergrundtexte.

Unser Dank gilt zudem Marie Hössl (Universität Erlangen-Nürnberg) sowie Florian Langhirt (Universität Tübingen), die als studentische bzw. wissenschaftliche Hilfskräfte das Projekt unterstützt haben.

Wir bedanken uns bei der AG Bewegungstherapie der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW), dem Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS) sowie dem Zentrum Patientenschulung e.V. (ZEPG) für die wertvolle wissenschaftliche Begleitung und Beratung über den gesamten Projektzeitraum.

Wir danken der Deutschen Rentenversicherung Bund für die finanzielle Förderung des Vorhabens. Ein Dankeschön an Marco Streibelt, Daniela Sewöster, Lukas Born und Ulrike Worringen für ihre Perspektiven zu den möglichen Konsequenzen und nächsten Schritten und an Eva Volke für die Zusammenarbeit und Unterstützung seitens der Deutschen Rentenversicherung Bund bei der Umsetzung des Projektes.

Inhaltsverzeichnis

1. Ziele und Fragestellungen	1
2. Forschungsstand	6
3. Methodik	9
3.1 Arbeitspaket A1 – Evidenzupdate Bewegungsförderliche Bewegungstherapie	10
3.1.1 Sichtung nationaler Leitlinien und Praxisempfehlungen	10
3.1.2 Scoping Review zur Identifizierung von Konzepten zur Bewegungsförderung	10
3.1.3 Overview of Reviews	11
3.1.4 Projektergebnisse BewegtheReha.....	12
3.2 Arbeitspaket A2 – Formulierung der ersten Entwurfsfassung der Praxisempfehlungen	12
3.3 Arbeitspaket A3 – Fokusgruppen zur Abstimmung der Entwurfsfassung mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.....	13
3.4 Arbeitspaket A4 – Konsentierung der Praxisempfehlungen und Erarbeitung einer Konsultationsfassung	13
3.5 Arbeitspaket A5 – Abstimmung der Konsultationsfassung	14
3.6 Arbeitspaket A6 – Revision und finale Konsentierung der Praxisempfehlungen	15
3.7 Arbeitspaket B1 – Partizipative Erstellung einer Bedarfsanalyse zu Anforderungen einer erfolgreichen Dissemination und Implementierung der Praxisempfehlungen	15
3.8 Arbeitspaket B2 – Durchführung und Auswertung der Bedarfsanalyse.....	16
4. Projektverlauf.....	17
4.1 Planung und Ablauf des Vorhabens	17
4.2 Studienprotokolle.....	17
4.3 Ausgabenplanung und Zeitplanung.....	17
5. Ergebnisse.....	19
5.1 Arbeitspaket A1 – Evidenz-Update Bewegungsförderliche Bewegungstherapie	19

5.1.1	Nationale Dokumente	19
5.1.2	Scoping Review zur Identifizierung von Konzepten zur Bewegungsförderung 19	
5.1.3	Overview of Reviews	21
5.2	Arbeitspaket – A2 Formulierung der ersten Entwurfsfassung der Praxisempfehlungen	22
5.3	Arbeitspaket – A3 Fokusgruppen zur Abstimmung der Entwurfsfassung mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.....	24
5.4	Arbeitspaket A4 – Konsentierung der Praxisempfehlungen und Erarbeitung einer Konsultationsfassung	26
5.4.1	Konsultationsworkshop	26
5.4.2	Schriftliche Kommentierung	28
5.4.3	Konsentierungsworkshop	30
5.5	Arbeitspaket A5 – Abstimmung der Konsultationsfassung	32
5.6	Arbeitspaket A6 – Revision und finale Konsentierung der Praxisempfehlungen 36	
5.8	Arbeitspaket B2 – Durchführung und Auswertung der Bedarfsanalyse.....	38
5.8.1	Expertinnen- und Experten-Workshop im Rahmen des Arbeitspakets B2:42	
6.	Diskussion	44
6.1	Relevanz und Nutzen für die Versorgungs-Praxis.....	45
6.2	Gesundheitsökonomische Evaluation	47
6.3	Überlegungen und Vorbereitungen zur Umsetzung der Ergebnisse (Praxis-transfer).....	48
	Liste der projektbezogenen Publikationen und Präsentationen	49
	Literatur	51
	Anhang	54

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Zentrale Diskussionspunkte sortiert nach den vier übergeordneten Themenbereichen der Praxisempfehlungen – Arbeitspaket A2	23
Tabelle 2 Bewertungen der Entwurfsfassung der Praxisempfehlungen beim Experten- und Expertinnen-Workshop	27
Tabelle 3 Zentrale Diskussionspunkte sortiert nach den vier übergeordneten Themenbereichen der Praxisempfehlungen – Arbeitspaket A4	28
Tabelle 4 Ergebnisse des schriftlichen Kommentierungsprozesses	29
Tabelle 5 Ergebnisse der finalen Abstimmung zur Konsultationsfassung der Praxisempfehlungen	30

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufplan der Arbeitspakete (mit den geplanten Umsetzungsmonaten in Klammern)	9
Abbildung 2 Struktur der Praxisempfehlungen.....	31
Abbildung 3 Ergebnisse der Zustimmungsraten pro Praxisempfehlung	32
Abbildung 4 Ergebnisse der Bewertung der Vollständigkeit der Hintergrundtexte	33
Abbildung 5 Ergebnisse der Bewertung der Verständlichkeit der Hintergrundtexte	33
Abbildung 6 Ergebnisse des Nutzens der Hintergrundtexte.....	34
Abbildung 7 Übersicht zu den qualitativen Kommentaren zu den einzelnen Empfehlungen	35
Abbildung 8 Einschätzung des Unterstützungsbedarfs.....	39
Abbildung 9 Unterstützungsformen.....	40
Abbildung 10 Formate zur Verbreitung der Praxisempfehlungen	41
Abbildung 11 Barrieren und Förderfaktoren einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie.....	41

1. Ziele und Fragestellungen

Im Zentrum einer zeitgemäßen Sport- und Bewegungstherapie steht die Entwicklung individueller Kompetenzen für die Initiierung und Aufrechterhaltung eines körperlich aktiven Lebensstils (DRV, 2015). Elaborierte, biopsychosoziale Bewegungstherapiekonzepte unterstützen diese Kompetenzentwicklung (Dean et al., 2011; Geidl et al. 2014; Kunstler et al., 2019; Eisele et al., 2020). Sie befähigen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu eigenständiger gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität über den Rehabilitationsaufenthalt hinaus (McGrane et al., 2015) und leisten somit einen substanziellen Beitrag für langfristige Rehabilitationserfolge. Die Implementierung und Realisierung solcher bewegungsförderlichen Konzepte der Bewegungstherapie ist in der Praxis der medizinischen Rehabilitation in Deutschland aber bei weitem noch keine Selbstverständlichkeit, obwohl vorliegende Rahmenkonzepte und Reha-Therapiestandards bereits seit längerer Zeit darauf abzielen. Die Ergebnisse des von der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund geförderten Projekts „Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteursebene (BewegtheReha) zeigen vielmehr, dass in der aktuellen Praxis der Bewegungstherapie in der Rehabilitation ein hohes Maß an Heterogenität zu beobachten ist und elaborierte, biopsychosoziale Bewegungstherapiekonzepte nur in geringem Maße eingesetzt werden (Sudeck et al., 2020, Geidl et al., 2020, Geidl et al., 2022; Wais et al., 2021).

Die Ergebnisse des BewegtheReha-Projektes verdeutlichen, dass wichtige Voraussetzungen für die anspruchsvolle Aufgabe der Umsetzung von biopsychosozialen Bewegungstherapie-Konzepten nicht ausreichend gegeben sind. Die Projektergebnisse deuten *erstens* auf einen verstärkten Bedarf für die Vermittlung relevanter Kompetenzen derjenigen Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten hin, die sowohl die grundsätzliche konzeptionelle Ausrichtung der Bewegungstherapie innerhalb ihrer Reha-Einrichtung gestalten und verantworten als auch die alltägliche bewegungstherapeutische Praxis vollziehen. Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten benötigen in diesem Zusammenhang vielfältiges Wissen (z.B. in Bezug auf aktuelle evidenzbasierte Konzepte und erfolgversprechende methodisch-didaktische Interventionsformen), umfassende Fertigkeiten (z.B. Techniken einer patientinnen- bzw. patientenzentrierten Gesprächsführung) und Fähigkeiten (z.B. intra- und interprofessionelle Kommunikationsfähigkeiten). Damit in Verbindung steht

zweitens ein offenkundiger Mangel mit Blick auf optimale Bedingungen zur Dissemination von theoretisch fundierten und evidenzbasierten Konzepten der Bewegungstherapie. So sind gut aufbereitete Informationen zu evidenzbasierten Interventionen und Assessments noch zu selten für Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten in einer Weise zugänglich, dass sie effektiv für die einrichtungsspezifische Weiterentwicklung und alltägliche therapeutische Praxis genutzt werden könnten. Zudem erscheint ihre Verbreitung zu Aus-, Fort- und Weiterbildungszwecken noch ausbaufähig (DGRW-AG Bewegungstherapie, 2021). Es stellt sich deshalb für eine ausdifferenzierte, biopsychosoziale Bewegungstherapie insgesamt ein hoher Bedarf für eine Verbesserung der Rahmenbedingungen dar, die den Aufbau und die Weiterentwicklung therapeutischer Kompetenzen im Sinne eines lebenslangen (beruflichen) Lernens begünstigen. Ein zentraler Aspekt ist dabei der bisherige Mangel an konkreten Praxisempfehlungen für den Bereich der Bewegungstherapie. Im Gegensatz zu den Bereichen der psychologischen Interventionen (z.B. Reese & Mittag, 2013, Reese et al., 2017), der Ernährungstherapie (Deutsche Rentenversicherung, 2020) oder der Sozialen Arbeit (Deutsche Rentenversicherung, 2023, z.B. Lukaszczik et al., 2019) fehlt es derzeit also an einer praxisnahen Orientierung für eine evidenzbasierte Gestaltung von (bewegungsförderlicher) Bewegungstherapie, die von Seiten der Kostenträger inhaltliche Impulse für eine Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie unterstützen könnte (DGRW-AG Bewegungstherapie, 2021).

Es war deshalb die übergeordnete **Zielsetzung** des Projekts, evidenzbasierte, konsentierende Praxisempfehlungen für eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie zu erarbeiten. Parallel dazu sollte eine Bedarfsanalyse mit Reha-Akteuren sowie -Akteurinnen zur Fragestellung realisiert werden, in welchem Maße eine Online-Plattform die Implementierung und Realisierung der entwickelten Praxisempfehlungen zukünftig unterstützen kann.

Die erarbeiteten Praxisempfehlungen sollen den Klinikern und insbesondere den Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten Entscheidungshilfen bei der Planung, Umsetzung und Evaluation einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie geben. Die Praxisempfehlungen sollen dabei zentrale bewegungstherapeutische Kernprozesse (Werle et al., 2006, Geidl et al., 2022) berücksichtigen: Zuweisung; Assessment; Formulierung von Therapiezielen; Inhalte, Methoden und Medien; Arbeitsweise, Therapiedurchführung und Therapiekontrolle. Die Praxisempfehlungen sollen indikationsübergreifend formuliert sein, jedoch zentrale Problemlagen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unterscheiden

(z.B. reduzierte Fitness, bewegungsbezogene Unsicherheit und Ängste oder Vermeidungsüberzeugungen, geringe Motivation etc.), um eine gezielte Nutzung einzelner Therapieformen zu ermöglichen.

Der Begriff „Praxisempfehlungen“ steht für Handlungsempfehlungen, die nicht den Verbindlichkeitsgrad einer Leitlinie haben. Bei der Entwicklung der Praxisempfehlungen wurden aber zentrale Elemente von systematischen Leitlinienentwicklungen (Evidenzbasierung, Konsentierung) genutzt. In Anlehnung an die bisher für die medizinische Rehabilitation vorliegenden Praxisempfehlungen waren bei der Entwicklung folgende Qualitätsmerkmale handlungsleitend: die Empfehlungen sollen möglichst konkret sein; die Empfehlungen sollen theoriebasiert sein und auf der aktuellen Evidenz aufbauen; die Empfehlungen sollen praktikabel und struktur-konservativ (bezogene auf den aktuellen Personalschlüssel) umsetzbar sein; die Empfehlungen sollen durch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Rehabilitationspraktikerinnen und -praktikern (Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten, Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen) und Rehabilitandinnen und Rehabilitanden konsentiert sein. Forschungsmethodisch lag ein Fokus auf einem partizipativen, transdisziplinären Forschungs- und Entwicklungsansatz, der die Perspektive der Nutzerinnen und Nutzer von vorneherein einbezieht.

Die ergänzende Analyse für den Bedarf einer Online-Plattform zur Verbreitung und Nutzung der Praxisempfehlungen adressierte primär die leitenden Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sowie weitergehend das gesamte bewegungstherapeutische Team in der medizinischen Rehabilitation. Dabei war zu überprüfen, wie eine hohe Erreichung relevanter Akteure für die Praxisempfehlungen erzielt werden kann (Reach), welche Darstellungsmodalitäten präferiert werden und welche Faktoren eine spätere Nutzerinnen- und Nutzerfreundlichkeit (Usability) begünstigen und welche Barrieren für die Umsetzung der Praxisempfehlungen gesehen werden. Die Bedarfsanalyse zielte somit auf Erkenntnisse zur optimalen Verbreitung und effektiven Nutzung der Praxisempfehlungen und die Erarbeitung einer strukturierten Implementierungsstrategie.

Das Forschungsprojekt kann vorliegende Reha-Therapiestandards und evidenzbasierte Therapiemodule, welche primär Aussagen zum Therapieumfang und zu biopsychosozialen Zielen enthalten, substanziell erweitern und qualitativ hochwertige Therapieprozesse befördern. Die Praxisempfehlungen können dazu beitragen, nicht-zielführende Variation in der Praxis der Bewegungstherapie zu reduzieren und damit einen Beitrag leisten, die Konzept-

, Prozess- und Ergebnisqualität der Bewegungstherapie im Rahmen rehabilitativer Maßnahmen zu optimieren. Die Bedarfsanalyse für die Verbreitung der Praxisempfehlungen nimmt frühzeitig die optimalen Strategien für die Dissemination und Implementierung der Praxisempfehlungen in den Blick.

Die **Fragestellungen** des Projekts können entlang des anvisierten Forschungs- und Entwicklungsprozesses wie folgt skizziert werden:

Forschungsteil A: Entwicklung von evidenzbasierten, konsentierten Praxisempfehlungen für eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie

- Welche evidenzbasierten Konzepte, Interventionen und Leistungen der Bewegungstherapie mit Fokus auf das Ziel Bewegungsförderung gibt es nach den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen?
- Welche inhaltlichen Schwerpunktsetzungen (in Bezug auf den Status quo) ergeben sich daraus für die theoriebezogene sowie didaktisch-methodische Ausrichtung der Bewegungstherapie?
- Wie soll die Praxis der bewegungsförderlichen Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation optimalerweise gestaltet sein?

Forschungsteil B: Bedarfsanalyse bei Reha-Akteurinnen und Akteuren für eine optimale Dissemination und Implementierung der Praxisempfehlungen unter besonderer Berücksichtigung digitaler Informations- und Begleitangebote.

Angesichts der aktuellen Ausschreibung der DRV Bund für ein Projekt „Erstellung und Pflege einer Webseite zur Versorgung mit digitalen Informations- und Begleitangeboten aus der Rehaforschung“ stellte sich bei der Entwicklung von Praxisempfehlungen frühzeitig die Frage, welche Rolle solche digitalen Angebote für die Verbreitung und Nutzung spielen können. Im Zentrum des Forschungsteils B stand daher eine partizipative Identifikation relevanter Anforderungen für eine effektive Dissemination und Implementierung der Praxisempfehlung, wobei im Austausch zwischen Forschungsgruppe und Akteurinnen und Akteuren aus der Rehabilitationspraxis folgende Fragen bearbeitet wurden:

- Wie kann eine hohe Erreichung relevanter Akteurinnen und Akteuren für die Praxisempfehlungen aus Sicht der Reha-Akteurinnen und Akteuren erzielt werden (Reach) und welche Rolle kann dabei ein Online-Portal spielen?

Kapitel 1 – Ziele und Fragestellungen

- Welche Darstellungsmodalitäten der Praxisempfehlungen werden von Reha-Akteurinnen und Akteuren präferiert (u.a. papierbasiert und/oder web-basiert) und welche Faktoren begünstigen eine spätere Nutzerinnen- und Nutzerfreundlichkeit von (digital vermittelten) Praxisempfehlungen (Usability)?
- Welche gravierenden Barrieren für die Umsetzung der Praxisempfehlungen für die Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie werden von den Reha-Akteurinnen und Akteuren gesehen und welche edukativen Materialien zur Unterstützung des Wissenstransfers und der Wissensanwendung sollten die Verbreitung von Praxisempfehlungen begleiten? Diese Frage orientierte sich am Kriterium der wahrgenommenen Nützlichkeit (Utility) der Praxisempfehlungen sowie einer potenziellen Einbindung in ein Online-Portal.

2. Forschungsstand

Nationale wie internationale Bewegungsempfehlungen für Menschen mit chronischen, nicht-ansteckenden Erkrankungen verdeutlichen das erhebliche Potenzial gesundheitswirksamer Bewegung (Pfeifer & Geidl, 2017; Bull et al., 2020). Im Einklang dazu machen bewegungstherapeutische Leistungen einerseits den Großteil aller therapeutischen Leistungen in der medizinischen Rehabilitation aus. Sie stellen den größten zeitlichen Umfang der Therapieleistungen (durchschnittliche Dauer von 11,8 Stunden/Woche/Rehabilitandin bzw. Rehabilitand) und bilden den über alle Indikationsbereiche hinweg durchschnittlich größten zeitlichen Anteil an allen Leistungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (knapp 61 %; Brüggemann & Sewöster, 2018). Andererseits ist jedoch zu konstatieren, dass gerade bei Menschen mit chronischen, nicht-ansteckenden Erkrankungen weiterhin ein ausgeprägter Mangel an gesundheitswirksamer Bewegung besteht (Sudeck et al., 2021).

Nicht zuletzt vor diesem Hintergrund wird für die Bewegungstherapie eine biopsychosoziale Zugangsweise im Sinne der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) immer stärker in wissenschaftlichen Arbeiten zur Physiotherapie (Dean et al., 2011; Kunstler et al., 2019; Eisele et al., 2020) als auch der Sport-/Bewegungstherapie (z.B. Pfeifer et al., 2010) betont. Damit verbunden ist ein verstärktes Interesse an psychosozialen und verhaltensbezogenen Zielsetzungen der Bewegungstherapie insgesamt und eine Hervorhebung des Ziels, das Bewegungsverhalten nachhaltig positiv zu beeinflussen und entsprechende Inhalte und Methoden systematisch zu erarbeiten (vgl. z.B. AG Bewegungstherapie, 2009). Entsprechend adressieren zeitgemäße bewegungstherapeutische Konzepte vor allem die Befähigung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zur Initiierung und Aufrechterhaltung eines körperlich aktiven Lebensstils und dessen Nutzung zur Stärkung von Gesundheitsressourcen sowie zur Krankheitsbewältigung (Dean et al., 2011; Pfeifer et al., 2010). Erst wenn dies gelingt, können die kurz- und mittelfristig erzielbaren körperlichen und psychischen Gesundheitswirkungen aufrechterhalten und ein substanzieller Beitrag für langfristige Rehabilitationserfolge, wie die nachhaltige Teilhabe am Erwerbsleben, gesichert werden. In der Konsequenz bedeutet dies eine Weiterentwicklung von traditionell biomedizinisch geprägten (körper-)funktionsorientierten Trainingsansätzen hin zu elaborierten biopsychosozialen Therapiekonzepten (Dean et al., 2011; Kunstler et al., 2019; Eisele et al., 2020, Pfeifer et al. 2010, AG Bewegungstherapie 2009, DGRW-AG Bewegungstherapie 2021).

In der medizinischen Rehabilitation in Deutschland sind diese evidenzbasierten, biopsychosozialen Bewegungstherapiekonzepte bislang noch unzureichend umgesetzt (Geidl et al., 2022). Dies ist ein wesentliches Fazit des Projekts „Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteursebene (BewegtheReha)“. Das Projekt fußt auf einer bundesweiten Ermittlung zum Status quo der Bewegungstherapie innerhalb der Rehabilitation mit besonderem Fokus auf dem Thema Bewegungsförderung. Das gewählte methodische Vorgehen im Mixed-Method-Design führte die Einrichtungsperspektive mit der Perspektive von Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten zusammen und ermöglichte eine komplexe, facettenreiche Beschreibung des Status quo der bewegungstherapeutischen Praxis. Die Projektergebnisse haben verdeutlicht, dass Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie in Deutschland zwar als wichtiges Ziel genannt wird, bislang aber sehr heterogen umgesetzt wird (Geidl et al., 2019). Weniger als die Hälfte (45%) der bewegungstherapeutischen Abteilungen legen einen klar erkennbaren Schwerpunkt auf das Thema Bewegungsförderung (Sudeck et al., 2020). Evidenz- und theoriebasierte Konzepte der Bewegungsförderung sowie Techniken der Verhaltensänderung sind den Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten bislang wenig bekannt (Geidl et al., 2019). Manualisierte Bausteine der Bewegungstherapie sind eher die Ausnahme als die Regel, wobei vorhandene Manuale die bewegungstherapeutische Praxis bereits durchaus befruchten (Geidl et al., 2020). Aber auch mit Blick auf die Therapieplanung und -steuerung ist festzustellen, dass im Rahmen von Assessments und dem Aufnahmegespräch Bewegungsförderung nur eine rudimentäre Rolle spielt (Geidl et al., 2020).

Auf Basis der Projektergebnisse wurde in den analysierten bewegungstherapeutischen Themenfeldern insgesamt ein erhebliches Optimierungspotenzial identifiziert, und zwar sowohl auf Akteursebene (z.B. Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten von, sowie Austausch und Kommunikation zwischen therapeutischen Akteurinnen und Akteuren) als auch auf Einrichtungsebene (z.B. konzeptionelle Verortung des Themas Bewegungsförderung; klinischer Prozess der Entscheidungsfindung für zielgerichtete Bewegungsförderung; didaktisch-methodische Ansätze sowie Barrieren für Bewegungsförderung) (Geidl et al., 2022). Insbesondere verdeutlichen die Ergebnisse des BewegtheReha-Projekts den hohen Unterstützungsbedarf der Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten bei der Umsetzung und Implementierung entsprechender Konzepte für eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie. Dieser Unterstützungsbedarf besteht auch aufgrund des bisherigen

Mangels an evidenzbasierten Praxisempfehlungen für den Bereich der Bewegungstherapie, wohingegen Praxisempfehlungen für die Bereiche der psychologischen Interventionen (z.B. Reese & Mittag, 2013), der Ernährungstherapie (Deutsche Rentenversicherung, 2020) oder der Sozialen Arbeit (Deutsche Rentenversicherung, 2023; Lukaszczik et al., 2019) vorliegen.

Die aktuell verbesserungswürdige Situation im Bereich Bewegungstherapie dürfte in Verbindung mit einer über lange Zeit untergeordneten Rolle von Bewegungstherapie in der Reha-Forschung stehen, welche in einem deutlichen Missverhältnis zum Anteil der Bewegungstherapie in der Reha-Versorgung stand (AG Bewegungstherapie, 2009). Dabei ist – auch im internationalen Vergleich – eine späte Akademisierung der wissenschaftlichen Bezugsdisziplinen der therapeutischen Akteure (z.B. Sportwissenschaft und insbesondere Physiotherapie-Wissenschaft) zu berücksichtigen, was mit einer geringeren Akzeptanz und Nutzung wissenschaftlicher Erkenntnisse („Science Utilization“, Squires et al., 2011) einhergehen kann (Cachay & Thiel, 1999; Lehmann et al., 2016). Darauf aufbauend formuliert es auch die AG Bewegungstherapie der DGRW als zentrale Aufgabe für die Rehabilitationsforschung, systematisch auf die Dissemination und Nutzung von evidenzbasierten Inhalten und Methoden einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie hinzuwirken (DGRW-AG Bewegungstherapie, 2021).

3. Methodik

Das Projekt war in zwei Teile gegliedert (siehe Abbildung 1). Der primäre Forschungsteil A zielte auf die Entwicklung von evidenzbasierten und konsentierten Praxisempfehlungen für eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie. Dieser Forschungsteil war in sechs Arbeitspakete unterteilt. Forschungsteil B zielte auf die Bedarfsanalyse für eine optimale Dissemination und Implementierung der Praxisempfehlungen unter besonderer Berücksichtigung digitaler Informations- und Begleitangebote.

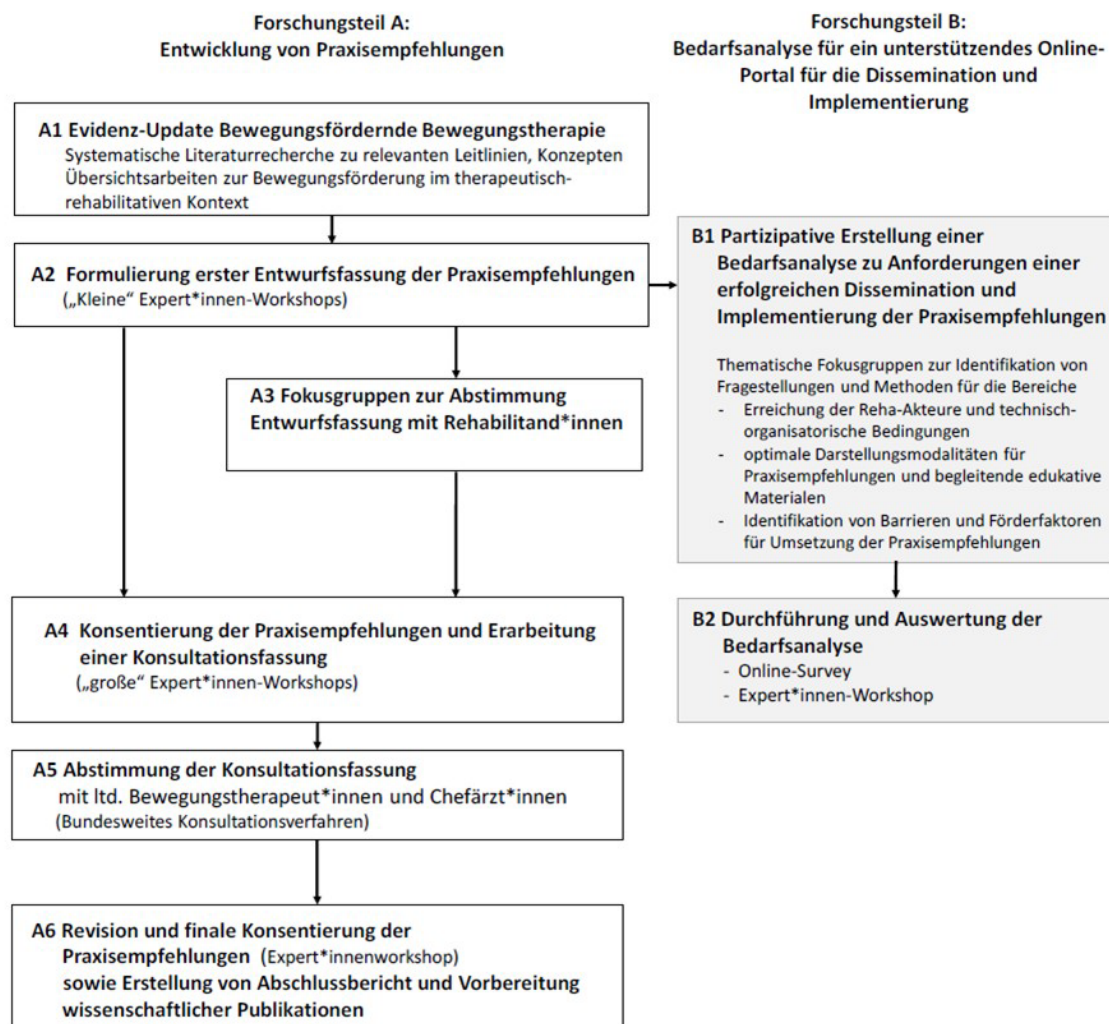


Abbildung 1: Ablaufplan der Arbeitspakete (mit den geplanten Umsetzungsmonaten in Klammern)

Die einzelnen Arbeitspakete und die darin verwendeten Methoden werden im Folgenden beschrieben.

3.1 Arbeitspaket A1 – Evidenzupdate Bewegungsförderliche Bewegungstherapie

Im Arbeitspaket (AP) A1 wurde eine Evidenzsynthese zum Thema Bewegungsförderliche Bewegungstherapie auf Basis dreier Teilstränge erstellt: eine Evidenzzusammenfassung nationaler Leitlinien bzw. Empfehlungen (AP A1.1), ein Scoping Review, welches relevante Konzepte zur Bewegungsförderung identifizierte (AP A1.2) und ein Overview of Reviews, um systematische Übersichtsarbeiten ausfindig zu machen, die die Effektivität von Bewegungstherapiekonzepten hinsichtlich Bewegungsförderung untersuchten (AP A1.3). Diese drei Stränge der Evidenzsynthese dienten – gemeinsam mit den spezifisch aufbereiteten Ergebnissen des Projekts „BewegtheReha“ (AP A1.4) –, als Ausgangsbasis für den ersten Entwurf von Praxisempfehlungen (AP A2). Folgend werden die angewandten Methoden in AP 1 kurz beschrieben.

3.1.1 Sichtung nationaler Leitlinien und Praxisempfehlungen

Die Analyse der nationalen Dokumente hinsichtlich Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie wurde mit den bestehenden Praxisempfehlungen aus dem Bereich der Rehabilitation (Psychologische Interventionen, Soziale Arbeit, Entspannungstherapie und Ernährungstherapie) und weiteren relevanten Leitlinien (Post-Covid, pädiatrische Onkologie, psychische Erkrankungen, Hypertonie, Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, Bandscheibenvorfälle), bei deren Formulierung der Deutsche Verband für Gesundheitssport und Bewegungstherapie mit beteiligt war (Baldus et al., 2022) durchgeführt. Die insgesamt zehn Dokumente (4 Praxisempfehlungen und 6 Leitlinien) wurden gesichtet und relevante Textstellen extrahiert. Diese Textstellen wurden nach dem kybernetischen Modell von Werle et al. (2006) den Handlungs- und Inhaltsbereichen des Therapieprozesses (Assessment, Therapieziele, Therapieinhalte, Therapiedurchführung, Therapiekontrolle) zugeordnet. Die Ergebnisse sind im weiteren Verlauf des Projektes in die Empfehlungsformulierung eingeflossen.

3.1.2 Scoping Review zur Identifizierung von Konzepten zur Bewegungsförderung

Diese Arbeit zielte darauf ab, einen umfassenden Überblick über bewegungsförderliche Konzepte in der Bewegungstherapie für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit nicht-übertragbaren Erkrankungen zu erhalten. Ausgangsbasis für die Suchstrategie des Scoping Reviews war die Suchstrategie des Scoping Reviews von Lowe et al. (2018). Diese Suchstrategie wurde im November und Dezember 2022 weiterentwickelt, getestet und optimiert.

Parallel dazu wurde das Studienprotokoll erstellt, das am 23. Dezember 2022 beim Open Science Framework (OSF) registriert wurde (doi: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/AXZSJ>).

Die erste Suche fand in den Datenbanken Pubmed, Scopus, Web of Science und PsycINFO am 8. Dezember 2022 statt, Updates der Suche erfolgten am 3. November 2023 und am 16. Oktober 2024. Jede identifizierte Publikation wurde unabhängig von zwei Personen überprüft. Zur Erleichterung des Screening Prozesses fand dabei die Web-App des Rayyan Computing Research Institute (QCRI) Anwendung. Aus den identifizierten und eingeschlossenen Veröffentlichungen wurden relevante Daten extrahiert und dabei einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Die Ergebnisextraktion erfolgte mittels kategorialer Zuordnungen (Mapping) durch eine induktiv-deduktive Inhaltsanalyse anhand der Software für qualitative Datenanalyse MAXQDA in Anlehnung an das kybernetische Therapiemodell von Werle et al. (2006). Die Inhaltsanalyse wurde durch zwei Personen durchgeführt und von zwei weiteren Personen auf Richtigkeit überprüft. Im Bereich der „Therapieinhalte“ innerhalb der therapeutischen Kernprozessen wurden u.a. die in den Konzepten verwendeten „Behavior Change Techniques (BCTs)“ (zu Deutsch: Verhaltensänderungstechniken) und „Physical Activity components“ (Komponenten der körperlichen Aktivität) extrahiert.

3.1.3 Overview of Reviews

Ziel dieser Übersichtsarbeit, war es die Evidenz aus systematischen Reviews über die Wirksamkeit von bewegungsförderlichen Therapiekonzepten in der Bewegungstherapie hinsichtlich der Steigerung der körperlichen Aktivität bei Personen mit nicht-übertragbaren Erkrankungen zusammenzufassen. Die Suchstrategie für das Overview of Reviews wurde im Dezember 2022 entwickelt, getestet und optimiert. Dabei wurden Empfehlungen des Cochrane Handbuchs berücksichtigt (Pollock et al., 2022). Zusätzlich wurde Herr Dr. Walde-mar Siemens (Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Evidenz in der Medizin; Cochrane Deutschland Stiftung) als Experte für Übersichtsarbeiten konsultierend in den Entwicklungsprozess einbezogen. Ein Studienprotokoll wurde am 21. Februar 2023 beim Open Science Framework (OSF) registriert (doi: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/JFGHM>). Die Datenbanken PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews, PsycINFO und Scopus wurden bis 28. Februar 2023 systematisch durchsucht. Es wurde nach systematischen Reviews gesucht, die die Wirksamkeit von bewegungsförderlichen Therapiekonzepten in der Physio- oder Bewegungstherapie zur Verbesserung der körperlichen Aktivität bei Personen mit nichtübertragbaren Erkrankungen untersuchten. Als Endpunkte wurden die von Patienten

und Patientinnen berichtete körperliche Aktivität (z.B. Tagebuch oder Fragebogen) und gerätegestützte Messungen der körperlichen Aktivität (z.B. Schrittzähler, Beschleunigungssensor) eingeschlossen. Die Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen systematischen Reviews erfolgte mit dem „AMSTAR 2 Instrument“ (Shea et al., 2017) und die Überlappung von Primärstudien wurde durch Berechnung des Überlappungsgrads (Englisch: „corrected covered area“ (CCA)) erfasst und analysiert. Die relevanten Daten aus diesen Veröffentlichungen wurden extrahiert und eine deskriptive und qualitative Synthese wurde in Anlehnung an den Empfehlungen des Cochrane-Handbuchs durchgeführt.

3.1.4 Projektergebnisse BewegtheReha

Eine erste spezifische Aufbereitung der Projektergebnisse aus BewegtheReha lag zu Projektbeginn bereits vor (Geidl et al., 2022). Die Ergebnisse waren so aufbereitet, dass die Optimierungspotenziale für eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation bzgl. der Handlungs- und Inhaltsbereich gemäß Werle et al. (2006) und mit Blick auf relevante Qualitätsdimensionen (z.B. Patientenorientierung) übersichtlich dargestellt sind (Geidl et al., 2022). Diese Aufbereitungen waren anschlussfähig an die Sichtung der nationalen Evidenz (A4.1.1), sowie der Ergebnisse aus dem Scoping Review (A4.1.2) und dem Overview of Reviews (A4.1.3). Bei den Aufbereitungen der nationalen Evidenz und dem Scoping-Review konnten die aus der Aufbereitung stammenden Kategorien somit für die deduktiven Inhaltsanalysen genutzt werden.

3.2 Arbeitspaket A2 – Formulierung der ersten Entwurfsfassung der Praxisempfehlungen

Arbeitspaket A2 zielte darauf ab, eine erste Fassung der Praxisempfehlungen zu entwickeln und dabei eine kleinere Gruppe relevanter Reha-Akteure und -Akteurinnen einzubeziehen. Vorbereitend wurden zunächst die Ergebnisse der Literaturrecherche aus A1 mit dem bereits erhobenen Status Quo zu Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie verglichen. Dies diente der Identifikation prioritärer Handlungsbedarfe in zentralen Kernprozessen der Bewegungstherapie. Anschließend wurde vom Forschungsteam eine erste Fassung der Praxisempfehlungen erarbeitet. Diese wurde in einem Expertinnen- und Expertenworkshop diskutiert und überarbeitet. Dabei wurden insbesondere inhaltliche Vollständigkeit, Praktikabilität und Umsetzbarkeit im Reha-Alltag berücksichtigt. Es wurden 20 Reha-Akteure und

-Akteurinnen eingeladen. Der gesamte Workshop wurde protokolliert und ein „Fotokoll“ der Diskussion angefertigt. Im Anschluss an den Workshop wurden die Ergebnisse zur Überarbeitung der Praxisempfehlungen genutzt und eine neue Entwurfsfassung erarbeitet (siehe AP A6.2).

3.3 Arbeitspaket A3 – Fokusgruppen zur Abstimmung der Entwurfsfassung mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Im Arbeitspaket A3 wurde die erste Entwurfsfassung der Praxisempfehlungen (aus AP A2) mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden abgestimmt. Dazu wurde in drei Rehabilitationskliniken je eine Fokusgruppe durchgeführt. Ziel war es, frühzeitig im Prozess die Einschätzungen und Verbesserungsvorschläge von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bezüglich der Passung zu deren Problemlagen und zur Praktikabilität einzuholen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für diese Fokusgruppen wurden als Gelegenheitsstichproben in drei Rehabilitationseinrichtungen (Rehabilitationszentrum Oldenburg, Rehafachzentrum Bad Füssing und Schwarzwaldkliniken Bad Krozingen) rekrutiert. Die Auswahl der Kliniken erfolgt über die durch bisherige Forschungsk Kooperationen bzw. über die AG Bewegungstherapie der DGRW bestehenden Kontakte. An jeder Fokusgruppe haben mindestens zwei Personen aus der Forschungsgruppe teilgenommen. Eine Person leitete die Fokusgruppe, während die zweite Person den Ablauf, die Gespräche und Kommentare dokumentierte. Ziel war es, die Einschätzung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden über die Eignung und Umsetzbarkeit der Praxisempfehlungen zu erhalten. Zu diesem Zweck wurde die Entwurfsfassung der Praxisempfehlungen in einer für Nicht-Reha-Akteure sowie -Akteurinnen verständlichen Sprache präsentiert und deren Konsequenzen für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dargestellt. Die teilnehmenden Personen gaben Feedback zu den Praxisempfehlungen und sprachen über ihre eigenen Erfahrungen aus den aktuell oder früher bereits besuchten Reha-Einrichtungen.

3.4 Arbeitspaket A4 – Konsentierung der Praxisempfehlungen und Erarbeitung einer Konsultationsfassung

Ziel des AP A4 war es, die aus AP A2 und AP A3 resultierende Entwurfsfassung der Praxisempfehlungen in einem weiteren Workshop mit einer erweiterten Gruppe relevanter Reha-Akteure sowie -Akteurinnen zu konsentieren. Diese Gruppe setzte sich aus Mitgliedern der Forschungsgruppe, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten aus

der Reha-Praxis (darunter sowohl Leitungspersonen als auch Fachkräfte ohne Leitungsfunktion), Ärztinnen/Ärzten sowie Psychologinnen/Psychologen zusammen. Die Personen aus der Bewegungstherapie wurden gezielt ausgewählt, um verschiedene konzeptionelle Ausrichtungen der Bewegungstherapie mit Bezug zur Bewegungsförderung abzubilden. Der gesamte Konsentierungsprozess umfasste drei Schritte: eine Präsenzveranstaltung zur Vorstellung und Diskussion der Entwurfsfassung, die Möglichkeit zur schriftlichen Kommentierung und Bewertung durch alle Expertinnen und Experten über ein Online-Formular sowie ein abschließendes Online-Treffen zur finalen Konsentierung der Praxisempfehlungen.

Für die Teilnahme an dem Konsentierungsworkshop wurden 38 Personen über die Kontakte der Forschungsgruppen, über die jeweiligen DGRW-Arbeitsgruppen sowie nach dem Schneeballprinzip angefragt, 19 sagten ihre Teilnahme zu. Teilnehmer und Teilnehmerinnen gaben Feedback zur sprachlichen Verständlichkeit und der Klarheit der Konsequenzen für die Praxis. Dazu wurde jede Praxisempfehlung zunächst einzeln vorgestellt und im Anschluss an die Vorstellung jeder einzelnen Praxisempfehlung erhielten alle Teilnehmenden einen Link und QR-Code für eine anonyme Mentimeter-Umfrage (<https://www.mentimeter.com/de-DE>), um die Verständlichkeit und Klarheit der Texte zu bewerten.

Im Anschluss an den Workshop wurden die Ergebnisse zur Überarbeitung der Praxisempfehlungen genutzt und es wurde eine neue Version der Entwurfsfassung erzeugt (siehe 6.4). Diese überarbeitete Version wurde anschließend im Rahmen einer schriftlichen Kommentierung (23. Januar 2024 bis 14. Februar 2024 via Online-Formular) ein weiteres Mal von den Reha-Akteuren sowie -Akteurinnen bewertet und mit Verbesserungsvorschlägen versehen.

Die Ergebnisse der schriftlichen Kommentierung wurden erneut für die Überarbeitung der Empfehlungen genutzt. In einem finalen Konsentierungsworkshop (online am 05. März 2024) wurde dann eine Konsultationsfassung der Praxisempfehlungen konsentiert.

3.5 Arbeitspaket A5 – Abstimmung der Konsultationsfassung

Für das AP A5 wurden die Ergebnisse aus A4 als Konsultationsfassung für ein bundesweites Konsultationsverfahren aufbereitet und Reha-Akteuren sowie -Akteurinnen über ein Online-Umfragetool (LimeSurvey) zur Verfügung gestellt. Zu diesem Zweck wurden parallel zum AP A4 erläuternde Hintergrundtexte zu den Praxisempfehlungen entwickelt. In der Umfrage wurden die Teilnehmenden gebeten, den Grad ihrer Zustimmung (anhand einer 4-

Punkte Likert-Skala) zu jeder Praxisempfehlung zu geben. Darüber hinaus hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, den Hintergrundtext zu jeder Praxisempfehlung zu lesen und nach den folgenden Aspekten zu bewerten: Vollständigkeit, Verständlichkeit und Nutzen für die Praxis. Am Ende hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, über eine offene Kommentarfunktion weitere Anmerkungen, Ergänzungen oder Korrekturen zum Hintergrundtext der Praxisempfehlungen zu geben.

Die bundesweite Umfrage wurde per Informationsschreiben (u.a. DRV-Newsletter) den leitenden Bewegungstherapeuten und Bewegungstherapeutinnen und den Chefärztinnen und Chefarzten aller (ca. 1200) Fachabteilungen der medizinischen Rehabilitation für Erwachsene zugänglich gemacht. Das bundesweite Konsultationsverfahren startete am 10. Juli 2024 und endete am 31. August 2024. Eine Erinnerungsmail wurde am 5. August 2024 geschickt.

3.6 Arbeitspaket A6 – Revision und finale Konsentierung der Praxisempfehlungen

Das Arbeitspaket A6 schließt den Forschungsteil A ab, indem auf Basis der Ergebnisse aus A5 eine Revision der Praxisempfehlungen durch die Forschungsgruppe und eine finale Konsentierung der Praxisempfehlungen in einem abschließenden Expertinnen- und Expertenworkshop erfolgte. Dieser Workshop fand am Mittwoch, den 13.11.2024 von 13:00-15:00 Uhr statt. Es wurden alle Teilnehmenden des Expertenworkshops aus dem AP A4 eingeladen. In dem Workshop wurden zunächst die Ergebnisse aus der nationalen Konsultation sowie die Anpassungen der Praxisempfehlungen vorgestellt. Darauf folgend gab es eine offene Diskussionsrunde zu den Anpassungen und anschließend konnten die Teilnehmenden den Grad ihrer Zustimmung zu den Anpassungen mittels einer Online-Umfrage in MS Forms geben. Zum Schluss erhielten die Teilnehmenden die Möglichkeit, sich zu den Hintergrundtexten der Praxisempfehlungen zu äußern.

3.7 Arbeitspaket B1 – Partizipative Erstellung einer Bedarfsanalyse zu Anforderungen einer erfolgreichen Dissemination und Implementierung der Praxisempfehlungen

Im Arbeitspaket B1 wurde die Methodik für eine partizipative Bedarfsanalyse zur Entwicklung digitaler Informations- und Begleitangebote für die Verbreitung und Nutzung der Praxisempfehlungen erarbeitet. In thematischen Fokusgruppen mit Akteuren sowie Akteurinnen aus der Reha-Praxis und der Wissenschaft wurden dabei die methodischen

Grundlagen festgelegt, um von Anfang an die Perspektive der Reha-Akteure sowie -Akteurinnen einzubeziehen. Die Bedarfsanalyse zielte darauf ab, (a) eine optimale Erreichung von Reha-Akteuren sowie -Akteurinnen, einschließlich technisch-organisatorischer Aspekte, sicherzustellen, (b) optimale Darstellungsmöglichkeiten von Praxisempfehlungen und begleitendem Lernmaterial zu gewährleisten, inklusive der Verbindung von Print- und Online-Material sowie flexiblerer Online-Elemente, und (c) potenzielle Barrieren und Förderfaktoren für die Umsetzung der Praxisempfehlungen zu identifizieren. Die zentrale Ausrichtung der Bedarfsanalyse bestand darin, Anforderungen für eine optimale Verbreitung und Implementierung von Praxisempfehlungen für eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation zu identifizieren, wobei digitale Informations- und Begleitangebote besonders berücksichtigt wurden.

3.8 Arbeitspaket B2 – Durchführung und Auswertung der Bedarfsanalyse

Das Arbeitspaket B2 beinhaltete die Durchführung und Auswertung der Bedarfsanalyse. Für das AP B2 wurden die Ergebnisse aus B1 und A4 verwendet, um einen Fragebogen über ein Online-Umfragetool (LimeSurvey) zu entwickeln. In der Umfrage wurden die Teilnehmenden gebeten, den Unterstützungsbedarf zu sieben Handlungsbereichen (1. Assessment; 2. Ziele erarbeiten und Verhalten planen; 3. Zutrauen stärken; 4. Befähigen, 5. Motive, Präferenzen und Bewegungsfreude; 6. Interprofessionelle Zusammenarbeit; 7. Gesprächsführung) einzuschätzen (anhand einer 11-Punkte numerischen Ratingskala) und hilfreiche Unterstützungsformen (Medien und Materialien, Praxisbeispiele, Weiterbildungen, Unterstützung bei der Implementierung sowie Austauschmöglichkeiten mit anderen Therapeutinnen und Therapeuten, Basiswissen und grundlegende Infos) anzugeben. Zusätzlich wurden die Teilnehmenden gebeten, Barrieren und Förderfaktoren für eine Weiterentwicklung der Bewegungstherapie mit Fokus auf Bewegungsförderung zu bewerten. Die Ergebnisse der Befragung wurden im Rahmen eines Expertinnen- und Experten-Workshops mit der DRV Bund und Vertreterinnen und Vertretern der DRV Regionalträger sowie mit dem Expertinnen- und Experten-Panel (AG Bewegungstherapie der DGRW) sowie den kooperierenden Partnern aus der Fort- und Weiterbildung vorgestellt und diskutiert. Auf diese Weise konnten Folgerungen aus der Bedarfsanalyse unter Berücksichtigung von Rückmeldungen und Einschätzungen von Kostenträgern, Reha-Akteurinnen und -Akteuren sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern abgeleitet werden.

4. Projektverlauf

4.1 Planung und Ablauf des Vorhabens

Die Arbeitspakete wurden nach dem im Forschungsantrag formulierten Plan durchgeführt. Es gab keine Änderungen im Studiendesign. Bezüglich des zeitlichen Ablaufplans gab es notwendige Anpassungen (siehe Kapitel 5.3).

4.2 Studienprotokolle

Sowohl für das Scoping Review zu Konzepten und Inhalten bewegungsförderlicher Bewegungstherapie als auch für das Overview of Reviews zu den bewegungsförderlichen Effekten von bewegungstherapeutischen Konzepten wurden Protokolle erstellt und im Open Science Framework (OSF) registriert. Beide Protokolle können unter folgenden Links aufgerufen werden: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/AXZSJ> (für das Scoping review) und <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/JFGHM> (für das Overview of Reviews). Eine Aktualisierung der Studienprotokolle war nicht erforderlich, da die Evidenzsynthesen gemäß dem Arbeitsplan der registrierten Protokolle durchgeführt wurden bzw. potenzielle Abweichungen vom registrierten Protokoll im akzeptierten Manuskript (siehe 6.1) unter „Deviations from the preregistered protocol“ veröffentlicht wurden.

4.3 Ausgabenplanung und Zeitplanung

In Rücksprache mit der DRV Bund startete das Projekt einen Monat später zum 1. November 2022 statt zum 1. Oktober 2022.

Gegenüber des im Projektantrag formulierten Zeitplans kam es zu einer längeren Bearbeitung des Arbeitspakets A1. Der Zeitbedarf für AP A1 wurde ursprünglich mit drei Monaten kalkuliert. Aufgrund der sehr hohen Anzahl von Suchergebnissen und eingeschlossenen Volltexten sowohl im Scoping Review als auch im Overview of Reviews gestaltete sich die saubere, robuste Aufbereitung der aktuellen Evidenz aufwändiger als kalkuliert. Der Abschluss des AP A1 erfolgte Ende April 2023. Dies entspricht einer Bearbeitungszeit von sechs statt der geplanten drei Monate. Damit das höhere Arbeitsvolumen in AP A1 nur geringe zeitliche Auswirkungen auf die weiteren AP und das Gesamtprojekt hatte, wurden die prima vista besonders relevanten und qualitativ hochwertigen Konzepte in der Inhaltsanalyse des Scoping Reviews priorisiert. Dadurch konnten Teilergebnisse schon frühzeitig in

der Formulierung der ersten Entwurfsfassung der Praxisempfehlungen (AP A2) berücksichtigt werden. Für die Formulierung der Hintergrundtexte der Praxisempfehlungen konnten jedoch alle Ergebnisse aus dem Arbeitspaket A1 berücksichtigt und verwendet werden.

Für folgende AP ergaben sich hieraus geringe zeitliche Verschiebungen:

- AP A2 startete einen Monat später als geplant im März 2023, wurde aber wie geplant in September 2023 abgeschlossen.
- AP A3 wurde um einen Monat nach hinten verschoben (Juni-August 2023) und konnte wie geplant abgeschlossen werden.
- AP B1 startete zwei Monate später und wurde um einen Monat gekürzt (April-Oktober 2023).

Gegenüber des im ersten Zwischenbericht formulierten Zeitplans kam es zu einer etwas verzögerten Bearbeitung des AP B2 sowie des AP A4. Dadurch verschob sich der Start der Bearbeitung der AP A5 und A6. Die zeitlichen Verzögerungen konnten in dem ursprünglich geplanten Projektzeitraum bis Ende September 2024 nicht vollständig kompensiert werden. Eine Bearbeitung bis Ende Dezember 2024 erschien aber realistisch. Aus diesem Grund wurde mit gesondertem Schreiben eine kostenneutrale Verlängerung der Projektlaufzeit um drei Monate bis Ende des Jahres 2024 beantragt. Diese wurde am 13. Mai 2024 genehmigt.

Die Ausgaben im Projekt entsprechen der Ausgabenplanung (vgl. auch den rechnerischen Abschlussbericht).

5. Ergebnisse

5.1 Arbeitspaket A1 – Evidenz-Update Bewegungsförderliche Bewegungstherapie

5.1.1 Nationale Dokumente

Im Laufe des Prozesses wurden vier bestehende Praxisempfehlungen aus dem Bereich der Rehabilitation (Psychologische Interventionen, Soziale Arbeit, Entspannungstherapie und Ernährungstherapie) sowie sechs relevante Leitlinien (Post-Covid, pädiatrische Onkologie, psychische Erkrankungen, Hypertonie, Nicht-spezifischer Kreuzschmerz, Bandscheibenvorfälle) analysiert. Dazu wurden die Dokumente nach relevanten Textstellen mit Bezug zu Bewegung bzw. Bewegungsförderung durchsucht, diese extrahiert und nach dem kybernetischen Modell von Werle et al. (2006) den Handlungs- und Inhaltsbereichen des Therapieprozesses (Assessment, Therapieziele, Therapieinhalte, Therapiedurchführung, Therapiekontrolle) zugeordnet. Am häufigsten wurden dabei Aussagen zu den Therapieinhalten (n=38), den Therapiezielen (n=17) und der Therapiedurchführung (n=13) getätigt. Weniger häufig wurden Aussagen zur Therapiekontrolle (n=8) und zu Assessment (n=6) getätigt. Relevant für die Erstellung der Empfehlungen und Hintergrundtexte waren im Rahmen der genannten Therapieinhalte Aspekte der Handlungs- und Bewältigungsplanung und für die Formulierung von Therapiezielen die Erfüllung der nationalen Bewegungsempfehlungen.

5.1.2 Scoping Review zur Identifizierung von Konzepten zur Bewegungsförderung

Die systematische Suche ergab insgesamt 3388 Treffer, von denen nach Entfernung von Duplikaten 2060 übrigblieben. Durch Titel- und Abstract-Screening wurden 1746 ausgeschlossen. Von den verbleibenden 314 Volltexten waren 12 nicht zugänglich. Nach Prüfung der 302 verfügbaren Texte wurden 47 eingeschlossen. Durch das Screening der Referenzlisten kamen 57 weitere Volltexte hinzu, von denen 10 die Einschlusskriterien erfüllten. Insgesamt wurden somit 57 Volltexte eingeschlossen. Die relevanten Daten aus diesen 57 Veröffentlichungen wurden extrahiert und dabei einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Die Ergebnisextraktion erfolgte mittels kategorialer Zuordnungen (Mapping) in Anlehnung an das kybernetische Therapiemodell von Werle et al. (2006). Auf Grundlage der Fragestellung „Welche Konzepte stehen Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten (z.B. Physio-, Bewegungs- und Sporttherapeuten) zur Verfügung, um die körperliche

Aktivität bei Personen mit nichtübertragbaren Krankheiten zu fördern?“ entstand ein Kategoriensystem mit den drei Hauptkategorien Metadaten, Konzeptcharakteristika und therapeutische Kernprozesse. Die therapeutischen Kernprozesse wurden durch Subkategorien vervollständigt. Die Metadaten enthalten Informationen über Autor, Veröffentlichungsjahr, Land und Name des Konzepts. Konzeptspezifisch lassen sich sieben Charakteristika erkennen, nämlich: kurze Beschreibung des Konzepts, Patientenzielgruppe, Zielgruppe der Gesundheitsdienstleister, Setting, theoretische Fundierung des Konzepts, Ziel des Konzepts, Schulung der Interventionisten und Art des Konzepts. Schließlich wurden vier therapeutische Kernprozesse identifiziert: 1) Assessment, 2) Therapieziele, 3) Inhalte und Methoden, 4) Didaktisch-methodische Prinzipien. Im Bereich der „Therapieinhalte“ innerhalb der therapeutischen Kernprozesse wurden u.a. die in den Konzepten verwendeten „Behavior Change Techniques (BCTs)“ (zu Deutsch: Verhaltensänderungstechniken) und „Physical Activity components“ (Komponenten der körperlichen Aktivität) extrahiert. Über den Bereich Assessment in den therapeutischen Kernprozessen haben 50 (88 %) Publikationen berichtet. Am häufigsten wurde das aktuelle Bewegungsverhalten (n = 34) erhoben, dabei kamen verschiedene Erhebungsinstrumente zum Einsatz (z.B. Bewegungssensoren oder Fragebögen). In 54 von 57 Konzepten wurde über Therapieziele berichtet und in den meisten Fällen über den zeitlichen Bezug der Zielsetzung (n = 20) bzw. den Kommunikationsstil (n = 18). Im Hinblick auf die Entwicklung der Praxisempfehlungen für eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie und die damit verbundenen Hintergrundtexten sind vor allem die Behavioral Change Techniques („BCTs“) und die didaktisch-methodischen Prinzipien von Bedeutung. Verhaltensänderungstechniken (BCTs) sind in fast allen Konzepten vorhanden (n = 56, 98%). Die durchschnittliche Anzahl an BCTs in den einzelnen Konzepten betrug 11 und die drei meistverwendeten BCTs insgesamt waren „goal setting (behavior)“ (n=54), „problem solving“ (n=50) und „action planning“ (n=49). Außerdem berichten die meisten Konzepte explizit oder implizit über zugrundeliegende didaktisch-methodische Prinzipien (n=54, 95%). Die am häufigsten genannten Prinzipien waren „Tailoring/Individualisierung“ (n=47) und „Aktive Beteiligung der Patienten an der Gestaltung des Therapieprozesses“ (n=39), gefolgt von „Berücksichtigung von Interaktion & Sprache/Kollaborative Kommunikation“ (n=21) und „Eigenverantwortung und Selbstständigkeit der Patienten“ (n=14). Die am wenigsten genannten Prinzipien waren „Nutzung von Gruppensettings“ (n=11) und „Ermög-

lichung positiver Bewegungserfahrungen, Freude an körperlicher Aktivität“ (n=5). Die Inhaltsanalyse und Synthese sind abgeschlossen und ein englischsprachiges Manuskript wurde zur Begutachtung und Publikation in einer Fachzeitschrift eingereicht.

5.1.3 Overview of Reviews

Die Suche ergab 495 Treffer, die auf Titel- und Abstract-Ebene begutachtet wurden; davon wurden 79 Treffer auf Volltext-Ebene begutachtet. Vierzehn systematische Übersichtsarbeiten, die die Effektivität von Bewegungstherapiekonzepten untersuchten, wurden eingeschlossen. Der Überlappungsgrad der Primärstudien zwischen allen eingeschlossenen systematischen Reviews war mit einem CCA = 0,42 % sehr gering. Die meisten systematischen Reviews wiesen eine sehr niedrige (n = 5) bis niedrige (n = 7) methodische Qualität auf. Zwei Reviews wiesen eine moderate methodische Qualität auf. Von insgesamt 12 Meta-Analysen, welche in sieben systematischen Reviews berechnet wurden, ergaben acht eine kurz- und langfristige, signifikante Verbesserung der körperlichen Aktivität zugunsten von bewegungsförderlichen Therapiekonzepten in der Bewegungstherapie im Vergleich zu Kontrollinterventionen (wie die Anwendung von Physio- bzw. Bewegungstherapie ohne explizite bewegungsförderliche Therapieelemente). Vier dieser Meta-Analysen wiesen klinisch relevante Effektgrößen auf. Die Evidenz aus systematischen Reviews ohne Meta-Analyse (n = 7) war nicht schlüssig. Es gab Evidenz für die Effektivität von 13 Verhaltensänderungstechniken (engl. BCT, codiert nach Michie et al. 2013), aus 3 systematischen Reviews: Verhaltensziele setzen (BCT 1.1), Handlungsplanung (BCT 1.4), Verhaltensvertrag (BCT 1.8), Selbstbeobachtung von Verhaltensergebnissen (BCT 2.4), Dokumentation des Verhaltens ohne Rückmeldung (BCT 2.5), Soziale Unterstützung (BCT 3.1), Hinweisreize (BCT 7.1), Üben und Wiederholen (BCT 8.1), Generalisierung (BCT 8.6), Gestufte Aufgaben (BCT 8.7), Expertenmeinung/vertrauenswürdige Quelle (BCT 9.1), Unspezifische Belohnung (BCT 10.3), Hilfreiche Gegenstände nutzen (BCT 12.5). Ebenfalls gab es Evidenz aus einem systematischen Review, dass bewegungsförderliche Interventionen mit ≥ 7 BCTs effektiv waren.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bewegungsförderliche Therapiekonzepte, die BCTs in der Bewegungstherapie einsetzen, zu kurz- und langfristigen Verbesserungen der körperlichen Aktivität bei Menschen mit nicht übertragbaren Erkrankungen

führen können. Besonders vielversprechend erscheint der Einsatz von 13 BCTs in Interventionen, die Kombinationen aus mehreren BCTs (Orientierung an mindestens ca. 7 BCTs) verwenden.

Das Overview of Reviews wurde am 19. März 2024 zur Veröffentlichung im *Physical Therapy & Rehabilitation Journal* angenommen und am 2. April 2024 publiziert:

- Jung, A., Geidl, W., Matting, L., Hoessel, L.-M., Siemens, W., Sudeck, G., Pfeifer, K. Efficacy of Physical Activity Promoting Interventions in Physical Therapy and Exercise Therapy for Persons with Noncommunicable Diseases: An Overview of Systematic Reviews. *Physical Therapy*. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzae053>

5.2 Arbeitspaket – A2 Formulierung der ersten Entwurfsfassung der Praxisempfehlungen

Das AP A2 wurde planmäßig bearbeitet und abgeschlossen. Zentrales Element des AP A2 war die Durchführung eines ersten Workshops mit Expertinnen und Experten zur Diskussion der Entwurfsfassung der Praxisempfehlungen. Dieser Workshop fand am 23. Mai 2023 in den Räumlichkeiten des Landessportbunds Hessen, Otto-Fleck-Schneise 4, 60528 Frankfurt am Main statt. Anwesend waren 12 Reha-Akteure sowie -Akteurinnen (fünf Bewegungstherapeuten bzw. Bewegungstherapeutinnen, drei Mitglieder der AG Bewegungstherapie, ein Mitglied des DVGS, eine Psychologin, ein Arzt und eine Vertreterin der DRV Bund) und fünf Personen aus der Forschungsgruppe. Ziel des Workshops war es, die Entwurfsfassung der Praxisempfehlungen vorzustellen, und diese gemeinsam zu reflektieren und zu diskutieren. Nach der Begrüßung und Vorstellung erhielten die Teilnehmenden eine Einführung zum PRO-BT-Projekt und zu den bisherigen Ergebnissen. Anschließend wurde die erste Version der Praxisempfehlungen vorgestellt und bezüglich vier Themenbereichen (Teil A – Allgemein, Teil B – Didaktisch-Methodische Prinzipien, Teil C Therapieinhalte, Teil D – Interprofessionelle Zusammenarbeit) diskutiert (siehe Anhang 1 für die erste Version der Praxisempfehlungen).

Die Teilnehmenden gaben Feedback zu Verständlichkeit und Vollständigkeit. Die Kommentare wurden notiert und an einer Pinnwand gesammelt, während eine Person die Diskussion moderierte. Zum Schluss wurde über die Angemessenheit und Umsetzbarkeit der Empfehlungen im Reha-Alltag gesprochen und "besondere Bedarfe" der Zielgruppe diskutiert. In

Kapitel 5 – Ergebnisse

der folgenden Tabelle werden die zentralen Diskussionspunkte des Workshops zusammengefasst:

Tabelle 1 Zentrale Diskussionspunkte sortiert nach den vier übergeordneten Themenbereichen der Praxisempfehlungen – Arbeitspaket A2

Empfehlungs- teil	Zentrale Diskussionspunkte sortiert nach den vier übergeordneten Themenbereichen (A, B, C und D)
Übergreifende Diskussion	- Praxisbezug und Konkretheitsgrad (mehr Details und mehr Hintergrund) erscheinen optimierungsbedürftig. - Eine Verknüpfung mit bereits bestehenden Dokumenten bestmöglich anstreben (KTL, RTS) (wie können A, B, C und D in der KTL abgebildet werden?) - Verständnis (Empfehlungen sprachlich teils schwierig zu verstehen) - Implementation (Qualifikationen von Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten)
A-Allgemein	- Seitens des Projektteams wird auf folgende Aspekte mit Blick auf die angedachte Endversion hingewiesen: Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass die Hintergrundtexte bereits in der Struktur der Praxisempfehlungen mitgedacht sind. Die Hintergrundtexte werden aber erst im Nachgang zum 1. Workshop von der Forschungsgruppe ausgearbeitet und sollen dann für den 2. Workshop im Oktober zur Verfügung stehen. Die Diskussion zeigt die Notwendigkeit von Hintergrundtexten zur Konkretisierung der Empfehlungen. - Eine Präambel wird als sinnvoll erachtet
A1	- Besonders die Rolle und Platzierung der Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung sollten überdacht und besser argumentiert werden - Dosis-Empfehlung (Rolle von Optimalanforderungen gemäß Bewegungsempfehlungen vs. Berücksichtigung individueller Möglichkeiten) - Präambel Auch hier wird wieder auf die Notwendigkeit einer Präambel/ eines einleitenden Kapitels verwiesen. - Bewegungsbezogene Begriffe sollten einheitlich genutzt werden (Bewegung vs. Sport vs. Gesundheitsförderliche körperliche Aktivität)
A2	- Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenzen könnten grundlegender in die Empfehlungsformulierung einbezogen werden (aufbauend auf KTL und ETM) - KTL-Bezug insgesamt stärker berücksichtigen
A3	- Bei A3 standen hauptsächlich Formulierungsanpassungen im Vordergrund (z.B. „eigenständig“ vs „selbstbestimmt“) - Möglicherweise konkrete Formulierung von „gemeinsamen Entscheidungsfindung“ und „regelmäßige Weiterführung“.
A4	- Bei A4 standen hauptsächlich Formulierungsanpassungen im Vordergrund (z.B. „Gesprächsführung“ vs. „Zusammenarbeit“; Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollten als „Expertinnen und Experten“ für ihre eigene Gesundheitssituation und nicht als „Bewegungsexpertinnen und Bewegungsexperten“ angesehen werden.)
B1	- Praxisbezug und Konkretheitsgrad sollten ausgearbeitet werden (Berücksichtigung v.a. Bei der Erstellung des Hintergrundtextes). - Begriffe sollten einheitlich oder abgegrenzt voneinander verwendet werden (z.B. „Bewegung“ vs. „Sport“)
B2	- Bei B2 standen hauptsächlich Formulierungsanpassungen im Vordergrund (Berücksichtigung von „Voraussetzungen“, „Erhaltung“ und „Management von Ressourcen“; („gesundheitsgerecht“ vs. „gesundheitswirksam“)
B3	- Der Wunsch nach mehr Konkretheit und Praxisbezug (z.B. Assessment-Tools, Verhaltensänderungstechniken) wurde geäußert. - Eine Verbindung mit Assessment wird als sinnvoll erachtet („erlebbare“ messbar machen)
C-Allgemein	- Konkretheitsgrad („Good-Practice-Box“) und mehr Praxisbezug - KTL-Bezug insgesamt stärker berücksichtigen - Empfehlungen für den Bereich Nachsorge im Gesamtkontext der Praxisempfehlungen prüfen.
C1	- Konkretheitsgrad (Auflistung von Verfahren) und mehr Praxisbezug - Ausarbeitung und Ressourcenverknüpfung im Hintergrundtext.

Kapitel 5 – Ergebnisse

	- Möglicherweise konkrete Formulierung, welche Qualifikation für die Durchführung von Assessment empfehlenswert ist (Verantwortlichkeit: wer führt Assessment durch?)
C2	- Bezug insgesamt stärker berücksichtigen - Verantwortlichkeit (Wer führt Zielsetzung und Planung durch?)
C3	- Konkretheitsgrad (Beispiele, Techniken...) optimierungsbedürftig (erfolgt u.a. im Hintergrundtext). - Verknüpfung der Teile B & C wird als sinnvoll erachtet
D	- Konkretheitsgrad optimierungsbedürftig (Techniken, Berufsgruppen benennen...) - KTL-Bezug erwünscht (Problem: keine Zeit für interprofessionelle Zusammenarbeit bereitgestellt) - Formulierungsanpassung („Arbeitsbesprechungen“ vs. „Fallbesprechungen“ vs. „Team-Besprechungen“)
Allgemein Pas- sung	- Vor allem die „Sanften Wege“ mit der Schaffung von Anreizen, statt harter Vorgaben wurden als hilfreich bezeichnet. Dieses Vorgehen kann insbesondere die Strukturen der Einrichtungen besser beachten und nutzen (strukturkonservativ). - Auch der Wunsch nach Implementierungsstrategien wurde geäußert. In diesem Zusammenhang wurden Qualifikation und digitale Wege genannt. Dabei sollten auch die notwendigen Qualifikationen von verschiedenen Berufsgruppen benannt werden.
Besondere Be- darfe	- Spezialfälle (z.B. querschnittsgelähmte Personen) - Verknüpfung mit Inhalten (C-Teil)

Für eine detailliertere Präsentation der Diskussionspunkte inkl. „Fotokoll“, siehe Anhang 2.

Basierend auf den oben genannten Diskussionspunkten, wurden Anpassungen an den Praxisempfehlungen vorgenommen. Dabei kam es v.a. zu inhaltlichen Anpassungen an den Praxisempfehlungen A1, A2, A3, A4, B1, B2, B3, und C3 der ersten Version (siehe Anhang 3 für mehr Details).

5.3 Arbeitspaket – A3 Fokusgruppen zur Abstimmung der Entwurfsfassung mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

Die Fokusgruppen mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden fanden in den folgenden drei Einrichtungen statt: Rehabilitationszentrum Oldenburg (am 26. September 2023), Rehafachzentrum Bad Füssing (am 2. Oktober 2023) und Schwarzwaldkliniken Bad Krozingen (am 18. Oktober 2023). Bei der Umsetzung und Rekrutierung unterstützten in den Kliniken tätige Bewegungstherapeuten und Bewegungstherapeutinnen, die dem Forschungsteam aus anderen Kooperationsprojekten bekannt waren. Es nahmen jeweils sechs bis acht Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit unterschiedlichen Indikationen teil. Für die Fokusgruppendifkussionen wurden die Praxisempfehlungen so aufbereitet, dass sie einfacher formuliert waren und die zentralen Konsequenzen für die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden besser nachvollziehbar waren. Im Allgemeinen fanden die Personen die Praxisempfehlungen angemessen und wichtig; an wenigen Stellen wurden Wünsche geäußert. Im

Anschluss an die Fokusgruppen, wurden die Ergebnisse zusammengefasst. Die Rückmeldungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden wurden bei der Überarbeitung der Praxisempfehlungen berücksichtigt. Konsequenzen ergaben sich dabei v.a. für die konkrete Ausgestaltung der Hintergrundtexte, weniger zu den Praxisempfehlungen selbst. So wurde z.B. aufgrund der Rückmeldungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in den Hintergrundtexten darauf geachtet, die Gruppentherapien nicht als verpflichtend zu formulieren, sondern als Option, die z.B. je nach Präferenz der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden genutzt werden kann. Ein weiteres Beispiel ist die Ausweitung neuer Bewegungsangebote, insbesondere solcher, die nicht den bisherigen Erfahrungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden entsprechen (z.B. in Hintergrundtexte der Praxisempfehlungen C4, C6 und C7). Im Anhang 4 können alle Kommentare der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sowie deren Konsequenzen bzw. deren Berücksichtigung in den Hintergrundtexten der Praxisempfehlungen gesichtet werden.

Folgende Wünsche wurden von den Rehabilitanden und Rehabilitandinnen geäußert und in den Hintergrundtexten berücksichtigt:

- Von aktiven Rehabilitandinnen und Rehabilitanden: Mehr Angebote für eigenständige körperliche Aktivität (während des Reha-Aufenthalts) [berücksichtigt in C4, C6 und C7]
- Übergang aus Reha ins Leben „danach“ – eventuell alle 4 Wochen Check, dass man auf dem richtigen Weg ist [Grundgedanke berücksichtigt in C9]
- Mehr Übungsauswahl, Übungen an verschiedenen Geräten und mehr Übungsvielfalt in der medizinischen Trainingstherapie im Zeitraum der Reha [berücksichtigt in B2 und C3]
- Übungen, die auf individuelle Defizite abzielen, auch in der Gruppentherapie
- Mehr individuelle Betreuung/Gespräche, um Übungen und Bewegungstherapie an die eigenen Voraussetzungen und Möglichkeiten anzupassen [berücksichtigt in B1, C2]
- Mehr Unterstützung, um individuelle Probleme mit Alternativübungen auch in der Gruppengymnastik anzugehen [berücksichtigt in A3]

- Gerne mehr und häufiger Vorträge für engere Verknüpfung von Theorie und Praxis, um Sinn zu sehen und es selbst später besser umzusetzen [berücksichtigt in B1, C5]
- Freiwilliges Angebot, um gemeinsam mit Therapeuten realistische Ziele zu erarbeiten [Grundgedanke berücksichtigt in C2]
- Nachkontrolle, um zu wissen, dass man auf dem richtigen Weg ist [Grundgedanke berücksichtigt in C9]
- Kontrolle der Ziele und setzen von neuen Zielen [berücksichtigt in C2]
- Besondere interdisziplinäre Zusammenarbeit bei gewissen Bedarfslagen – Bsp. mentale Barrieren reduzieren, dass man überhaupt (langfristig) aktiv werden kann (Bereich Psychosomatik) [berücksichtigt in A4]

5.4 Arbeitspaket A4 – Konsentierung der Praxisempfehlungen und Erarbeitung einer Konsultationsfassung

5.4.1 Konsultationsworkshop

Zentrales Element des Arbeitspakets A4 war die Durchführung eines zweiten Workshops mit Expertinnen und Experten zur Diskussion der Entwurfsfassung der Praxisempfehlungen. Aus den AP A2 und A3 ergaben sich v.a. strukturelle und Formulierungsanpassungen (siehe Anhang 3). So wurden für C3 (Interventionselemente) sieben Praxisempfehlungen zu spezifischen Therapieinhalten erstellt und vor dem Hintergrund bewegungsbezogener Gesundheitskompetenzen strukturiert. Die Teilnehmendenzahl der Präsenzveranstaltung fiel aufgrund zweier krankheitsbedingter Absagen etwas geringer aus als ursprünglich geplant; unter den letztlich teilnehmenden 17 Personen waren aber alle angedachten Forschungs- und Praxisperspektiven vertreten.

Der Präsenzworkshop fand am 16. Oktober 2023 beim Landessportbund Hessen in Frankfurt am Main statt. Anwesend waren 17 Reha-Akteure sowie -Akteurinnen (zwölf Bewegungstherapeuten bzw. Bewegungstherapeutinnen, ein Psychologe und ein Psychologin, ein Arzt und eine Ärztin), ein Vertreter der DRV Bund mit sportwissenschaftlichen Hintergrund sowie fünf Personen aus der Forschungsgruppe. Ziel war es, die weiterentwickelte Version der Praxisempfehlungen zu diskutieren (siehe Anhang 5).

Kapitel 5 – Ergebnisse

Die teilnehmenden Personen gaben Feedback zur sprachlichen Verständlichkeit und der Klarheit hinsichtlich der Konsequenzen für die Praxis. Dabei ergaben sich größtenteils Zustimmung zu den entwickelten Formulierungen (Abb. 1; mittels Mentimeter abgefragt und analysiert). Für die kritisch bewerteten Formulierungen wurden im Rahmen des Workshops Alternativen diskutiert. Der gesamte Workshop wurde protokolliert und ein Fotoprotokoll der Diskussion angefertigt (siehe Anhang 6).

Tabelle 2 Bewertungen der Entwurfssfassung der Praxisempfehlungen beim Experten- und Expertinnen-Workshop

	Die Empfehlung ist für mich sprachlich verständlich		Die Konsequenzen der Empfehlung für die Reha-Praxis sind mir klar	
	Stimme zu / eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme zu / eher zu	Stimme eher nicht zu
PE				
A1	6 (100 %)	0	15 (80 %)	3
A2	16 (100 %)	0	15 (93 %)	1
A3	16 (94 %)	1	14 (79 %)	3
A4 [D]	17 (100 %)	0	17 (100 %)	0
B1	17 (100 %)	0	16 (94 %)	1
B2	17 (100 %)	0	17 (100 %)	0
C1	17 (100 %)	0	16 (100 %)	0
C2	17 (100 %)	0	17 (100 %)	0
C3.1.1	17 (100 %)	0	17 (100 %)	0
C3.1.2	17 (100 %)	0	17 (100 %)	0
C3.2	15 (86 %)	2	15 (93 %)	1
C3.3.1	17 (100 %)	0	17 (100 %)	0
C3.3.2	17 (100 %)	0	17 (100 %)	0
C3.3.3	17 (100 %)	0	17 (100 %)	0
C3.3.4	/	/	/	/

In der nachfolgenden Tabelle werden die zentralen Diskussionspunkte des zweiten Experten-Workshops zusammengefasst dargestellt.

Kapitel 5 – Ergebnisse

Tabelle 3 Zentrale Diskussionspunkte sortiert nach den vier übergeordneten Themenbereichen der Praxisempfehlungen – Arbeitspaket A4

Empfehlungsteil	Zentrale Diskussionspunkte sortiert nach den vier übergeordneten Themenbereichen (A, B, C und D)
A1	- Einbezug des Begriffs der „Wiederherstellung“. - Detaillierte Beschreibung der „Unterstützung“ (insbesondere im Hintergrundtext). - Formulierung in ICF-Anlehnung spezifizieren, um Missverständnisse vorzubeugen (z.B. physische und mentale Körperfunktionen).
A2	- Grundsatzdiskussion über den Aufbau, die Rolle und die Funktion der Empfehlungen. - Verbesserungsvorschläge hinsichtlich Sprachlichkeit. - Formatierungsmöglichkeiten nutzen.
A3	- D1 könnte zu A4 werden (oder bzw. zusätzlich in der Präambel betont werden). - Übersichtlichere Formatierung (Absätze zu 1., 2., 3.). - Formulierungsanpassung („Patientenorientierung“).
B1	- Methodische Implikationen (z.B. mit Blick auf Wissensvermittlung) in Hintergrundtexten bzw. späteren Empfehlungen weiter klären. - Gendern. - Die „soziale“ Perspektive stärker einbeziehen (z.B. „sozial-ökologisch“). - Formulierung „(sport-)medizinisch“.
B2	- Formulierungsanpassungen (sprachlich).
C1	- Bedeutung von Assessment für den gesamten Therapieverlauf (auch Nachsorge). - Ausführungen im Hintergrundtext (Nennung, Erläuterung von Planung & Verlauf).
C2	- Formulierungsanpassung. - Mögliche Querverbindungen zu bestehenden Materialien für eine fundierte Klärung von Reha-Zielen (und therapiespezifischen Zielen). - Interdisziplinäre Zusammenarbeit.
C3	- Bedeutung von C3 überdenken (redundant im Kontext der vorherigen Teile A und B). - Bei Beibehalten, wäre Formulierung zu überprüfen (sprachlich vereinfachen).
C3.1.1	- Formulierungsanpassungen („verbessert werden“). - Körperwahrnehmung im Hintergrundtext erläutern.
C3.1.2	- Empfehlung primär mit Blick auf Bewegungskompetenzen zu sehen (aufgabenspezifische Selbstwirksamkeit), während andere Facetten der Selbstwirksamkeit an anderer Stelle berücksichtigt werden. - Positive Aspekte (über Umgang mit Missbefinden hinausgehend) berücksichtigen, wobei Querverbindungen zu anderen C3-Empfehlungen zu berücksichtigen sind, die mehr mit der Steuerungskompetenz für gesundheitswirksame Bewegung assoziiert sind. - Formulierungsanpassungen.
C3.2.1	- Formulierungsanpassungen. - Notwendigkeit, Empfehlung sprachlich zu vereinfachen.
C3.3.1	- Auswahl der zentralen konzeptionellen Begriffe, die für das Verständnis der Empfehlung notwendig sind, überdenken. - Für die Erleichterung eines gemeinsamen Verständnisses der notwendigen Fachterminologie wird ein Glossar empfohlen. - Formulierungsanpassungen (zur Vereinfachung, wo möglich).
C3.3.2	- Formulierungsanpassung („Bewegungsformen“).
C3.3.3	- Formulierungsanpassungen. - Rolle von sedentärem Verhalten. - „Innere und äußere Barrieren“.
D	- Entscheidung treffen, ob D eigenständig bleiben oder als eine weitere PE unter Kategorie in C präsentiert werden soll - Soll vs. sollte-Formulierung in Abhängigkeit der Evidenzlage klären. - Formulierungsanpassungen.

5.4.2 Schriftliche Kommentierung

Basierend aus den in Tabelle 3 zusammengefassten Diskussionspunkten, wurden die Praxisempfehlungen überarbeitet (Anhang 7). Parallel dazu wurde eine strukturierender Entwurf zu den Inhalten der jeweiligen Hintergrundtexte erstellt. Die überarbeitete Version der Praxisempfehlungen und die Strukturierung der Hintergrundtexte wurde anschließend im

Kapitel 5 – Ergebnisse

Rahmen einer schriftlichen Kommentierung (23. Januar 2024 bis 14. Februar 2024 via MS-Forms Online-Formular) ein weiteres Mal von den Reha-Akteuren sowie -Akteurinnen bewertet und mit Verbesserungsvorschlägen versehen. Auch bei dieser Kommentierung ergaben sich größtenteils volle Zustimmungen zu den Formulierungen, teilweise ergaben sich bedingte Zustimmungen und Vorschläge für Anpassungen (Tabelle 4).

Tabelle 4 Ergebnisse des schriftlichen Kommentierungsprozesses

PE	Ja, ich stimme zu	Ja, ich stimme bedingt zu	Nein, ich stimme nicht zu	Gesamtstimmen	Anzahl an Kommentaren	Wurde angepasst
A1	11 (65 %)	6	0	17	7	Ja
A2	16 (94 %)	1	0	17	2	Nein
A3	14 (82 %)	3	0	17	4	Ja
A4	12 (70 %)	5	0	17	7	Ja
B1	16 (94 %)	1	0	17	2	Ja
B2	15 (88 %)	2	0	17	3	Ja
C1	14 (82 %)	3	0	17	3	Nein
C2	15 (88 %)	2	0	17	2	Ja
C3.1.1	12 (70 %)	5	0	17	6	Ja
C3.1.2	15 (88 %)	2	0	17	3	Nein
C3.2	12 (70 %)	4	0	16	5	Ja
C3.3.1	16 (94 %)	1	0	17	2	Ja
C3.3.2	15 (88 %)	2	0	17	4	Ja
C3.3.3	16 (94 %)	1	0	17	1	Ja
C3.3.4	12 (70 %)	5	0	17	5	Ja

Die Überarbeitungen der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch die Expertinnen und Experten können in der Tabelle im Anhang 8 gesichtet werden.

Basierend auf den schriftlichen Kommentaren zur Strukturierung der Hintergrundtexte, erstellte die Forschungsgruppe im Nachgang Volltexte zu den jeweiligen Hintergrundtexten.

5.4.3 Konsentierungsworkshop

Die Ergebnisse der schriftlichen Kommentierung wurden dann für eine letzte Überarbeitung genutzt und eine weitere Version erstellt (Anhang 8). In einem finalen Konsentierungsworkshop (online am 05. März 2024) wurde eine Konsultationsfassung der Praxisempfehlungen konsentiert. Es haben 18 Personen (eine DRV, neun Bewegungstherapeuten bzw. -therapeutinnen, drei AG Bewegungstherapie, eine Leitung Sporttherapie, zwei Psychologen, ein Arzt, eine Ärztin) teilgenommen.

Tabelle 5 Ergebnisse der finalen Abstimmung zur Konsultationsfassung der Praxisempfehlungen

PE	Ja, ich stimme zu	Ja, ich stimme bedingt zu	Nein, ich stimme bedingt nicht zu	Nein, ich stimme nicht zu	Gesamtstimmen
A1	17 (94 %)	1	0	0	18
A2	18 (100 %)	0	0	0	18
A3	17 (94 %)	1	0	0	18
A4	17 (94 %)	0	1	0	18
B1	18 (100 %)	0	0	0	18
B2	15 (83 %)	3	0	0	18
C1	18 (100 %)	0	0	0	18
C2	18 (100 %)	0	0	0	18
C3.1.1	17 (94 %)	1	0	0	18
C3.1.2	17 (100 %)	0	0	0	17
C3.2	16 (89 %)	2	0	0	18
C3.3.1	18 (100 %)	0	0	0	18
C3.3.2	18 (100 %)	0	0	0	18
C3.3.3	17 (100 %)	0	0	0	17
C3.3.4	18 (100 %)	0	0	0	18

Dabei ergaben sich 259 volle und acht bedingte Zustimmungen (Tabelle 5). Es kam zu geringen Anpassungen in den Praxisempfehlungen C6 und C9: In C6 wurde „sollte“ durch „soll“ ausgetauscht. In C9 wurde „Rehabilitationsmaßnahme“ durch „medizinischen Rehabilitation“ getauscht und „analogen und digitalen“ rausgestrichen. Für die weiteren Empfehlungen gab es keine Anpassungen.

Im C-Teil wurde die Nummerierung der Praxisempfehlungen angepasst und von C1 bis C9 durchnummeriert (vgl. Abbildung 2). Die finale Nummerierung und Kurzbenennung der 15 entwickelten Praxisempfehlungen sowie die Unterteilung in drei Bereiche ist in Abbildung 2 abgebildet.

Teil A: Grundprinzipien einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie

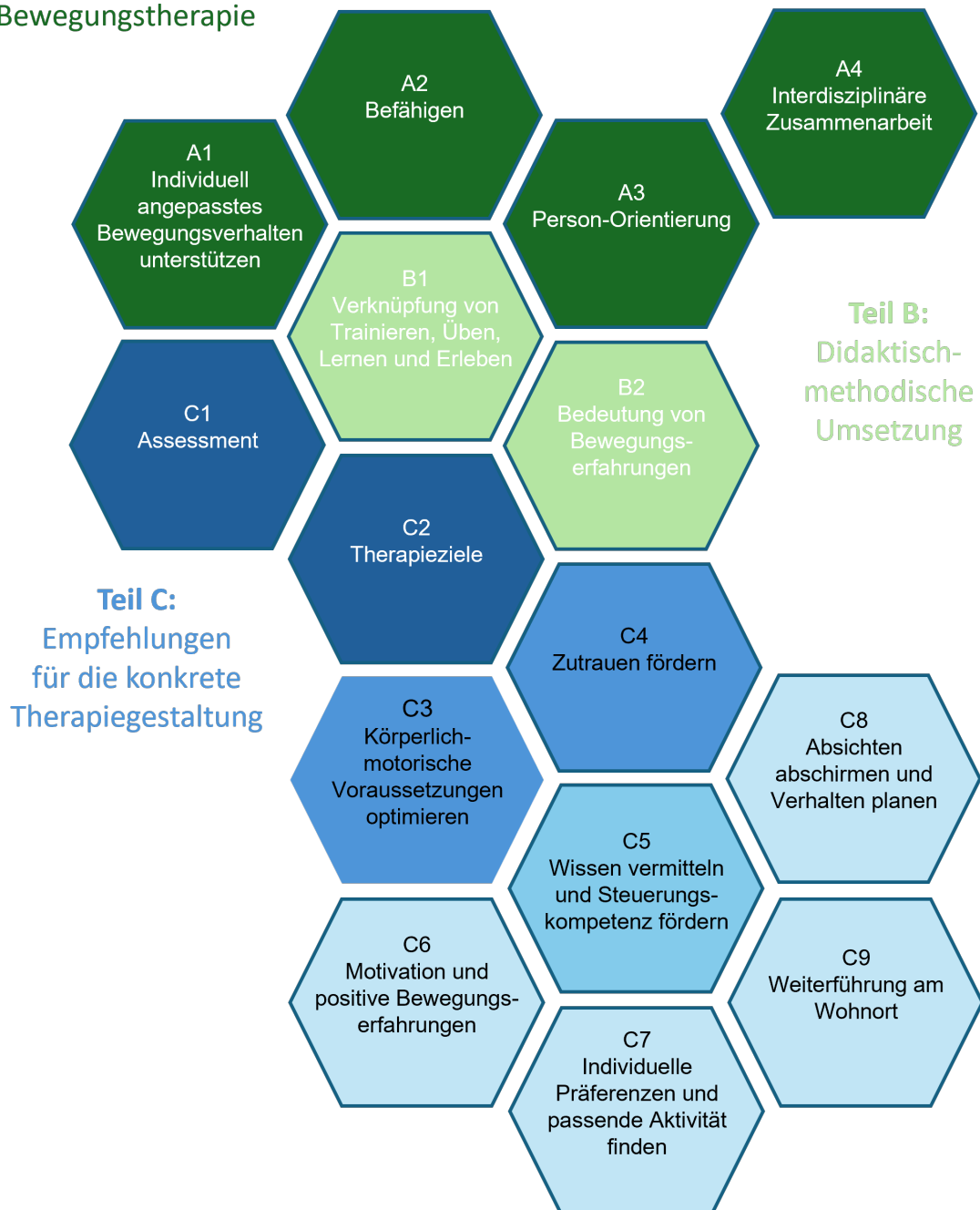


Abbildung 2 Struktur der Praxisempfehlungen

5.5 Arbeitspaket A5 – Abstimmung der Konsultationsfassung

Im Rahmen des bundesweiten Konsultationsverfahrens wurden die Praxisempfehlungen inklusive der jeweiligen Hintergrundtexte online zur Einsicht zur Verfügung gestellt. Eine Teilnahme an der bundesweiten Konsultation war bis 31. August 2024 möglich. Insgesamt klickten 397 Personen auf den Link zur Umfrage, von denen 255 die Fragen teilweise und 145 den Fragebogen vollständig beantworteten. In Abbildung 3 können die Zustimmungsraten zu den einzelnen Praxisempfehlungen eingesehen werden. In Summe konnte eine hohe Zustimmung („Ich stimme zu“/„Ich stimme eher zu“ > 90%) zu den Praxisempfehlungen beobachtet werden. Die Praxisempfehlung C1 wurde am schlechtesten bewertet mit einer Zustimmungsrate von 86,5%.

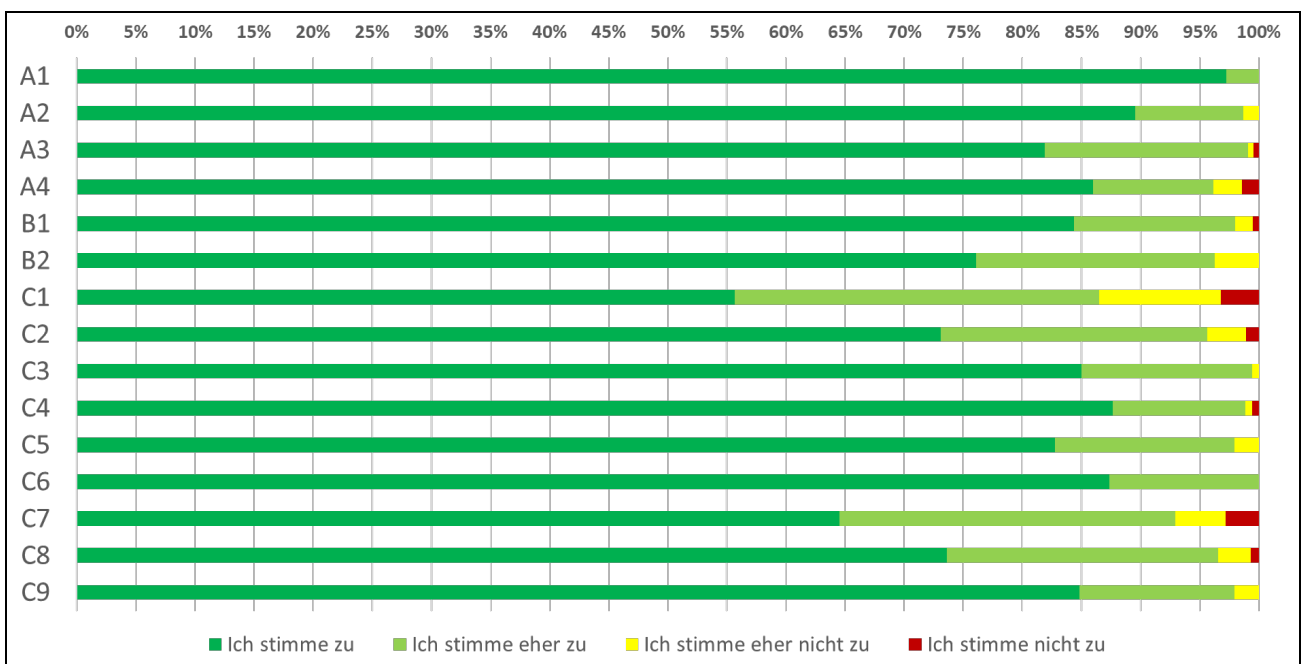


Abbildung 3 Ergebnisse der Zustimmungsraten pro Praxisempfehlung

Die Hintergrundtexte wurden von zwischen 40 und 130 Personen eingesehen und bewertet. Abbildung 4 zeigt die Bewertung der Vollständigkeit von den Hintergrundtexten zu den Praxisempfehlungen. Auch hier konnte generell eine positive Bewertung der Hintergrundtexte festgestellt werden. „Schlechte“ Bewertung (roter Balken) gab es nur für die Praxisempfehlung B1.

Kapitel 5 – Ergebnisse

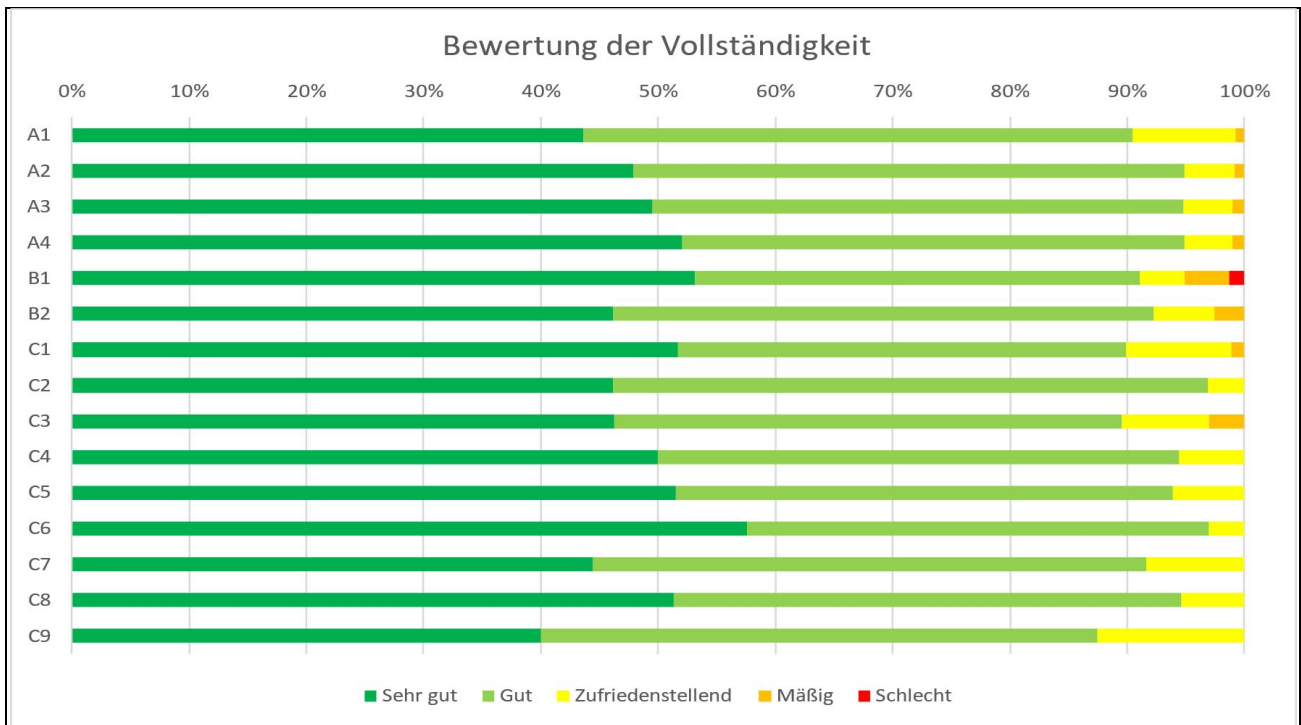


Abbildung 4 Ergebnisse der Bewertung der Vollständigkeit der Hintergrundtexte

Abbildung 5 zeigt die Bewertung der Verständlichkeit von den Hintergrundtexten zu den Praxisempfehlungen. Auch hier konnte größtenteils eine positive Bewertung der Hintergrundtexte festgestellt werden.

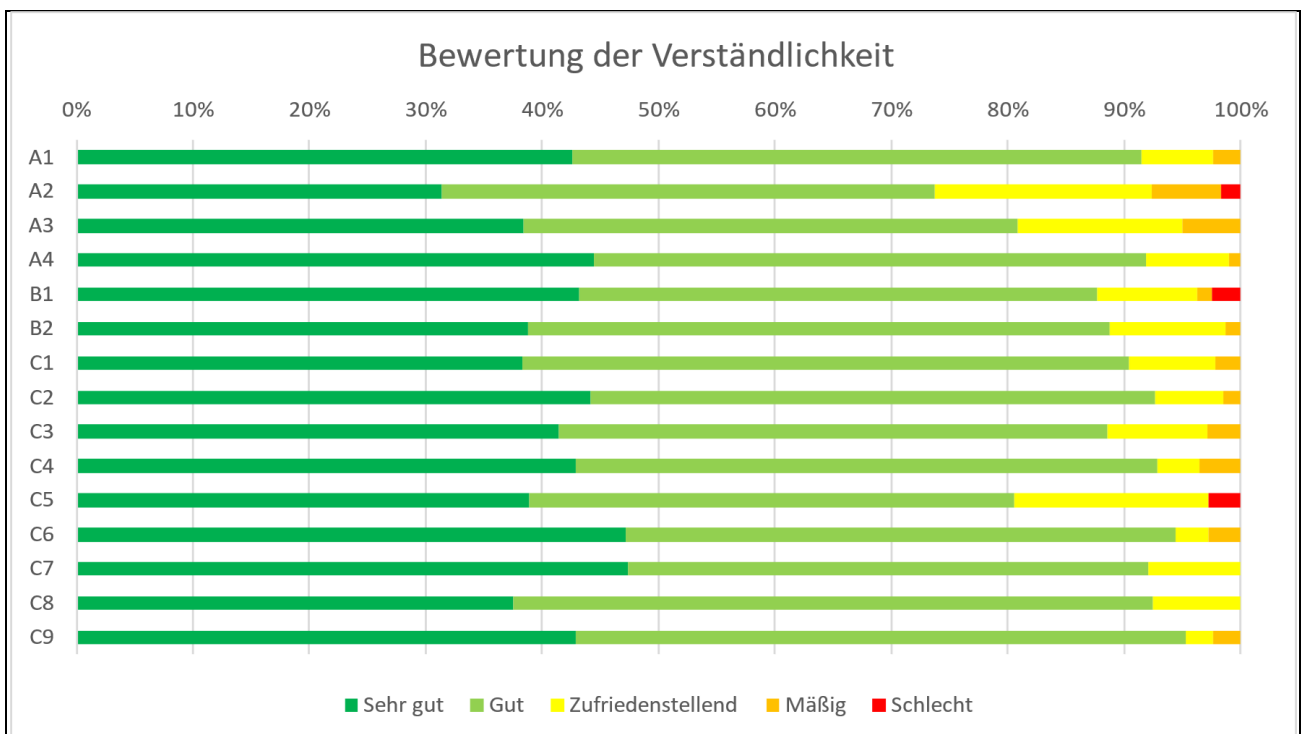


Abbildung 5 Ergebnisse der Bewertung der Verständlichkeit der Hintergrundtexte

In Abbildung 6 werden die Bewertungen des Nutzens der Hintergrundtexte gezeigt. Obwohl auch hier eine generell positive Bewertung zu beobachten ist, wurde der Faktor Nutzen am kritischsten bewertet: „schlechte“ Bewertungen (rote Balken) ergaben sich in 11 Praxisempfehlungen). Dies spiegelte sich in den qualitativen Kommentaren einiger Teilnehmenden wider (vgl. Abbildung 7).

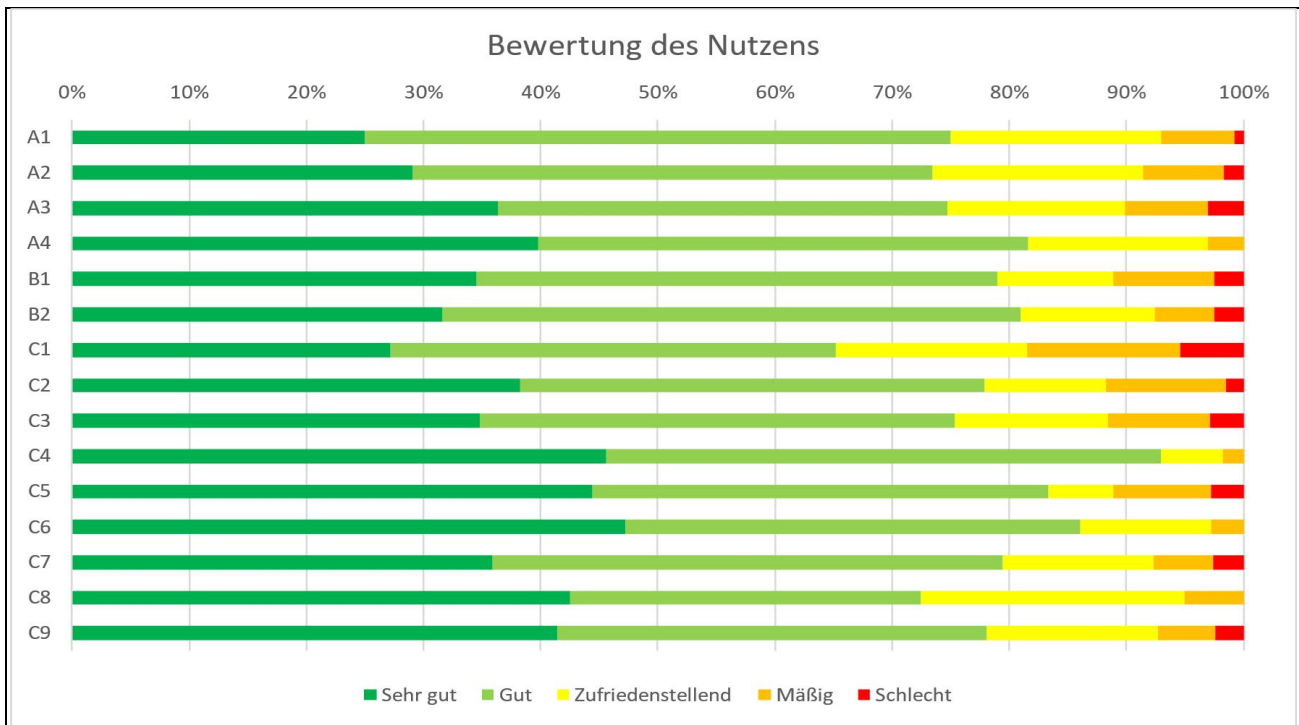


Abbildung 6 Ergebnisse des Nutzens der Hintergrundtexte

Abbildung 7 gibt eine Übersicht über die qualitativen Kommentare der Teilnehmenden in Bezug auf die einzelnen Empfehlungen. Diese wurden nach Vollständigkeit, Verständlichkeit und Nutzen für die Praxis in Bezug auf die Hintergrundtexte, sowie Kommentare, die sich explizit auf die Formulierung der Praxisempfehlungen und allgemeine Kommentare bezogen, gegliedert. In der Abbildung zeigen rot markierte Zellen häufigere Nennungen von Kommentaren und wurden somit verstärkt bei den Überarbeitungen der Hintergrundtexte und Empfehlungen berücksichtigt. Besonders der Wunsch nach einfacherer Sprache wurde für alle Empfehlungen und Hintergrundtexte berücksichtigt. Zusätzlich gaben die kritischen Rückmeldungen zu A3, C1 und C2 Hinweise auf Überarbeitungsbedarf, welcher im Detail überprüft und angegangen wurde. Die konkrete Formulierung der Empfehlung A3 wurde aufgrund der Rückmeldungen zusätzlich überdacht.

Kapitel 5 – Ergebnisse

Bereich	Kernaussagen	A1	A2	A3	A4	B1	B2	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	Allgemein	Summe
Vollständigkeit HT	Ergänzungswunsch (Beispiele)	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	Ergänzungswunsch (Indikationspezifisch)	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	5
	Ergänzungswunsch (Kinder und Jugendliche)	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	4
	Ergänzungswunsch (Muskulatur als Stoffwechselorgan)	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	Hinweis (Redundanz)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	4
	Kritik (zu oberflächlich)	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Verständlichkeit HT	Änderungswunsch (einfachere Sprache)	1	8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	11
	Änderungswunsch (Textlänge)	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	2	2	0	0	0	1	9
	Änderungswunsch (Darstellung)	5	1	2	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	11
Nutzen für die Praxis HT	Kritik/Hinweis (Umsetzung unrealistisch/schwierig)	0	0	8	2	1	4	12	7	0	0	0	0	1	1	1	7	44
	Kritik (Fehlende Innovation)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
Praxisempfehlung	Formulierungshinweis (Praxisempfehlung)	0	0	5	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
Allgemein	Kritik (Rehasystem)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3
	Positive Bestätigung der PE/Lob	3	1	1	1	0	2	2	0	0	1	0	1	0	0	0	10	22
																		129

Abbildung 7 Übersicht zu den qualitativen Kommentaren zu den einzelnen Empfehlungen

5.6 Arbeitspaket A6 – Revision und finale Konsentierung der Praxisempfehlungen

Basierend auf den Kommentaren der Teilnehmenden am Konsultationsverfahren in AP A5 wurde beschlossen, die Praxisempfehlungen A1, A3 und C1 leicht anzupassen. Folgende Überarbeitungen der Hintergrundtexte ergaben sich auf Grundlage der Konsultationsergebnisse: Inhaltliche Präzisierung und Klärung, sprachliche Vereinfachungen, Layoutoptimierungen und Nutzen von Kürzungspotentiale.

17 Personen nahmen an dem finalen Konsentierungsworkshop (13.11.2024) online teil: fünf Bewegungstherapeuten bzw. Bewegungstherapeutinnen, ein Psychologe, ein Arzt und eine Ärztin, zwei Mitglieder der AG Bewegungstherapie und zwei Vertreter der DRV Bund sowie fünf Personen aus der Forschungsgruppe.

Nach Präsentation der Ergebnisse aus der Konsultation und deren Konsequenzen für die Praxisempfehlungen, wurden die Anpassungen diskutiert. Dabei wurden v.a. die Anpassungen in C1 (Assessment) von den Teilnehmenden eingehend diskutiert. Aus der Diskussion ergaben sich die folgenden Schlüsselpunkte:

- 1) Standardisiertes Assessment als Qualitätsmaßstab: Teilnehmender (TN) 1 und TN 2 betonen die Notwendigkeit, das Assessment in einer standardisierten Form zu verankern, um die Qualität und Vergleichbarkeit in der Bewegungstherapie zu sichern.
- 2) Impulsgeber für eine breitere Assessment-Implementierung: TN 3 und TN 4 sind der Meinung, dass die Empfehlung als Impulsgeber dienen sollte, um die Implementierung standardisierter Assessments in Kliniken voranzubringen. Beide sehen die Relevanz eines Assessments, betonen jedoch auch, dass viele Einrichtungen erst noch Strukturen für eine routinierte Assessment-Nutzung aufbauen müssen. Die Empfehlung sollte daher ambitionierte Standards setzen, aber die strukturellen Voraussetzungen der Kliniken berücksichtigen.
- 3) Verpflichtend, aber machbar: TN 5 und TN 6 weisen darauf hin, dass die Formulierung der Empfehlung so gestaltet sein sollte, dass sie den verpflichtenden Charakter des Assessments klarstellt, ohne zu überfordern. TN 5 hebt hervor, dass Formulierungen wie „möglichst“ zu weich wirken und die Bedeutung verwässern. TN 6 spricht sich gegen eine unpräzise Formulierung aus, da sie den Mehrwert eines klaren Assessments für die Therapieeffekte betont.
- 4) *Pre-Post-Assessment zur Sicherung patientenorientierter Ergebnisse*: TN 6 und TN 4 unterstreichen die Bedeutung eines Pre-Post-Assessments, das den Therapieerfolg messbar macht und die Patientenergebnisse sichtbar darstellt. TN 6 fordert eine Formulierung, die das Assessment als integralen Bestandteil der Bewegungstherapie

festlegt, um den Nutzen für die Patientinnen und Patienten zu verdeutlichen. Die Empfehlung sollte daher beinhalten, dass zumindest ein Pre-Post-Vergleich durchgeführt wird, um die Fortschritte der Patienten nachzuvollziehen.

- 5) *Qualitätssteigerung durch neue Normen*: TN 1 sieht die Empfehlung als Möglichkeit, die Normen im Bereich der Bewegungstherapie zu erhöhen. Die Empfehlung sollte klare Ziele setzen, die Kliniken an ein höheres Qualitätsniveau heranführen, ohne dabei unrealistische Anforderungen zu stellen. Die Formulierung könnte hierbei betonen, dass das Ziel des Assessments in der Förderung einer qualitativ hochwertigen, personorientierten Bewegungstherapie liegt.

Anschließend wurden die Teilnehmenden darum gebeten, ihre Zustimmung zu den Anpassungen der Praxisempfehlungen in einem Online-Fragebogen zu bewerten. Dabei ergaben sich folgende Bewertungen: Den inhaltlichen Anpassungen der Praxisempfehlung A1 stimmten zehn Personen „voll zu“ und eine Person stimmte „eher zu“. Für A3 ergab sich das gleiche Bild (zehn Personen stimmten „voll zu“ und eine Person „eher zu“). Bei C1 stimmten vier Personen „voll zu“, fünf Personen „eher zu“ und zwei Personen stimmten „eher nicht zu“.

5.7 Arbeitspaket B1 – Partizipative Erstellung einer Bedarfsanalyse zu Anforderungen einer erfolgreichen Dissemination und Implementierung der Praxisempfehlungen

Im Arbeitspaket B1 wurden beide Workshops planmäßig umgesetzt. Die beiden Online-Workshops zur gemeinsamen Definition methodischer Eckpunkte der Bedarfsanalyse fanden am 28. September 2023 (vier TN plus zwei Moderatoren aus dem Forschungsteam) und 29. September 2023 (fünf TN plus zwei Moderatoren aus dem Forschungsteam) mit entsprechenden Reha-Akteuren sowie -Akteurinnen statt. Die Ergebnisse dieser Workshops bildeten die Grundlage für die konkrete Ausgestaltung der Bedarfsanalyse. In den durchgeführten thematischen Fokusgruppen wurde für die Methodik der Bedarfsanalyse (Konzeption des Fragebogens) drei Kernbereiche identifiziert: 1) Rekrutierung der Stichprobe, 2) Befragungsmodus und 3) Inhalte der Befragung. Der Fokus lag hierbei auf den Inhalten der Befragung und den Themengebieten Erreichung der Akteure („Reach“), Mehrwert für die Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten („Utility“), Darstellung und Nutzerfreundlichkeit („Usability“) und Barrieren/Förderfaktoren für die Umsetzung auf drei Ebenen (digitale Lösung, Einrichtung, Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten). Basierend auf weiteren Recherchen und den Ergebnissen der Workshops wurde die Abfrage der Darstellung und Nutzerfreundlichkeit („Usability“) gestrichen, da diese nur

explorativ erfassbar sind. Hinsichtlich der Methodik, sowie förderlichen bzw. hinderlichen Aspekten für die Implementierung digital unterstützender Angebote wurden Ergebnisse des REHADI-Projekts (Quantitative Befragung zu digital unterstützten Angeboten in der Reha) als Orientierung herangezogen. In Bezug auf die „Utility“ konnte die 2010 im Rahmen eines Forschungsprojekts entstandene Webseite und das Praxishandbuch der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) als Orientierungspunkt genutzt werden. Die finale Bedarfsanalyse beinhaltete nach wiederholten Überarbeitungen drei übergeordnete Teile: 1) Basisinformationen – Ihre Tätigkeit in der medizinischen Rehabilitation 2) Unterstützungsbedarf für die Gestaltung einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie und 3) neue Praxisempfehlungen für die Rehabilitation. Innerhalb des genannten Teils 2 der Befragung werden die aus den Praxisempfehlungen in Teil A entstandenen „Empfehlungen zu konkreten inhaltlich-methodischen Konsequenzen“ (siehe Teil C der PE) in Handlungssituationen bzw. Handlungsbereiche einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie übersetzt und der Unterstützungsbedarf sowie zusätzlich die Unterstützungsform abgefragt. Diese sind 1) Assessment, 2) Ziele erarbeiten und Verhalten planen, 3) Zutrauen stärken, 4) Befähigen, 5) Motive, Präferenzen und Bewegungsfreude, 6) Interprofessionelle Zusammenarbeit und 7) Gesprächsführung.

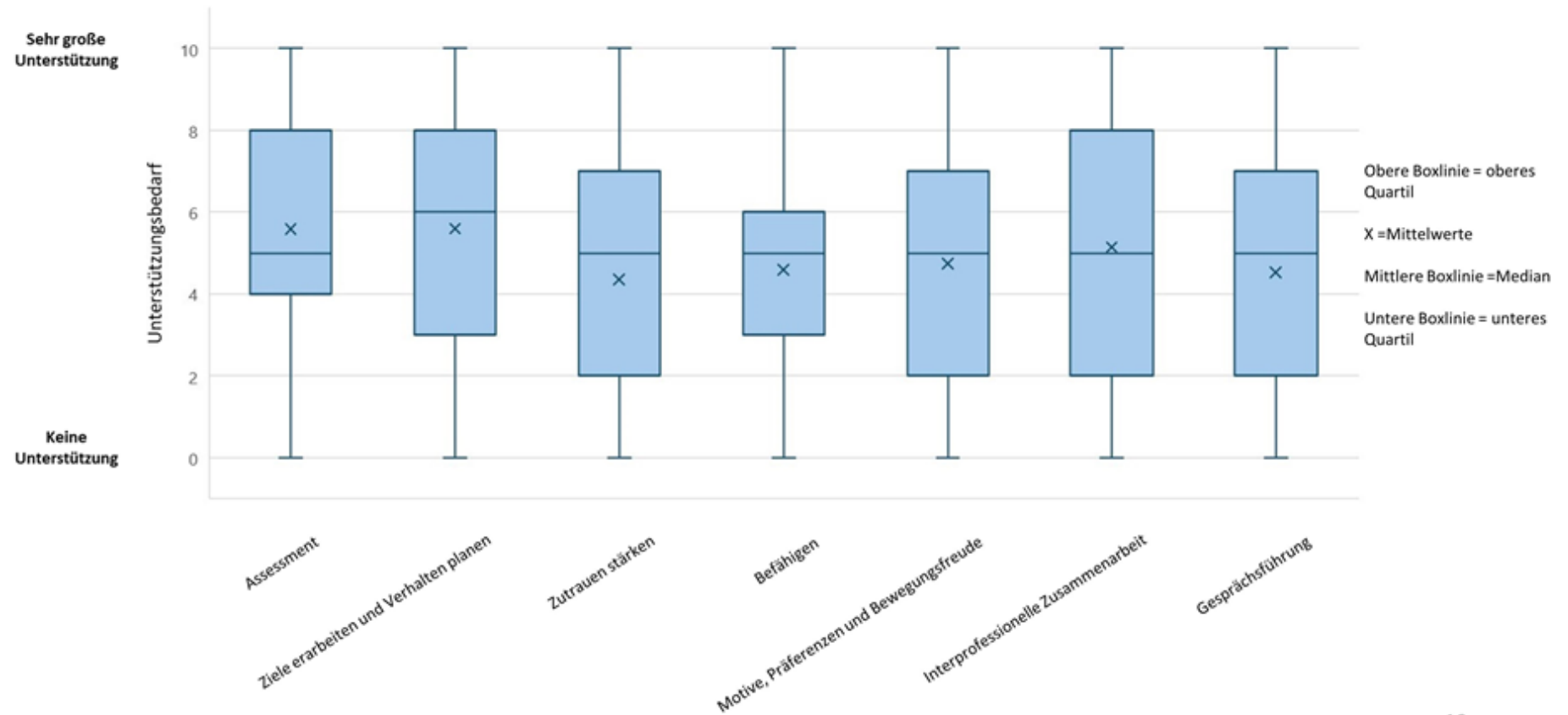
5.8 Arbeitspaket B2 – Durchführung und Auswertung der Bedarfsanalyse

Insgesamt wurde der Fragebogen zur Bedarfsanalyse von 172 Personen begonnen. Davon haben 79 Personen den Fragebogen vollständig abgeschlossen.

Abbildung 8 (Seite 39) verdeutlicht die Unterstützungsbedarfe der Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten für die Bereiche 1. Assessment, 2. Ziele erarbeiten und Verhalten planen, 3. Zutrauen stärken, 4. Befähigen, 5. Motive, Präferenzen und Bewegungsfreude, 6. Interprofessionelle Zusammenarbeit und 7. Gesprächsführung. Die gewünschten Unterstützungsformen werden in Abbildung 9 dargestellt (Seite 40).

Kapitel 5 – Ergebnisse

Der Unterstützungsbedarf wurde für die sieben Handlungsbereiche folgendermaßen durch die Teilnehmenden eingeschätzt:



16

Abbildung 8 Einschätzung des Unterstützungsbedarfs

Kapitel 5 – Ergebnisse

Folgende Unterstützungsformen wurden von den Teilnehmenden angegeben:

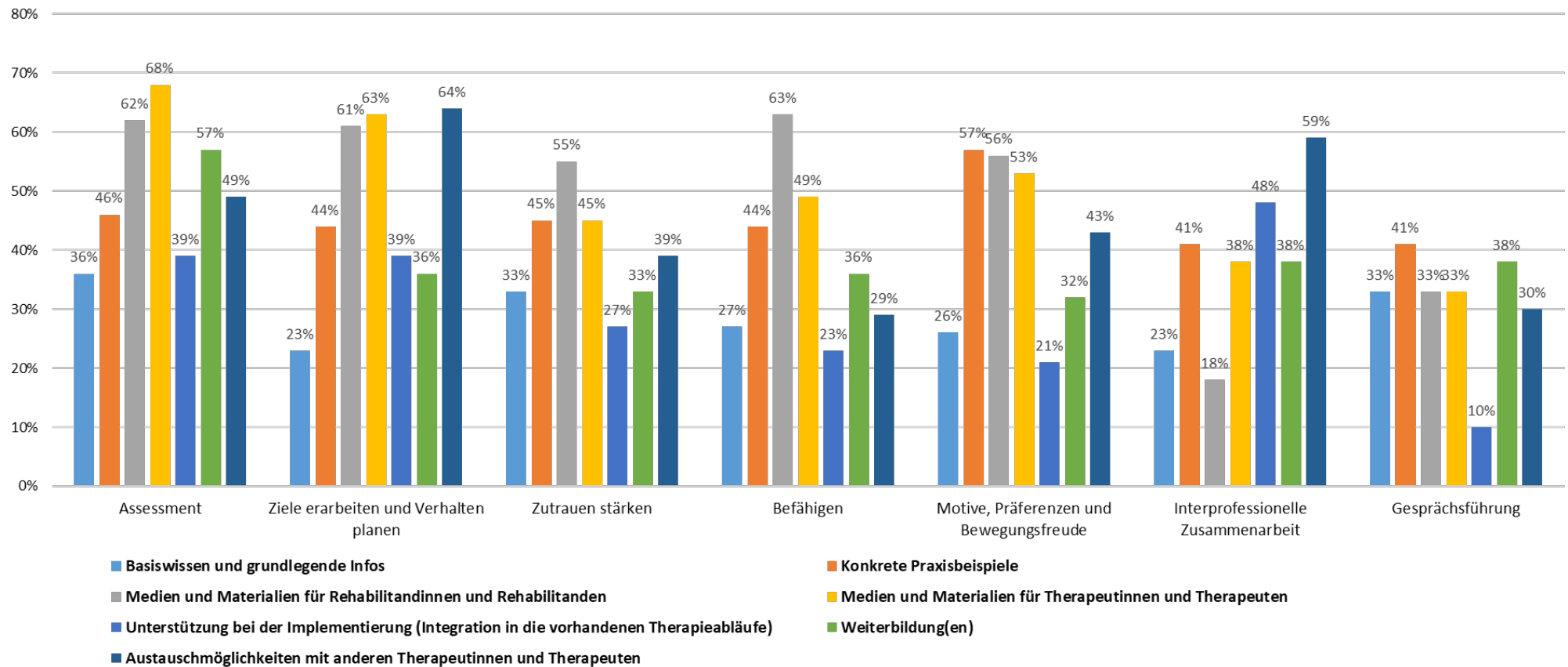
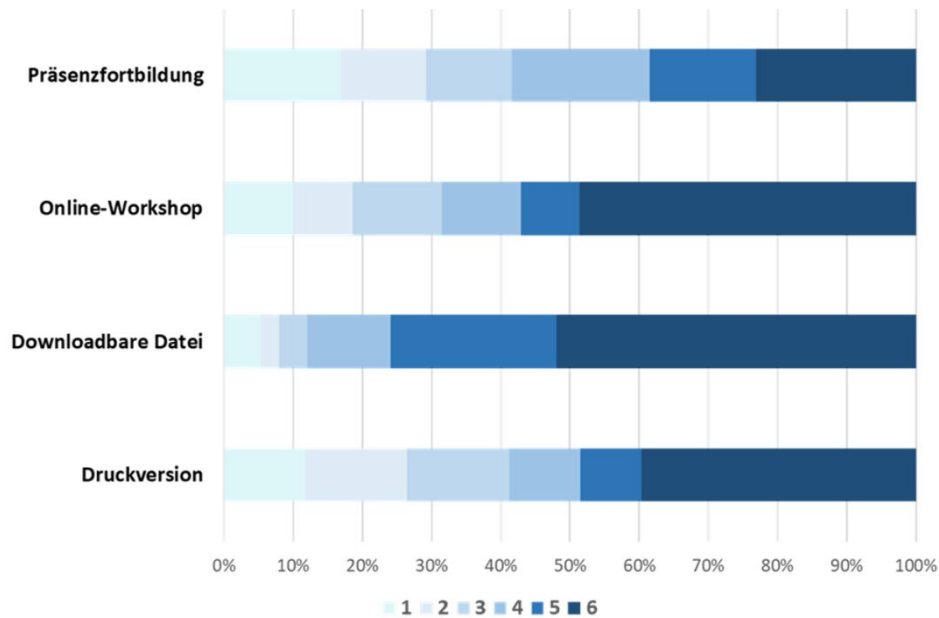


Abbildung 9 Unterstützungsformen

Kapitel 5 – Ergebnisse

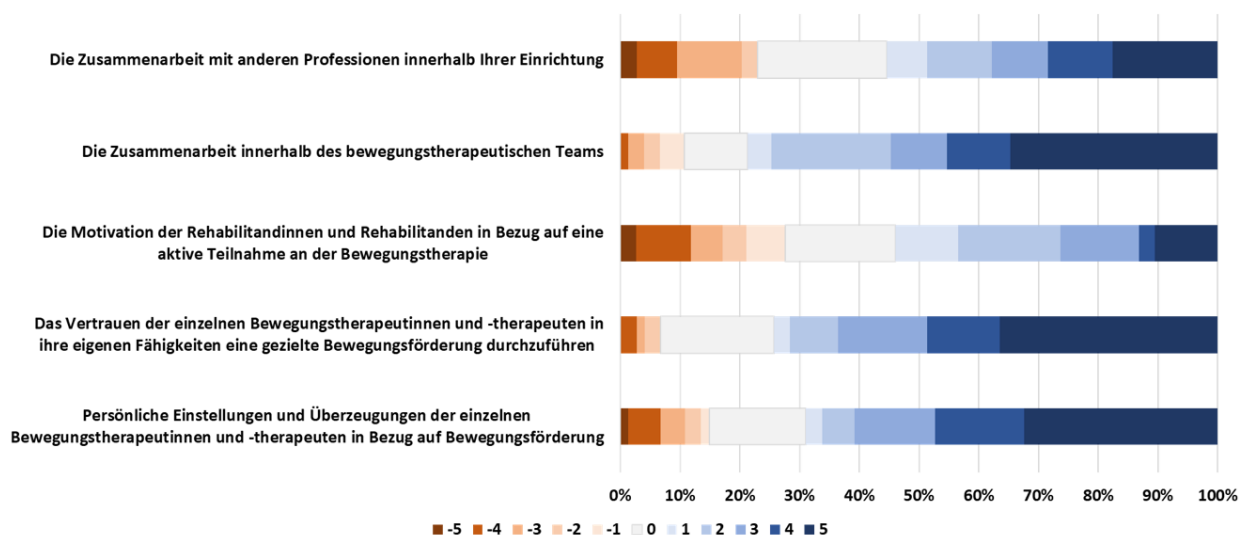
Eine Verbreitung der Praxisempfehlungen ist über unterschiedliche Kanäle und mittels unterschiedlicher Formate denkbar. Für die Verbreitung der Praxisempfehlungen, wurden folgende Formate bewertet:



*Likert-Skala: 1 (Keine Präferenz) bis 6 (Hohe Präferenz)

Abbildung 10 Formate zur Verbreitung der Praxisempfehlungen

Die Barrieren und Förderfaktoren für eine Weiterentwicklung der Bewegungstherapie mit Fokus auf Bewegungsförderung wurden folgendermaßen bewertet:



*Likert-Skala: -5 (sehr hinderlich) bis 5 (sehr förderlich)

Abbildung 11 Barrieren und Förderfaktoren einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie

5.8.1 Expertinnen- und Experten-Workshop im Rahmen des Arbeitspakets B2

Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse wurden im Rahmen eines Expertinnen- und Experten-Workshops am 02.12.2024 mit Vertreterinnen und Vertretern der DRV Bund sowie mit dem Expertinnen- und Experten-Panel (AG Bewegungstherapie der DGRW) sowie den kooperierenden Partnern aus der Fort- und Weiterbildung diskutiert. Das Protokoll des Workshops findet sich unter Anhang 9. Der Workshop begann mit einer Vorstellungsrunde, gefolgt von der Vorstellung der Ergebnisse des PRO-BT Projekts, insbesondere der Konsultationsverfahren und der Bedarfsanalyse.

In der anschließenden Diskussion wurden die zentralen Themen Dissemination, Implementierung und Verbindlichkeit der Praxisempfehlungen behandelt:

Dissemination: Zur Verbreitung der PE wurden mehrere Strategien erörtert. Besonders hervorgehoben wurde der Einsatz von Flyern mit QR-Codes, um den Zugang zu digitalen Inhalten zu erleichtern. Zudem sollen die PE über Webseiten, Newsletter und Fortbildungsveranstaltungen beworben werden. Der DVGS unterstützt die Kommunikation über verschiedene Kanäle, darunter Social Media, digitale Live-Veranstaltungen und interprofessionelle Seminare.

Implementierung: Die Implementierung der PE stellt eine große Herausforderung dar. Eine Checkliste zur einrichtungsspezifischen Umsetzung, die im parallelen STABEKO-Projekt (<https://www.sport.fau.de/das-institut/forschung/bewegung-und-gesundheit/forschungsprojekte/stabeko/>) entwickelt wurde, könnte hier als Unterstützung dienen. Zudem wurde die Notwendigkeit digitaler und niedrigschwelliger Materialien betont, wie aufgezeichnete Einheiten zur asynchronen Nutzung für neue Mitarbeitende. Eine Implementierungsstrategie nach dem Vorbild von MBOR könnte hilfreich sein, wird von der DRV Bund jedoch kritisch gesehen. Die Möglichkeit, dass sich Einrichtungen mit einem bewegungsförderlichen Schwerpunkt positionieren, wurde diskutiert, jedoch wird eine erhöhte Belegung dadurch nicht erwartet. Digitale Austauschformate für Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten wurden als wertvolle Ergänzung zur Implementierung gesehen. Es wurde diskutiert, inwiefern ein „Kondensat“ der Inhalte hilfreich wäre. Allerdings adressiert das PRO-BT Projekt einen Paradigmenwechsel von einem biomedizinischen zu einem biopsychosozialen Ansatz, sodass eine vereinfachte Darstellung nicht zielführend erscheint. Vielmehr sollten gezielt Anreize für Veränderung geschaffen werden.

Verbindlichkeit und Anreize: Zur langfristigen Verankerung der PE wurde deren Integration in Qualitätssicherungsmaßnahmen diskutiert. Während eine direkte Aufnahme in das QS-Verfahren der DRV als schwierig eingeschätzt wurde, besteht die Möglichkeit, sie in die anstehende Überarbeitung des „Rahmenkonzepts zur medizinischen Rehabilitation“ einzubeziehen. Zudem könnten PE im Qualitätsdialog präsenter gemacht und in Visitationen berücksichtigt werden. Eine stärkere Verknüpfung mit Fort- und Weiterbildungsstrukturen, beispielsweise über den DVGS, wurde als sinnvoll erachtet, um die Verbindlichkeit zu erhöhen.

6. Diskussion

Im Zentrum einer zeitgemäßen Sport- und Bewegungstherapie steht die Entwicklung individueller Kompetenzen für die Initiierung und Aufrechterhaltung eines körperlich aktiven Lebensstils (Deutsche Rentenversicherung, 2015). Elaborierte, biopsychosoziale Bewegungstherapiekonzepte unterstützen diese Kompetenzentwicklung (Dean et al., 2011; Geidl et al., 2014; Kunstler et al., 2019; Eisele et al., 2020). Bislang ist die Implementierung und Realisierung solcher bewegungsförderlichen Konzepte der Bewegungstherapie in der Praxis der medizinischen Rehabilitation in Deutschland aber noch keine Selbstverständlichkeit (Sudeck et al., 2020, Geidl et al., 2020, Geidl et al., 2022; Wais et al., 2021), obwohl vorliegende Rahmenkonzepte und Reha-Therapiestandards bereits seit längerer Zeit darauf abzielen.

Im Projekt PRO-BT konnten evidenzbasierte, konsenterte Praxisempfehlungen für die Bewegungsförderung innerhalb der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation erarbeitet werden. Die 15 entwickelten *Praxisempfehlungen Bewegungsförderung* sind in drei Bereiche untergliedert. Teil A beinhaltet übergeordnete Empfehlungen zur Bedeutung von Bewegungsförderung und der kompetenzorientierten Ausrichtung von Bewegungstherapie innerhalb der medizinischen Rehabilitation (Empfehlungen A1 bis A4). In Teil B werden grundlegende methodisch-didaktische Ausrichtungen und Handlungsprinzipien thematisiert (Empfehlungen B1 bis B2). Teil C adressiert konkrete inhaltliche und methodische Konsequenzen für zentrale therapeutische Prozesse, wie z.B. Assessment, Therapieziele, Durchführung und Kontrolle einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie (Empfehlungen C1 bis C9). Jede der Praxisempfehlungen wird durch einen erläuternden Hintergrundtext flankiert. Diese Hintergrundtexte beinhalten vertiefende Information und insbesondere in Teil C Beispiele für die Förderung individueller Kompetenzen von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden im Rahmen der bewegungstherapeutischen Praxis.

Die *Praxisempfehlungen Bewegungsförderung* wurden in einem mehrstufigen Prozess erarbeitet, der sich an Methodiken für systematische Leitlinienentwicklung anlehnt. Neben der Berücksichtigung der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz, spielte dabei die Einbeziehung der Expertise von Akteurinnen und Akteuren aus der Rehabilitationspraxis sowie der Sichtweise von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden eine große Rolle. Innerhalb dieses Prozesses waren bei der Entwicklung der Praxisempfehlungen folgende Qualitätsmerkmale

handlungsleitend: die Empfehlungen sollen möglichst konkret sein; die Empfehlungen sollen theoriebasiert sein und auf der aktuellen Evidenz aufbauen; die Empfehlungen sollen praktikabel und struktur-konservativ (bezogen auf den aktuellen Personalschlüssel) umsetzbar sein; die Empfehlungen sollen durch Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Rehabilitationspraktikerinnen und Praktiker (aus Bewegungstherapie, Psychologie und dem medizinischem Bereich) und Rehabilitandinnen und Rehabilitanden konsentiert sein.

6.1 Relevanz und Nutzen für die Versorgungs-Praxis

Mit den erarbeiteten *Praxisempfehlungen Bewegungsförderung* liegen nun konkrete Informationen und Hilfestellungen vor, wie Bewegungsförderung – als zentrale Zielstellung der Bewegungstherapie – im Rahmen der medizinischen Rehabilitation adressiert werden kann. Der Teil C der Empfehlungen beschreibt konkrete inhaltliche und methodische Konsequenzen für zentrale therapeutische Prozesse, wie z.B. Assessment, Therapieziele, Therapiedurchführung und -kontrolle einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie. Die Praxisempfehlungen unterstützen somit das Rehabilitationsteam und insbesondere die Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten bei der Gestaltung, Umsetzung und Bewertung einer bewegungsförderlichen, kompetenzorientierten Bewegungstherapie. Damit können die Praxisempfehlungen zu einer Verbesserung der Planung, Durchführung und Qualitätssicherung einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie beitragen und somit nicht-zielführende Variation in der bisherigen Praxis der Bewegungstherapie beim Thema Bewegungsförderung (Sudeck et al., 2020, Geidl et al., 2020, Geidl et al., 2022; Wais et al., 2021) reduzieren. Die Praxisempfehlungen erweitern substanziell vorliegende Reha-Therapiestandards und evidenzbasierte Therapiemodule, welche primär Aussagen zum Therapieumfang und zu biopsychosozialen Zielen enthalten, und befördern qualitativ hochwertige Therapieprozesse. Damit leisten die Praxisempfehlungen einen Beitrag zur Optimierung der Konzept-, Prozess- und Ergebnisqualität der Bewegungstherapie im Rahmen rehabilitativer Maßnahmen.

Praxisempfehlungen lagen bislang zu den Bereichen der psychologischen Interventionen (z.B. Reese & Mittag, 2013, Reese et al., 2017), der Ernährungstherapie (Deutsche Rentenversicherung, 2020) oder der Sozialen Arbeit (Lukasczik et al., 2019, Deutsche Rentenversicherung 2023) vor. Mit den *Praxisempfehlungen Bewegungsförderung* liegen nun auch für die Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation klare inhaltliche Vorgaben

und konkrete Hilfestellungen für eine praxisnahe Orientierung und evidenzbasierte Gestaltung der Therapie vor. Damit wird ein wesentlicher bisheriger Mangel mit Blick auf die wichtigen Voraussetzungen für die anspruchsvolle Aufgabe der Umsetzung einer biopsychosozial begründeten und auf die Befähigung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ausgerichteten Bewegungstherapie behoben. Von Seiten der Kostenträger wird mit den *Praxisempfehlungen Bewegungsförderung* ein starker inhaltlicher Impuls für die Qualitätsentwicklung der Bewegungstherapie gegeben (vgl. DGRW-AG Bewegungstherapie, 2021).

Zusätzlich wurde im PRO-BT-Projekt eine Bedarfsanalyse bei in der medizinischen Rehabilitation Bewegungsfachkräften für eine optimale Dissemination und Implementierung der entwickelten *Praxisempfehlungen Bewegungsförderung* unter besonderer Berücksichtigung digitaler Informations- und Begleitangebote durchgeführt.

Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse verdeutlichen, dass für die unterschiedlichen Therapiebereiche (1. Assessment; 2. Ziele erarbeiten und Verhalten planen; 3. Zutrauen stärken; 4. Befähigen, 5. Motive, Präferenzen und Bewegungsfreude; 6. Interprofessionelle Zusammenarbeit; 7. Gesprächsführung) im Durchschnitt mittlere Unterstützungsbedarfe von Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten angegeben werden. Dabei liegt der Median für die einzelnen Therapiebereiche jeweils ungefähr bei 5 (Skala von 1 = keine Unterstützung bis 10 = sehr große Unterstützung), was deutlich macht, dass ein substanzieller Teil der Bewegungsfachkräfte einen eher großen Unterstützungsbedarf angibt. Es kann angenommen werden, dass dies v.a. Akteure aus Rehabilitationseinrichtungen betrifft, die im Vorläuferprojekt „BewegTheReha“ (Geidl et al. 2022) eine bislang noch nicht auf Bewegungsförderung ausgerichtete Bewegungstherapie berichteten. Bewegungsfachkräfte wünschen sich für die konkrete Umsetzung der Praxisempfehlungen v.a. Medien und Materialien (sowohl für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als auch für Bewegungsfachkräfte), konkrete Praxisbeispiele, Weiterbildungen, Austauschmöglichkeiten in den therapeutischen Teams und Unterstützungen bei der Integration in die vorhandenen Therapieabläufe.

Im Rahmen der Bedarfsanalyse wurden außerdem Förderfaktoren und Barrieren für eine Weiterentwicklung der Bewegungstherapie mit Fokus auf Bewegungsförderung erhoben. Dabei wurden folgende Bereiche abgefragt: a) Zusammenarbeit mit anderen Professionen,

b) Zusammenarbeit im bewegungstherapeutischen Team, c) Motivation der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden in Bezug auf eine aktive Teilnahme an der Bewegungstherapie, d) das Vertrauen der Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten in die eigenen Fähigkeiten für die Durchführung gezielter Bewegungsförderung und e) persönliche Einstellungen und Überzeugungen der Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten. Während ein Großteil der Bewegungsfachkräfte diese Aspekte als förderlich einschätzt, schätzen 5-25% diese Bereiche als eher hinderlich ein. Als größte Barrieren werden die Motivation der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und die interprofessionelle Zusammenarbeit eingeschätzt.

6.2 Gesundheitsökonomische Evaluation

Innerhalb der konzeptionellen Entwicklung der *Praxisempfehlungen Bewegungsförderung* im PRO-BT-Projekt waren keine gesundheitsökonomischen Evaluationen vorgesehen. Auf Basis der jüngsten nationalen Daten zum Bewegungsverhalten und den assoziierten Kosten im Gesundheitssystem (Gottschalk et al., 2025) kann indirekt aber auf einen positiven gesundheitsökonomischen Nutzen geschlossen werden. So haben unzureichend aktive Personen höhere durchschnittliche jährliche Gesundheitskosten (Δ 188 €) und höhere Gesundheits- plus indirekte Kosten (Δ 482 €) im Vergleich zu ausreichend aktiven Personen auf. Wenn die vorliegenden Praxisempfehlungen Bewegungsförderung dazu beitragen, Rehabilitation zu optimieren und es in der Folge mehr Rehabilitandinnen und Rehabilitanden gelingt, einen körperlich aktiven Lebensstil zu entwickeln und beizubehalten, wird sich dies voraussichtlich auch in reduzierten Gesundheitskosten niederschlagen.

Mit Blick auf die bereits in der KTL 2015 formulierten Zielsetzungen der Befähigung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für eigenständige körperliche Aktivität, und damit für eine nachhaltige Aufrechterhaltung bewegungstherapeutischer Gesundheitswirkungen, ist eine konkrete Ausrichtung auf eine entsprechend akzentuierte, biopsychosozial begründete und kompetenzorientierte Umsetzung der Bewegungstherapie aus gesundheitsökonomischer Sicht folgerichtig, auch hinsichtlich des Einsatzes und der Finanzierung von Personalressourcen in der medizinischen Rehabilitation.

6.3 Überlegungen und Vorbereitungen zur Umsetzung der Ergebnisse (Praxis-transfer)

Für die Dissemination und Implementierung der *Praxisempfehlungen Bewegungsförderung* (nach dem notwendigen Gremiendurchlauf innerhalb der DRV) wurden die folgenden nächsten Schritte diskutiert:

- Für eine zeitnahe und stärkere Verbreitung und Durchdringung der Empfehlungen in die Praxis der medizinischen Rehabilitation empfiehlt sich eine deutlich sichtbare Anreizsetzung. Dies beinhaltet z. B. auch eine konkretere Erfassung angestrebter Wirkungen im Rahmen des Qualitätssicherungssystems der DRV, oder eine stärkere Sichtbarkeit im Rahmen der Prozess- und Strukturanforderungen für die medizinische Rehabilitation
- Praxisempfehlungen inkl. Hintergrundtexte als downloadbare PDF-Datei auf der Seite der DRV zur Verfügung stellen
- Bereitstellung und Versand einer gedruckten Version der Empfehlungen, ggf. auf gezielte Nachfrage aus Rehabilitationskliniken
- Bekanntmachen der Praxisempfehlungen z. B. über den Newsletter der DRV, über Social-Media-Kanäle des Deutschen Verbandes für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) und des Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung e. V. (ZePG)
- Bekanntmachung der Empfehlungen bei der 5. Fachtagung Bewegungstherapie in Erkner im Mai 2025
- Bekanntmachung im Rahmen weiterer DRV-Fachgespräche zur Bewegungstherapie
- Exploration, inwiefern die Inhalte der Praxisempfehlungen in Aus-, Fort- und Weiterbildung von Bewegungsfachkräften und interprofessionelle Ansätze integriert werden können, z. B. in Austausch mit dem Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e. V. (DVGS) und dem Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung e. V. (ZePG)
- Nutzung der Praxisempfehlungen im Projekt STABEKO („Stärkung der bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz“ gefördert durch die DRV Bayern Süd und Nordbayern), um konkrete Rahmenbedingungen von Rehabilitationseinrichtungen für eine Optimierung von Bewegungsförderung innerhalb der Bewegungstherapie besser zu verstehen
- Wissenschaftliche Verwertung der Projektergebnisse mittels Publikationen in Fachzeitschriften (eine deutschsprachige und eine englischsprachige Publikation)

Liste der projektbezogenen Publikationen und Präsentationen

(Kongress-)beiträge:

- Geidl, W. (2023) Bewegungsförderung eine interdisziplinäre Aufgabe? Perspektive Bewegungstherapie. Rehabilitations-Qualitätszirkel, Universität Würzburg, 02.02.2023.
- Geidl, W. (2023) Praxisempfehlungen für die Optimierung der Bewegungstherapie (PRO-BT). Rehabilitationswissenschaftliches Seminar, Universität Würzburg 06.12.2023.
- Geidl, W. (2024) Interprofessionelle Zusammenarbeit aus Sicht der Bewegungstherapie. Diskussionsforum: Interprofessionelle Zusammenarbeit. 34. Reha-Kolloquium, Nürnberg, Deutschland.
- Geidl, W. (2024). Praxisempfehlungen für die Optimierung der Bewegungstherapie (PRO-BT). Ein partizipatives Projekt zur Qualitätsentwicklung in der medizinischen Rehabilitation. 16. Reha-Symposium des Netzwerk Rehabilitationsforschung Bayern e.V. am 7.–8.11.2024, Bad Brückenau.
- Geidl, W., Sudeck, G., Matting, L., Jung, A., & Pfeifer, K. (eingereicht). Guidelines for physical activity promotion in exercise and physical therapy: An interdisciplinary co-production project. HEPA-Kongress im September 2025 in Kaunas, Litauen.
- Jung, A., Geidl, W., Matting, L., Hoessel, L.-M., Siemens, W., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2024, März). Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie bei Personen mit nicht übertragbaren Erkrankungen: eine Übersichtsarbeit von systematischen Reviews. 33. Reha-Kolloquium, Bremen, Deutschland.
- Matting, L., Geidl, W., Jung, A., Langhirt, F., Sudeck, G. & Pfeifer, K. (2025, März). Konzepte zur Bewegungsförderung im Rahmen der Bewegungstherapie: ein Scoping Review. 34. Reha-Kolloquium, Nürnberg, Deutschland.
- Matting, L., Geidl, W., Jung, A., Langhirt, F., Sudeck, G. & Pfeifer, K. (2024, September). Konzepte zur Bewegungsförderung im Rahmen der Bewegungstherapie: ein Scoping Review. Jahrestagung der dvs-Kommission Gesundheit 2024, Bayreuth, Deutschland.
- Pfeifer, K., Born, L. (2025) Diskussionsforum: Neue Praxisempfehlungen für Bewegungsförderung in der Rehabilitation – Wie kann eine wirksame Verbreitung und Implementierung erfolgen? 34. Reha-Kolloquium, Nürnberg, Deutschland.

Manuskripte:

- Jung, A., Geidl, W., Matting, L., Hoessel, L.-M., Siemens, W., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2024) Efficacy of Physical Activity Promoting Interventions in Physical Therapy and Exercise Therapy for Persons with Noncommunicable Diseases: An Overview of Systematic Reviews Physical Therapy. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzae053>.
- Matting, L., Pfeifer, K., Sudeck, G., Jung, A., Langhirt, F., Geidl, W. Langhirt, F. (in Planung) Optimierung der Dissemination und Implementierung von Praxisempfehlungen für eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie – Bedarfsanalyse für Möglichkeiten eines Online-Portals.
- Matting, L., Pfeifer, K., Sudeck, G., Jung, A., Langhirt, F., Geidl, W. Physical activity promotion in physical therapy, exercise therapy and other movement-based therapies: A scoping review and content analysis of interventional concepts [Manuskript zur Begutachtung eingereicht].

Literatur

- AG Bewegungstherapie (2009). Ziele und Aufgaben der Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“ in der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW). *Rehabilitation*, 48: 252-255.
- Baldus, A., Köppel, M., & Peters, S. (2022). Strukturqualität von ambulanten und stationären medizinischen Rehabilitationseinrichtungen: Strukturmerkmale der personellen Anforderungen für den Bereich Sport-/Bewegungstherapie. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 38(06), 254-262. <https://doi.org/10.1055/a-1954-8515>
- Brüggemann, S., Sewöster, D., & Kranzmann, A. (2018). Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung - eine Analyse auf Basis quantitativer Routinedaten. *Die Rehabilitation*, 57(1), 24-30. <https://doi.org/10.1055/s-0043-102556>
- Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S et al. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*. 54: 1451-1462. doi: 10.1136/bjsports-2020-102955
- Cachay, K. & Thiel, A. (1999). Ausbildung ins Ungewisse. Beschäftigungschancen für Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftler im Gesundheitssystem. Aachen: Meyer & Meyer.
- Dean, E., Al-Obaidi, S., De Andrade, A. D., Gosselink, R. et al. (2011). The First Physical Therapy Summit on Global Health: Implications and Recommendations for the 21st century. *Physiotherapy Theory Practise*, 27: 531-547.
- Deutsche Rentenversicherung (2014). Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL) (Ausgabe 2015). https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/3_Infos_fuer_Experten/01_sozialmedizin_forschung/downloads/sozmed/klassifikationen/dateianhaenge/KTL/ktl_2015_pdf.pdf?__blob=publicationFile&v=8
- Deutsche Rentenversicherung (2009). Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Retrieved from http://www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/cae/servlet/contentblob/35684/publicationFile/18155/rahmenkonzept_medizinische_reha.pdf
- Deutsche Rentenversicherung (2020). Ernährungstherapie in der medizinischen Rehabilitation. Berlin: DRV Bund.
- Deutsche Rentenversicherung (2023). Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Praxisempfehlungen für die Soziale Arbeit in der medizinischen Rehabilitation. Berlin
- DGRW-AG Bewegungstherapie (2021). Bewegungstherapie und Bewegungsförderung in der Rehabilitation – Aufgaben und Ziele für Forschung und Entwicklung. *Rehabilitation*, 60 (1).
- Eisele, A., Schagg, D., Göhner, W. (2020). Exercise promotion in physiotherapy: A qualitative study providing insights into German physiotherapists' practices and experiences. *Musculoskeletal Science and Practice* 45. 102104; <https://doi.org/10.1016/j.msksp.2019.102104>
- Geidl, W., Deprins, J., Casser, S., Streber, R., Portenschläger, F. Sudeck, G., Pfeifer, K. (2020). Exercise therapy and physical activity promotion: Do exercise therapists assess or receive information on clients' relevant personal factors? A national survey from Germany. *European Journal of Physiotherapy*, 22: 290–298 <https://doi.org/10.1080/21679169.2019.1617776>
- Geidl, W., Deprins, J., Fangmann, C., Demisse, E., Pfeifer, K., Sudeck, G. (2019). Physical activity promotion in daily exercise therapy: The perspectives of exercise therapists in German rehabilitation settings. *BMC Sport Science, Medicine and Rehabilitation*. 11. <https://dx.doi.org/10.1186/s13102-019-0143-7>
- Geidl, W., Hofmann, J., Pfeifer, K. (2014). Health behaviour change theories: Contributions to an ICF-based behavioural exercise therapy for individuals with chronic diseases. *Disability and Rehabilitation*, Early Online: 1–10. DOI: 10.3109/09638288.2014.891056
- Geidl, W., Sudeck, G., Wais, J., & Pfeifer, K. (2022). Bewegungsförderliche Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Konsequenzen der bundesweiten Bestandsaufnahme für die Qualitätsentwicklung. *Rehabilitation (Germany)*, 61(5), 336-343. <https://doi.org/10.1055/a-1693-8380>

- Gottschalk, S., König, H.-H., Weber, A., Leitzmann, M., Stein et al. (2025). Costs associated with insufficient physical activity in Germany: Cross-sectional results from the baseline examination of the German national cohort (NAKO). *European Journal of Health Economics*. HEPAC: Health Economics in Prevention and Care, 26(1), 117-128. <https://doi.org/10.1007/s10198-024-01697-9>
- Kunstler, B.E., Cook, J.L., Kemp, J.L., O'Halloran, P.D., Finch, C.F. (2019). The behaviour change techniques used by Australian physiotherapists to promote non-treatment physical activity to patients with musculoskeletal conditions. *Journal of Science and Medicine in Sport* 22:2–10. <https://doi.org/10.1016/j.jsams.2018.06.002>
- Lehmann, Y., Ayerle, G., Beutner, K., Karge, K., Behrens, J. & Landenberger, M. (2016). Bestandsaufnahme der Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen im europäischen Vergleich (GesinE) – zentrale Ergebnisse und Schlussfolgerungen. *Das Gesundheitswesen*, 78, 407-413.
- Lowe, A., Gee, M., McLean, S., Littlewood, C., Lindsay, C., & Everett, S. (2018). Physical activity promotion in physiotherapy practice: A systematic scoping review of a decade of literature. *Br J Sports Med*, 52(2), 122-127. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2016-096735>
- Lukasczik, M., Zerban, N., Wolf, H.-D., Neuderth, S. & Vogel, H. (2019). Praxisempfehlungen Soziale Arbeit in der Rehabilitation. Vorstellung und Diskussion der Beta-Version. Rehawissenschaftliches Seminar, Uni Würzburg, 15. Mai 2019. Zugriff unter https://www.psychotherapie.uni-wuerzburg.de/termine/dateien/2019-05-15_RehaSeminar_Uni-Wuerzburg_PE-Sozialarbeit_i-d-Reha.pdf
- McGrane N, Galvin R, Cusack T, Stokes E (2015). Addition of motivational interventions to exercise and traditional physiotherapy: a review and meta- analysis. *Physiotherapy*. 2015;101:1–12. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2014.04.009> .
- Peters, D.H., Adam, T., Alonge, O., Akua Agyepong, A., & Tran, N. (2013). Implementation research: what it is and how to do it. *British Medical Journal*, 347:f6753 doi: 10.1136/bmj.f6753
- Pfeifer, K.; Geidl, W. (2017): Bewegungsempfehlungen für Erwachsene mit einer chronischen Erkrankung – Methodisches Vorgehen, Datenbasis und Begründung. *Gesundheitswesen* 79 (Suppl. 1) S29–S3
- Pfeifer, K., Sudeck, G., Brüggemann, S., Huber, G. (2010). DGRW-Update: Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation – Wirkungen, Qualität, Perspektiven. *Rehabilitation* 49: 224-236.
- Pollock, M, Fernandes, RM, Becker, LA, Pieper, D, Hartling L. ChapterV: Overviews of reviews. In: JPTH, Thomas J, Chandler J, et al. (Hrsg.) *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 6.3 (Updated February 2022).Cochrane; 2022.
- Reese, C. & Mittag, O. (2013). *Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation*. Berlin: DRV Bund.
- Reese, C., Weis, J., Schmucker, D. & Mittag, O. (2017). Development of practice guidelines for psychological interventions in the rehabilitation of patients with oncological disease (breast, prostate or colorectal cancer): methods and results. *Psycho-Oncology*, 26, 1513-1518.
- Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, Moher D, Tugwell P, Welch V, Kristjansson E, Henry DA. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*. 2017 Sep 21;358:j4008. doi: 10.1136/bmj.j4008.
- Sousa, V., Dunn, L. (2017). Towards Usable E-Health. A Systematic Review of Usability Questionnaires. *Applied Clinical Informatics*. 18: 470-490. doi: 10.4338/ACI-2016-10-R-0170
- Squires, J., Estabrooks, C. O'Rourke, H. et al. (2011). A systematic review of the psychometric properties of self-report research utilization measures used in healthcare. *Implementation Science*. 6: 83. doi:10.1186/1748-5908-6-83
- Sudeck, G., Geidl, W., Abu-Omar, K., Finger, F., Krauß, I. & Pfeifer, K. (2021). Do adults with non-communicable diseases meet the German physical activity recommendations? A cross-sectional analysis of the GEDA 2014/15 Survey. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 51.

- Sudeck, G., Geidl, W., Deprins, J., Pfeifer, K. (2020). The role of physical activity promotion in typical exercise therapy concepts: A latent class analysis based on a national survey in German medical rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*. 42: 3653-3663.
- Sutton, A., Clowes, M., Preston, L., Booth, A. (2019). Meeting the review family: exploring review types and associated information retrieval requirements. *Health Information & Libraries Journal*, 36:202–222. <https://doi.org/10.1111/hir.12276>.
- Wais, J., Geidl, W., Rohrbach, R., Sudeck, G., Pfeifer, K. (2021). Exercise therapy teamwork in German rehabilitation settings: Results of a national survey using mixed methods design. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, 949; <https://doi.org/10.3390/ijerph18030949>.
- Werle J, Woll A, Tittlbach S. (2006). *Gesundheitsförderung: Körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer.

Anhang

Anhang 1: Erster Entwurf der Praxisempfehlungen für AP 2	55
Anhang 2: Detaillierte Diskussionspunkte aus dem kleinen Workshop (AP2).....	57
Anhang 3: Anpassungen der Praxisempfehlungen basierend auf dem kleinen Workshop	76
Anhang 4: Konsequenzen aus den Fokusgruppen für die Praxisempfehlungen und Hintergrundtexte	81
Anhang 5: zweite Version der Praxisempfehlungen für AP 4.....	92
Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop.....	94
Anhang 7: Überarbeitung der 2. Version der Praxisempfehlungen basierend auf dem großen Workshop	122
Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen	129
Anhang 9: Protokoll des B-2-Workshops	154

Anhang 1: Erster Entwurf der Praxisempfehlungen für AP 2

(A1) Alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollen dabei unterstützt werden, im Rahmen ihrer Möglichkeiten, regelmäßig und langfristig körperlich aktiv zu sein, um ihre Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe nachhaltig aufrechterhalten zu können. Als Orientierungspunkte für ein gesundheitsorientiertes Maß körperlicher Aktivität können die Nationalen Empfehlungen für Bewegung sowie indikationsspezifische Bewegungsempfehlungen dienen.

(A2) Bewegungstherapeutisches Handeln soll auf die Befähigung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für eine möglichst eigenständige Weiterführung von regelmäßigen Bewegungs- und Sportaktivitäten ausgerichtet sein.

(A3) Im Sinne des übergeordneten Prinzips der Patientenorientierung soll eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie sowohl die individuellen Bedürfnisse, Ziele, Motive und Präferenzen als auch körperliche, psychische und soziale Möglichkeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (ICF- Kontextfaktoren) berücksichtigen. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nehmen dabei eine aktive und mitbestimmende Rolle ein und gestalten z.B. Prozesse der Zielsetzung und Planung, insbesondere mit Blick auf die eigenständige Weiterführung körperlicher Aktivität, aktiv mit.

(A4) Eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie setzt eine therapeutische Grundhaltung voraus, bei der die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als Expertinnen bzw. Experten für ihre eigenen Bewegungs- und Sportaktivitäten angesehen werden. Entsprechend dient eine wertschätzende, partnerschaftliche und aktivierende Gesprächsführung dem Ziel, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei der Ausbildung und Entwicklung dieser Expertise bestmöglich zu unterstützen.

(B1) Bewegungsförderliche Bewegungstherapie basiert auf dem Prinzip der Verknüpfung von Trainieren, Üben, Lernen und Erleben. Dies bedeutet, dass Übungs- und Trainingsinhalte, die Vermittlung von Handlungs- und Effektwissen und die Reflexion über eigene Bewegungserfahrungen zielgerichtet verknüpft werden, um einen Aufbau von Kompetenzen für eine körperlich-sportliche Lebensweise zu ermöglichen. Dabei werden gleichermaßen trainings- und bewegungswissenschaftliche, (sport-)medizinische sowie pädagogische und psychologische Perspektiven berücksichtigt

(B2) Bewegungsförderliche Bewegungstherapie soll grundlegend die bisherigen bewegungspraktischen Erfahrungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berücksichtigen und weitere bewegungspraktische Erfahrungen vermitteln. Dabei werden die körperlich-motorischen

Anhang 1: Erster Entwurf der Praxisempfehlungen für AP 2

Voraussetzungen für gesundheitswirksame Bewegung verbessert, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit vielfältigen Formen gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität vertraut gemacht, und Wissen darüber vermittelt, wie körperliche Aktivitäten gesundheitsgerecht selbstbestimmt realisiert werden können.

(B3) Bewegungstherapeutisches Handeln soll auf die Ermöglichung von positiven Erfahrungen mit Bewegung und Sportaktivitäten ausgerichtet sein und deren wahrgenommene Attraktivität für den Einzelnen erhöhen. Dies kann auch die Überwindung von bisher dominanten negativen affektiven Assoziationen mit eigener Bewegung und sportlicher Aktivität umfassen (z.B. Angst vor körperlicher Schädigung, Scham, ...) und zur Positivierung der eigenen Einstellung gegenüber körperlicher Aktivität abzielen.

(C1) Bewegungstherapie soll basierend auf einem standardisierten Assessment geplant und durchgeführt werden. Dessen Bestandteile sollten für das Ziel der Bewegungsförderung neben der Messung von bedeutsamen Körperfunktionen insbesondere das Bewegungsverhalten selbst sowie weitere psychische, soziale und umweltbezogene Einflussfaktoren des Bewegungsverhaltens umfassen.

(C2) Bewegungsbezogene Therapieziele sollten dialogorientiert, gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erarbeitet werden. Die Erreichung der Ziele sollte überprüft werden und gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden reflektiert werden.

(C3) Für eine zielgerichtete Bewegungsförderung sollte insbesondere eine Kombination von Interventionselementen aus folgenden übergeordneten Bereichen zum Einsatz kommen: a) Bewegungsformen erlernen, wiederholt durchführen und reflektieren, b) Ziele und Planung, c) Verhalten beobachten und Feedback, d) soziale Unterstützung, e) Wissen bilden und anwenden, f) Folgen des Verhaltens, g) Identität/Selbstbild mit Bezug zur Bewegung

(D) Bewegungsförderung ist ein übergeordnetes Rehabilitationsziel, welches in interprofessioneller Zusammenarbeit adressiert werden sollte. Die unterschiedlichen Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation sollten sich bzgl. der bewegungsbezogenen Rehabilitationsziele und der passenden Therapieansätze in regelmäßigen Arbeitsbesprechungen abstimmen.

Anhang 2: Detaillierte Diskussionspunkte aus dem kleinen Workshop (AP2)

I. Übergeordnete Diskussion des Empfehlungsentwurfs als Ganzes

Bezüglich Praxisbezug und Konkretheitsgrad wurde geäußert, dass mehr Details und konkrete Informationen im Rahmen der Praxisempfehlungen hilfreich wären. Zusätzlich wurde angeregt, dass es eine Einigung auf eine gemeinsame Basis von bewegungsförderlicher Bewegungstherapie benötigt. Außerdem wurde geäußert, dass die Gliederung der Empfehlungen bereits gut nachvollziehbar ist und als gute Grundlage für eine „Tool-Box“ für bewegungsförderliche Bewegungstherapie dienen kann.

*Es gab eine Nachfrage bezüglich des Projektablaufs („Welche Version der Empfehlungen wird mit den Rehabilitand*innen diskutiert?“), da Bedenken bezüglich der Verständlichkeit der Empfehlungen in der aktuellen Version für Rehabilitand*innen geäußert wurden.*

Es wurde eine Passung mit den Reha-Therapiestandards (RTS) und der Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL) bezüglich Anknüpfungspunkten und Konflikten diskutiert. Zusätzlich wurde gefragt, wie sich die Empfehlungen in der KTL abbilden lassen („Wie könnten Teil A, B, C und D in die KTL integriert oder mit der KTL verknüpft werden?“). In dem Zusammenhang wurde bemängelt, dass eine Leistung der „Lebensstiländerung“ nicht über die KTL abbildbar ist.

*Es wurden erste Punkte zu einer späteren Implementation der Empfehlungen diskutiert. Besonders wurde hier im Rahmen von „strukturellen Voraussetzungen“ der Punkt Qualifikationen der Bewegungstherapeut*innen diskutiert und geäußert, dass eine konkrete Klärung der Qualifikationen, wichtig für die Kommunikation mit der Einrichtungsleitung ist.*

Schlussfolgerung:

- *Besonders Praxisbezug und Konkretheitsgrad erscheinen optimierungsbedürftig.*
- *Eine Verknüpfung mit bereits bestehenden Dokumenten bestmöglich anstreben (KTL, RTS).*

II. Diskussion zu den einzelnen Teilen des Empfehlungsentwurfs

Allgemeine Anmerkungen zum A-Block:

Die Empfehlungen werden zunächst als sehr allgemein wahrgenommen. Es wird der Bedarf geäußert, dass die Empfehlungen konkreter formuliert werden bzw. es Möglichkeiten gibt, vertiefende Informationen zu erhalten. Dies können ausformulierte Hintergrundtexte sein, wie sie bereits in Aussicht gestellt wurden, oder Verlinkung zu anderen Quellen.

Es wird zudem diskutiert, ob gewisse Inhalte von Empfehlungen eher den Charakter einer Präambel aufweisen.

Schlussfolgerung:

- *Seitens des Projektteams wird auf folgende Aspekte mit Blick auf die angedachte Endversion hingewiesen: Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass die Hintergrundtexte bereits in der Struktur der Praxisempfehlungen mitgedacht sind. Die Hintergrundtexte werden aber erst im Nachgang zum 1. Workshop von der Forschungsgruppe ausgearbeitet und stehen dann für den 2. Workshop im Oktober zur Verfügung. Die Diskussion zeigt die Notwendigkeit von Hintergrundtexten zur Konkretisierung der Empfehlungen.*
- *Eine Präambel wird zudem als sinnvoll erachtet.*

Bewegung → Teilhabe

(A1) Alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollen dabei unterstützt werden, im Rahmen ihrer Möglichkeiten, regelmäßig und langfristig körperlich aktiv zu sein, um ihre Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe nachhaltig aufrechterhalten zu können. Als Orientierungspunkte für ein gesundheitsorientiertes Maß körperlicher Aktivität können die Nationalen Empfehlungen für Bewegung sowie indikationsspezifische Bewegungsempfehlungen dienen.

Diskutiert wird hier die Nennung der Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (NEBB) in der Empfehlung selbst. Die Nennung der NEBB wird hier als zu spezifisch im Vergleich zu den anderen Empfehlungen gesehen. Ein Vorschlag ist, die NEBB erst im Hintergrundtext zu nennen und zu erläutern. In diesem Rahmen könnte zudem eine Berücksichtigung/Einordnung der WHO-Bewegungsempfehlungen erfolgen.

*Ein weiterer Diskussionspunkt sind die konkreten NEBB-Empfehlungen zu gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität (mindestens 150 min moderat-intensive Aktivität pro Woche). Diese werden als zu hoch und möglicherweise abschreckend angesehen, wenn es darum geht Rehabilitand*innen zu einem aktiveren Lebensstil zu verhelfen. In diesem Zusammenhang wird auch angemerkt, dass es sinnvoll sein könnte, die Formulierung „im Rahmen ihrer Möglichkeiten“ hervorzuheben bzw. explizit zu erläutern. Es geht also um die Rolle von Optimalanforderungen/gesundheitswirksamer Dosis gegenüber individuellen Möglichkeiten für niedrigschwelligen, schrittweisen Einstieg mit stärkerer Berücksichtigung der individuellen Voraussetzung (inkl. Erhalt, Energiemanagement).*

Ein weiterer Diskussionspunkt ist die „Basis“, auf die aufgebaut werden soll. Empfohlen wird hier ein einleitendes Kapitel, welches eine erste Orientierung über die Grundausrichtungen sowie das evidenzbasierte Fundament der Praxisempfehlungen geben soll. In diesem Einleitungskapitel sollen vor allem die Ergebnisse des BTR-Projekts und der internationale Stand aufgearbeitet werden.

An dieser Stelle werden bereits verschiedene Begrifflichkeiten angesprochen „Bewegung“, „Sport“ und „gesundheitsförderliche kA“. Im weiteren Verlauf der Diskussion wird auf eine notwendige Abgrenzung von Begriffen verwiesen.

Schlussfolgerung:

- *Besonders die Rolle der NEBB sollten überdacht werden (auch mit Hinblick auf eine Dosis-Empfehlung).*
- *Auch hier wird wieder auf die Notwendigkeit einer Präambel/ eines einleitenden Kapitels verwiesen.*
- *Bewegungsbezogene Begriffe sollten einheitlich genutzt werden.*

Befähigung

(A2) Bewegungstherapeutisches Handeln soll auf die Befähigung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für eine möglichst eigenständige Weiterführung von regelmäßigen Bewegungs- und Sportaktivitäten ausgerichtet sein.

Hier wird vor allem der Umgang mit körperlichen Einschränkungen, Ressourcenmanagement und Pacing angeführt. Es wird diskutiert, dass sich die genannten Punkte über das Modell der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz abbilden bzw. inkludieren lassen (Bsp. Pacing als Teil von Steuerungskompetenz), welche auch einen konzeptionellen Bezugspunkt in KTL bzw. ETM aufweisen.

Es wird die Formulierung „möglichst“ hinterfragt. Zusätzlich wird eine Formulierungsanpassung von „eigenständig“ zu „selbstbestimmt“ vorgeschlagen.

An dieser Stelle wird ein möglicher KTL-Bezug diskutiert (besonders „Zeit“ für eigenständige kA).

Schlussfolgerung:

- *Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenzen könnten grundlegender in die Empfehlungsformulierung einfließen.*
- *Ein engerer KTL-Bezug könnte hilfreich sein.*

Patientenorientierung

(A3) Im Sinne des übergeordneten Prinzips der Patientenorientierung soll eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie sowohl die individuellen Bedürfnisse, Ziele, Motive und Präferenzen als auch körperliche, psychische und soziale Möglichkeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (ICF- Kontextfaktoren) berücksichtigen. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nehmen dabei eine aktive und mitbestimmende Rolle ein und gestalten z.B. Prozesse der Zielsetzung und Planung, insbesondere mit Blick auf die eigenständige Weiterführung körperlicher Aktivität, aktiv mit.

Erneut wurde die Formulierung „eigenständig“ diskutiert und der Vorschlag gemacht, diese durch „selbstbestimmt“ zu ersetzen.

Zusätzlich wurde die Wichtigkeit der gemeinsamen Entscheidungsfindung betont und der Vorschlag gemacht diese hervorzuheben.

Von Seiten des Projektteams wurde bestätigt, dass eine „regelmäßige Weiterführung“ konkretisiert werden sollte.

Schlussfolgerung:

- *Bei A3 stehen hauptsächlich Formulierungsanpassungen im Vordergrund.*
- *Möglicherweise konkrete Formulierung von „gemeinsamen Entscheidungsfindung“ und „regelmäßige Weiterführung“.*

Therapeutische Grundhaltung

(A4) Eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie setzt eine therapeutische Grundhaltung voraus, bei der die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als Expertinnen bzw. Experten für ihre eigenen Bewegungs- und Sportaktivitäten angesehen werden. Entsprechend dient eine wertschätzende, partnerschaftliche und aktivierende Gesprächsführung dem Ziel, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei der Ausbildung und Entwicklung dieser Expertise bestmöglich zu unterstützen.

*Es wurden Bedenken geäußert, dass Rehabilitand*innen zu Beginn des Reha-Aufenthalts zu wenig (Bewegungs-)Erfahrungen hätten und somit nicht als „Experten“ gesehen werden könnten; auch eine gemeinsame Zielfindung mit den Rehabilitand*innen sei zu Beginn der Reha teilweise kaum möglich. Gleichzeitig wurde aber auch geäußert, dass ohne Zustimmung und die Mitarbeit von Patienten Bewegungstherapie nicht möglich sei.*

Hinsichtlich Formulierung wurde geäußert, dass der Begriff „Gesprächsführung“ eher als „Zusammenarbeit“ benannt werden sollte.

Schlussfolgerung:

- *Notwendige Formulierungsüberarbeitung.*
- *Rehabilitand*innen sollten als Expert*innenn für ihre eigene Gesundheitssituation und nicht als Bewegungsexpert*innen angesehen werden.*

B Block

Verknüpfung Trainieren/Üben – Lernen – Erleben

(B1) Bewegungsförderliche Bewegungstherapie basiert auf dem Prinzip der Verknüpfung von Trainieren, Üben, Lernen und Erleben. Dies bedeutet, dass Übungs- und Trainingsinhalte, die Vermittlung von Handlungs- und Effektwissen und die Reflexion über eigene Bewegungserfahrungen zielgerichtet verknüpft werden, um einen Aufbau von Kompetenzen für eine körperlich-sportliche Lebensweise zu ermöglichen. Dabei werden gleichermaßen trainings- und bewegungswissenschaftliche, (sport-)medizinische sowie pädagogische und psychologische Perspektiven berücksichtigt

Hinsichtlich Formulierung wurde ein Springen zwischen verschiedenen Konstrukten bemängelt (Bewegung vs Sport).

Es wurde ein fehlender Praxisbezug bemängelt und sich Beispiele gewünscht.

Es wurde darauf hingewiesen, dass Evidenz auch aus anderen Richtungen kommen kann (z.B. Expertenmeinungen, -empfehlungen).

Schlussfolgerung:

- *Begriffe sollten einheitlich oder abgegrenzt voneinander verwendet werden.*
- *Praxisbezug und Konkretheitsgrad sollten ausgearbeitet werden (Hintergrundtext).*

Bewegungspraktische Erfahrungen nutzen

(B2) Bewegungsförderliche Bewegungstherapie soll grundlegend die bisherigen bewegungspraktischen Erfahrungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berücksichtigen und weitere bewegungspraktische Erfahrungen vermitteln. Dabei werden die körperlich-motorischen Voraussetzungen für gesundheitswirksame Bewegung verbessert, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit vielfältigen Formen gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität vertraut gemacht, und Wissen darüber vermittelt, wie körperliche Aktivitäten gesundheitsgerecht selbstbestimmt realisiert werden können.

*Hier wurde wieder die Thematik der „Erhaltung“ von körperlich-motorischem Potential angesprochen, da nicht bei allen Rehabilitand*innen eine Steigerung möglich ist. In diesem Zusammenhang wurde darauf verwiesen, dass die Voraussetzungen der Rehabilitand*innen stärker berücksichtigt werden sollten.*

Hinsichtlich Formulierung wurde statt „gesundheitsgerecht“, dass bereits verwendete „gesundheitswirksam“ vorgeschlagen.

Es wurde geäußert, dass Ergotherapeuten mehr mitgedacht werden sollten (dieser Punkt lässt sich grundsätzlich dem Empfehlungsbereich D zuordnen).

Schlussfolgerung:

- *„Voraussetzungen“, „Erhaltung“ und „Management“ könnten bei der Formulierung der Empfehlungen mehr berücksichtigt werden.*

Positive Bewegungserfahrungen vermitteln

(B3) Bewegungstherapeutisches Handeln soll auf die Ermöglichung von positiven Erfahrungen mit Bewegung und Sportaktivitäten ausgerichtet sein und deren wahrgenommene Attraktivität für den Einzelnen erhöhen. Dies kann auch die Überwindung von bisher dominanten negativen affektiven Assoziationen mit eigener Bewegung und sportlicher Aktivität umfassen (z.B. Angst vor körperlicher Schädigung, Scham, ...) und zur Positivierung der eigenen Einstellung gegenüber körperlicher Aktivität abzielen.

Es wurde geäußert, dass die Nennung des Konstrukts der „Selbstwirksamkeitserwartung“ fehle.

Eine Verbindungslinie zu Assessment wurde gezogen („erlebbar“ messbar machen).

Der Wunsch nach mehr Konkretheit und Praxisbezug (z.B. Assessment-Tools, Verhaltensänderungstechniken) wurde geäußert.

Schlussfolgerung:

- *Seitens Projektteam wurde geantwortet, dass sich Konkretheit und Praxisbezug aktuell insbesondere im C-Teil finden.*
- *Eine Verbindung mit Assessment wird als sinnvoll erachtet.*

C-Block

Ein Teilnehmer wünscht sich ein indikationsbezogenes Vorgehen.

Die Empfehlungen sollten außerdem einen höheren Konkretheitsgrad und mehr Praxisbezug aufweisen (Praxisempfehlungen als konkrete Handlungsanleitung, Instrumente auflisten).

Es wurde sich eine Verknüpfung mit anderen Ressourcen (z.B. Leitlinien) gewünscht und die Bezugnahme zur KTL.

Der Einbezug des Bereichs „Nachsorge“ in die Empfehlungen wurde vorgeschlagen.

Schlussfolgerung:

- *Bezüglich Konkretheit und Praxisbezug wurde von Seiten des Projektteams geäußert, dass eine Auflistung in Form einer „Good-Practice-Box“ möglich sei.*
- *Verknüpfung mit KTL erscheint sinnvoll.*
- *Empfehlungen für den Bereich Nachsorge im Gesamtkontext der Praxisempfehlungen prüfen.*

Assessment und Therapiekontrolle

(C1) Bewegungstherapie soll basierend auf einem standardisierten Assessment geplant und durchgeführt werden. Dessen Bestandteile sollten für das Ziel der Bewegungsförderung neben der Messung von bedeutsamen Körperfunktionen insbesondere das Bewegungsverhalten selbst sowie weitere psychische, soziale und umweltbezogene Einflussfaktoren des Bewegungsverhaltens umfassen.

*Die Teilnehmer*innen wünschen sich bei dieser Empfehlung einen höheren Konkretheitsgrad und mehr Praxisbezug (z.B. Auflistung von Testverfahren und Ausdifferenzierung). Zusätzlich wurden Bedenken zur Umsetzbarkeit geäußert und ein indikationsspezifisches Vorgehen vorgeschlagen.*

Eine Verknüpfung mit folgender Ressource wurde vorgeschlagen: Curriculum „Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team“, Modul 2b – Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung. DRV-Bund 2022 (https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/fort_und_weiterbildung/Curriculum_Sozialmedizin/Manual_Team_Modul_2b.html)

Es wurde angemerkt, dass BTs ein spezifisches Assessment durchführen sollten.

Schlussfolgerung:

- *Möglicherweise konkrete Formulierung, welche Qualifikation für die Durchführung von Assessment empfehlenswert ist.*
- *Ausarbeitung und Ressourcenverknüpfung im Hintergrundtext.*

Therapieziele und -planung

(C2) Bewegungsbezogene Therapieziele sollten dialogorientiert, gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erarbeitet werden. Die Erreichung der Ziele sollte überprüft werden und gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden reflektiert werden.

Es wurde sich mehr Praxisbezug gewünscht (Hinweise auf zu Hause umsetzbare Bewegungsformen).

Es wurde vorgeschlagen, die Nachsorge explizit in die Empfehlung einzubauen.

Eine Verankerung der Therapiekontrolle mit Bezug zu der KTL wurde vorgeschlagen.

*Es wurde geäußert, dass Ziele und Planung nicht unbedingt von Bewegungstherapeut*innen durchgeführt werden müssen. Es wird entsprechend diskutiert, ob C2 eine Aussage darüber braucht, wer (Berufsgruppen) die Zielsetzung und Planung durchführt.*

Schlussfolgerung:

- *Praxisbezug und Konkretisierung stehen im Vordergrund.*
- *KTL-Bezug erwünscht.*
- *Möglicherweise konkrete Formulierung, „wer“ Zielsetzung und Planung durchführen soll.*

Therapiedurchführung: Inhalte und Methoden

(C3) Für eine zielgerichtete Bewegungsförderung sollte insbesondere eine Kombination von Interventionselementen aus folgenden übergeordneten Bereichen zum Einsatz kommen: a) Bewegungsformen erlernen, wiederholt durchführen und reflektieren, b) Ziele und Planung, c) Verhalten beobachten und Feedback, d) soziale Unterstützung, e) Wissen bilden und anwenden, f) Folgen des Verhaltens, g) Identität/Selbstbild mit Bezug zur Bewegung

Grundsätzlich wurde die Möglichkeit einer besseren Verknüpfung/Abstimmung von B- und C-Teil geäußert, wobei noch keine konkreten Vorschläge diskutiert werden konnten. Seitens Projektteam wurde geäußert, dass eine stärkere Verknüpfung anzustreben ist und die Techniken einen starken (exemplarischen) Praxisbezug benötigen.

Wunsch nach mehr Konkretheit (Evidenzbasierte Beispiele, Unterfütterung der Techniken, Durchführung Verhaltensänderungstechniken in der Bewegungstherapie, was muss bei „Spaß machen“ Sportangeboten beachtet werden). Sonst würden Praktiker nicht wissen, wie die Techniken anzuwenden sind.

Es wurde der Vorschlag geäußert, dass Einrichtungen erheben sollten, was bereits in der BT angeboten wird und zu welcher Kategorie dies passen könnte („umgekehrter Weg“).

Schlussfolgerung:

- *Verknüpfung von B- und C-Teil wird als sinnvoll erachtet.*
- *Konkretheitsgrad optimierungsbedürftig (erfolgt u.a. im Hintergrundtext).*

D Block

Interprofessionelle Zusammenarbeit/ Reha-Team für Bewegungsförderung

(D) Bewegungsförderung ist ein übergeordnetes Rehabilitationsziel, welches in interprofessioneller Zusammenarbeit adressiert werden sollte. Die unterschiedlichen Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation sollten sich bzgl. der bewegungsbezogenen Rehabilitationsziele und der passenden Therapieansätze in regelmäßigen Arbeitsbesprechungen abstimmen.

*Die Teilnehmer*innen wünschen sich einen höheren Konkretheitsgrad (z.B. Techniken beschreiben, Chefärzte in Verantwortung nehmen, Berufsgruppen benennen, als übergeordnetes Reha-Ziel, Hilfe zur Wegfindung, Vorteile von IZ darstellen).*

Der Wunsch nach einem KTL-Bezug wurde geäußert. Gleichzeitig wurde geäußert, dass die KTL keinen interprofessionellen Austausch abdeckt. In diesem Zusammenhang wurde auf die Problematik verwiesen, dass seitens der Klinikverwaltung auch unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten keine Zeit für IZ bereitgestellt wird.

IZ wurde häufig als Lernprozess für die Einrichtung formuliert und der Wunsch nach einer verbindlichen Verankerung im Rahmen von DRV-Vorgaben wurde geäußert.

Hinsichtlich Formulierung wurde statt „Arbeitsbesprechungen“ „Fall-Besprechungen“ vorgeschlagen, seitens Projektteam wurde der Vorschlag von „Team-Besprechungen“ gemacht.

Schlussfolgerung:

- *Konkretheitsgrad optimierungsbedürftig (erfolgt u.a. im Hintergrundtext).*
- *KTL-Bezug erwünscht.*
- *Möglicherweise Umformulierung von „Arbeitsbesprechung“.*

Allgemeine Diskussionspunkte (sowie besondere Bedarfe; Angemessenheit / Passung)

Vor allem die „Sanften Wege“ mit der Schaffung von Anreizen, statt harter Vorgaben wurden als hilfreich bezeichnet. Dieses Vorgehen kann insbesondere die Strukturen der Einrichtungen besser beachten und nutzen (strukturkonservativ).

Auch der Wunsch nach Implementierungsstrategien wurde geäußert. In diesem Zusammenhang wurden Qualifikation und digitale Wege genannt. Dabei sollten auch die notwendigen Qualifikationen von verschiedenen Berufsgruppen benannt werden.

Besondere Bedarfe

Die Empfehlungen zur Umsetzung einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie gelten zunächst prinzipiell für alle in der Medizinischen Rehabilitation bewegungstherapeutisch versorgten Indikationen. In Abhängigkeit von Art und Verlauf der jeweiligen Erkrankung oder der individuellen Ausgangssituation sind im Hinblick auf die Therapieziele und Therapieinhalte bzw. -methoden im Einzelfall Anpassungen oder ergänzende Maßnahmen notwendig. Dies betrifft z.B. Rehabilitandinnen und Rehabilitanden

- bei denen zunächst die Wiederherstellung der körperlichen Funktionsfähigkeit und Belastbarkeit für eigenständige körperliche Aktivität im Vordergrund steht, z.B. nach erst kürzlich erfolgter operativer Versorgung oder bei stark einschränkenden neurologischen Funktionsstörungen etc.
- mit im Vordergrund stehenden ungünstigen kognitiven oder psychischen Ausgangslagen wie z.B. ausgeprägten Angst-Vermeidungsüberzeugungen bei Schmerzerkrankungen oder einer Herzangst bei kardiologischen Erkrankungen
- psychiatrischen Erkrankungen, bei denen die Bewegungstherapie (z.B. als konzentrierte Bewegungstherapie) primär Bestandteil der psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Versorgung ist.

Auch in solchen Fällen sollte im Rehabilitationsteam geprüft werden, inwieweit bei der Planung und Umsetzung der Bewegungstherapie neben den im Vordergrund stehenden erkrankungsbezogenen Therapiezielen, bereits Grundsätze und Maßnahmen der bewegungsförderlichen Bewegungstherapie berücksichtigt werden können.

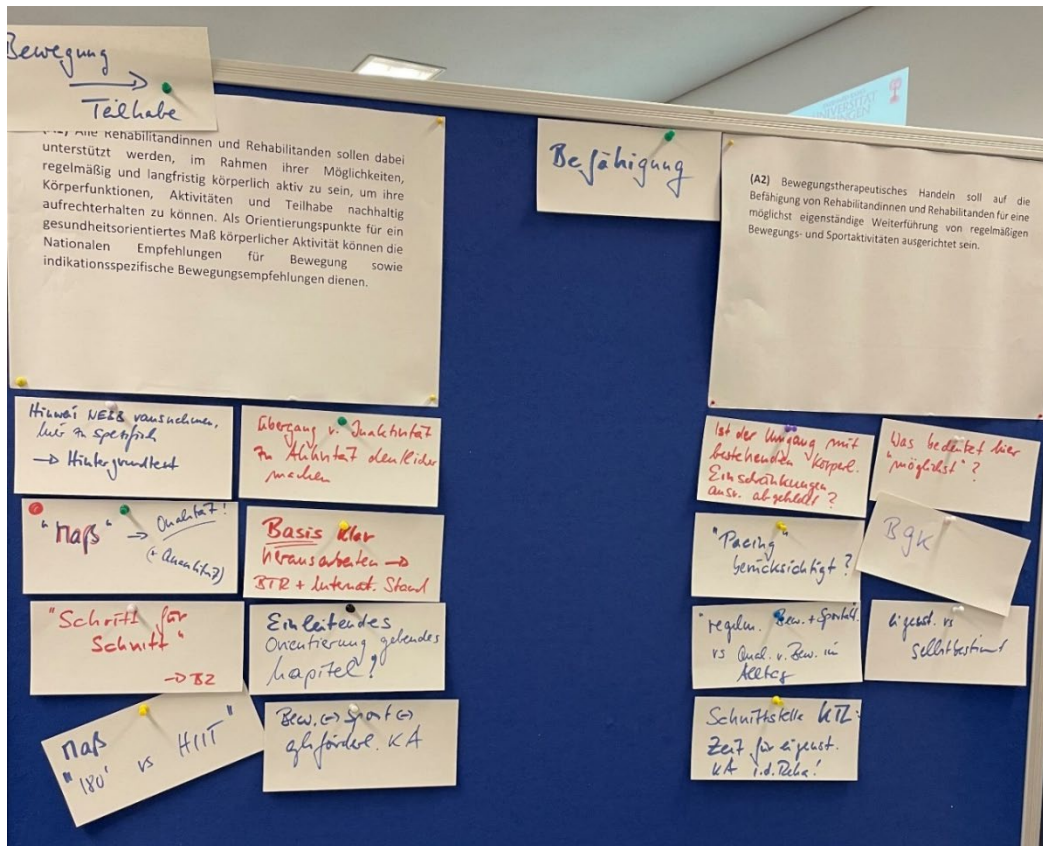
*Der Wunsch nach Behandlung von Spezial-Fällen wurde geäußert. Genannt wurden Rehabilitand*innen mit Querschnittslähmung, bei denen ein Umlernen notwendig ist, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sowie Menschen mit eingeschränkter beruflicher Leistungsfähigkeit.*

Eine Verlinkung zwischen Inhalten und besonderen Bedarfslagen wurde angeregt.

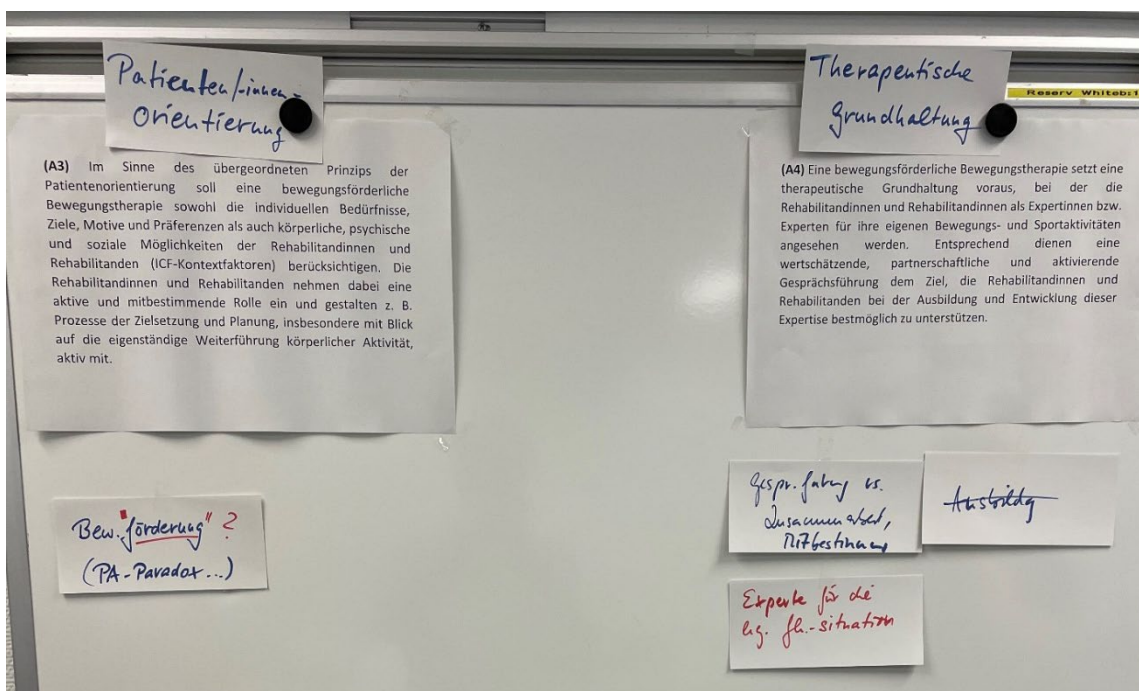
Anhang 2: Detaillierte Diskussionspunkte aus dem kleinen Workshop (AP2)

III. Fotokoll der Empfehlungsdiskussion

A1 und A2



A3 und A4



Anhang 2: Detaillierte Diskussionspunkte aus dem kleinen Workshop (AP2)

B1 und B2

Verknüpfung Tü - L - E

(B1) Bewegungsförderliche Bewegungstherapie basiert auf dem Prinzip der Verknüpfung von Trainieren, Üben, Lernen und Erleben. Dies bedeutet, dass Übungs- und Trainingsinhalte, die Vermittlung von Handlungs- und Effektwissen und die Reflexion über eigene Bewegungserfahrungen zielgerichtet verknüpft werden, um einen Aufbau von Kompetenzen für eine körperlich-sportliche Lebensweise zu ermöglichen. Dabei werden gleichermaßen trainings- und bewegungswissenschaftliche, (sport-)medizinische sowie pädagogische und psychologische Perspektiven berücksichtigt.

bewegungspraktische Erfahrungen nutzen

(B2) Bewegungsförderliche Bewegungstherapie soll grundlegend die bisherigen bewegungspraktischen Erfahrungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berücksichtigen und weitere bewegungspraktische Erfahrungen vermitteln. Dabei werden die körperlich-motorischen Voraussetzungen für gesundheitswirksame Bewegung verbessert, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit vielfältigen Formen gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität vertraut gemacht, und Wissen darüber vermittelt, wie körperliche Aktivitäten gesundheitsgerecht selbstbestimmt realisiert werden können.

Wissensvermittlung
info. / ext.
Tü / Erleben

gesundheitsgerecht?
→ gesundheitswirksam

Voraussetzung der R.
berücksichtigen
KF/KS?

Erleben
→ syst. Feedback

Nutzung v. Assessment-
ergebnissen im Prozess
→ Visualisierung

Bsp. für
Tü-L-E

Bsp. v. i. d. Praxis
verwendeten Inhalten
und Methoden

Expertenmeinung,
-empfehlungen in den
Empfehl. Zulassen

Wo fange ich als
Praktiker denn an?

B3

Positive Bewegungserfahrungen vermitteln

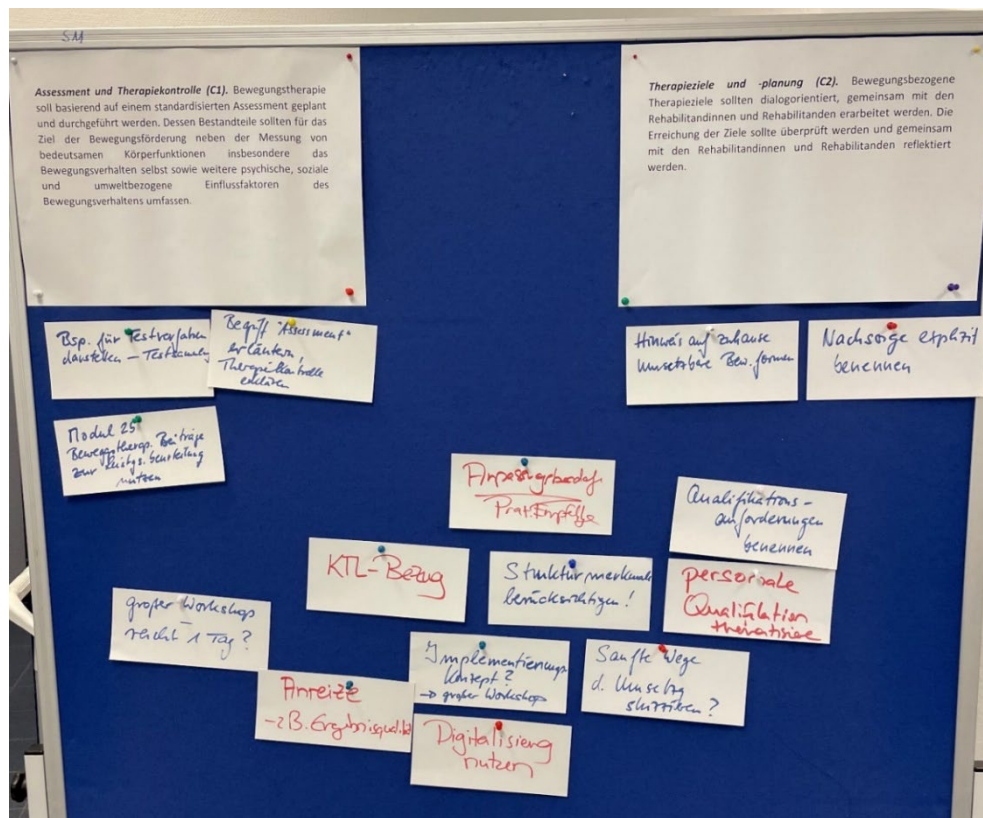
(B3) Bewegungstherapeutisches Handeln soll auf die Ermöglichung von positiven Erfahrungen mit Bewegung und Sportaktivitäten ausgerichtet sein und deren wahrgenommene Attraktivität für den Einzelnen erhöhen. Dies kann auch die Überwindung von bisher dominanten negativen affektiven Assoziationen mit eigener Bewegung und sportlicher Aktivität umfassen (z. B. Angst vor körperlicher Schädigung, Scham, ...) und zur Positivierung der eigenen Einstellung gegenüber körperlicher Aktivität abzielen.

„Wahrgenommene
Attraktivität“
vs. Fühlen / Erleben

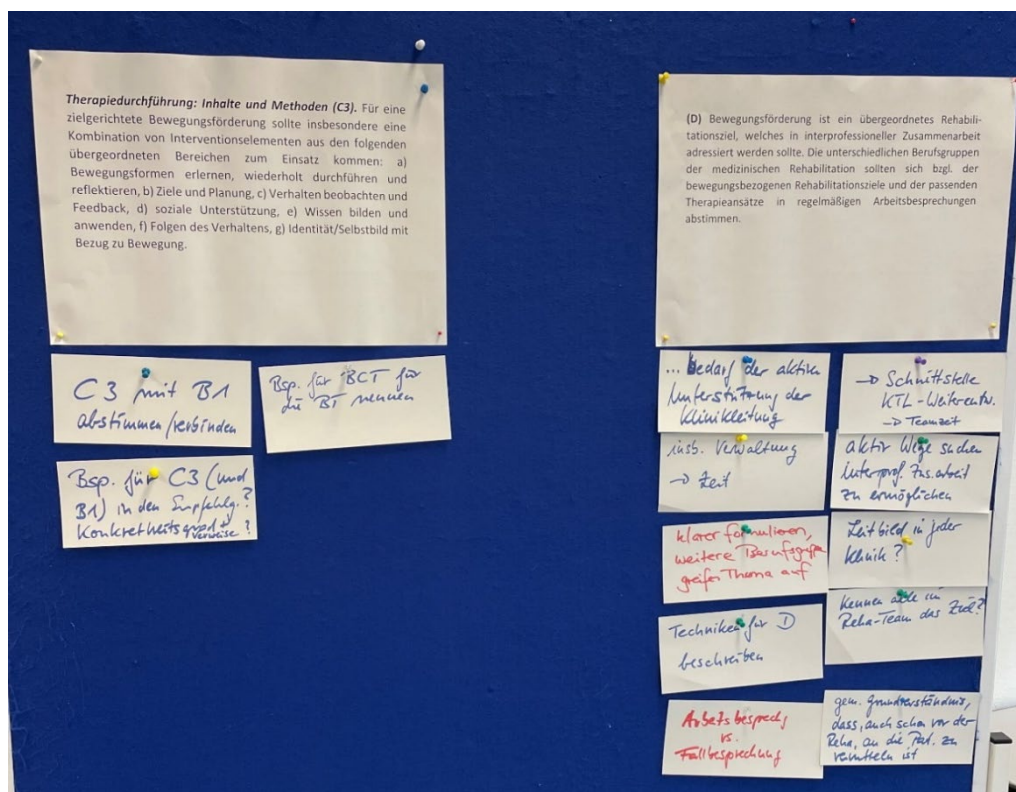
Systemat.
Feedback
→ C

Anhang 2: Detaillierte Diskussionspunkte aus dem kleinen Workshop (AP2)

C1 und C2



C3 und D



Anhang 3: Anpassungen der Praxisempfehlungen basierend auf dem kleinen Workshop

Empf.	Ursprüngliche Version	Diskussionspunkte	Überarbeitete Version (falls vorhanden)
(A1)	Alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollen dabei unterstützt werden, im Rahmen ihrer Möglichkeiten, regelmäßig und langfristig körperlich aktiv zu sein, um ihre Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe nachhaltig aufrechterhalten zu können. Als Orientierungspunkte für ein gesundheitsorientiertes Maß körperlicher Aktivität können die Nationalen Empfehlungen für Bewegung sowie indikationsspezifische Bewegungsempfehlungen dienen.	1. Besonders die Rolle der NEBB sollten überdacht werden (auch mit Hinblick auf eine Dosis-Empfehlung). 2. Auch hier wird wieder auf die Notwendigkeit einer Präambel/ eines einleitenden Kapitels verwiesen. 3. Bewegungsbezogene Begriffe sollten einheitlich genutzt werden.	Alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollen dabei unterstützt werden, im Rahmen ihrer Möglichkeiten, regelmäßig und langfristig körperlich aktiv zu sein, um ihre Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe <u>(gemäß der ICF)</u> nachhaltig aufrechterhalten zu können. Als Orientierungspunkte für ein gesundheitsorientiertes Maß körperlicher Aktivität können die Nationalen Empfehlungen für Bewegung sowie indikationsspezifische Bewegungsempfehlungen dienen.
A2	Bewegungstherapeutisches Handeln soll auf die Befähigung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für eine möglichst eigenständige Weiterführung von regelmäßigen Bewegungs- und Sportaktivitäten ausgerichtet sein.	1. Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenzen könnten grundlegender in die Empfehlungsformulierung einfließen. 2. Ein engerer KTL-Bezug könnte hilfreich sein.	Bewegungstherapeutisches Handeln soll auf die Befähigung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für eine möglichst eigenständige Weiterführung von regelmäßigen Bewegungs- und Sportaktivitäten ausgerichtet sein. <u>gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität ausgerichtet sein. Dies bedeutet, dass bewegungstherapeutische Inhalte und Methoden eingesetzt werden, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dabei unterstützen, die unmittelbar bewegungsbezogenen Anforderungen zu bewältigen (Bewegungskompetenz), die eigene körperliche Aktivität auf positive Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden auszurichten (Steuerungskompetenz) und die Regelmäßigkeit</u>

Anhang 3: Anpassungen der Praxisempfehlungen basierend auf dem kleinen Workshop

			<u>körperlicher Aktivität sicherstellen (Selbstregulationskompetenz) zu können.</u>
A3	Im Sinne des übergeordneten Prinzips der Patientenorientierung soll eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie sowohl die individuellen Bedürfnisse, Ziele, Motive und Präferenzen als auch körperliche, psychische und soziale Möglichkeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (ICF-Kontextfaktoren) berücksichtigen. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden nehmen dabei eine aktive und mitbestimmende Rolle ein und gestalten z.B. Prozesse der Zielsetzung und Planung, insbesondere mit Blick auf die eigenständige Weiterführung körperlicher Aktivität, aktiv mit.	1. Bei A3 stehen hauptsächlich Formulierungsanpassungen im Vordergrund. 2. Möglicherweise konkrete Formulierung von „gemeinsamen Entscheidungsfindung“ und „regelmäßige Weiterführung“.	Neue A3 aus vorheriger A3 und A4: <u>Eine auf Bewegungsförderung ausgerichtete Bewegungstherapie folgt dem übergeordneten Prinzip der Patientenorientierung. Dies beinhaltet:</u> <u>1) die Berücksichtigung der individuellen bewegungsbezogenen Bedürfnisse, Ziele, Motive und Präferenzen als auch der körperlichen, psychischen und sozialen Möglichkeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (ICF-Kontextfaktoren),</u> <u>2) eine wertschätzende, partnerschaftliche und aktivierende Kommunikation sowie</u> <u>3) eine aktive und mitbestimmende Rolle der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.</u>
A4	Eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie setzt eine therapeutische Grundhaltung voraus, bei der die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden als Expertinnen bzw. Experten für ihre eigenen Bewegungs- und Sportaktivitäten angesehen werden. Entsprechend dienen eine wertschätzende, partnerschaftliche und aktivierende Gesprächsführung dem Ziel, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden bei der Ausbildung und Entwicklung dieser Expertise bestmöglich zu unterstützen.	1. Notwendige Formulierungsüberarbeitung. 2. Rehabilitand*innen sollten als Expert*innen für ihre eigene Gesundheitssituation und nicht als Bewegungsexpert*innen angesehen werden.	
B1	Bewegungsförderliche Bewegungstherapie basiert auf dem Prinzip der Verknüpfung von Trainieren, Üben, Lernen und Erleben. Dies bedeutet, dass Übungs- und Trainingsinhalte, die Vermittlung von Handlungs- und Effektwissen und die Reflexion über	1. Begriffe sollten einheitlich oder abgegrenzt voneinander verwendet werden.	(B1) Bewegungsförderliche <u>Eine Bewegungstherapie, die auf die Befähigung der Rehabilitand*innen ausgerichtet ist,</u> basiert auf dem Prinzip der Verknüpfung von Trainieren <u>und</u> Üben, Lernen und Erleben. Dies bedeutet, dass Übungs- und Trainingsinhalte, die Vermittlung von

Anhang 3: Anpassungen der Praxisempfehlungen basierend auf dem kleinen Workshop

	eigene Bewegungserfahrungen zielgerichtet verknüpft werden, um einen Aufbau von Kompetenzen für eine körperlich-sportliche Lebensweise zu ermöglichen. Dabei werden gleichermaßen trainings- und bewegungswissenschaftliche, (sport-)medizinische sowie pädagogische und psychologische Perspektiven berücksichtigt.	2. Praxisbezug und Konkretisierungsgrad sollten ausgearbeitet werden (Hintergrundtext).	Handlungs- und Effektwissen und die Reflexion über eigene Bewegungserfahrungen zielgerichtet verknüpft werden, um einen Aufbau von Kompetenzen für eine körperlich-sportliche Lebensweise zu ermöglichen. Dabei werden gleichermaßen trainings- und bewegungswissenschaftliche, (sport-)medizinische sowie pädagogische und psychologische Perspektiven berücksichtigt.
B2	Bewegungsförderliche Bewegungstherapie soll grundlegend die bisherigen bewegungspraktischen Erfahrungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berücksichtigen und weitere bewegungspraktische Erfahrungen vermitteln. Dabei werden die körperlich-motorischen Voraussetzungen für gesundheitswirksame Bewegung verbessert, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit vielfältigen Formen gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität vertraut gemacht, und Wissen darüber vermittelt, wie körperliche Aktivitäten gesundheitsgerecht selbstbestimmt realisiert werden können.	1. „Voraussetzungen“; „Erhaltung“ und „Management“ könnten bei der Formulierung der Empfehlungen mehr berücksichtigt werden.	(B2) Neue B2 aus vorheriger B2 und B3: <u>Bewegungsförderliche Bewegungstherapie soll grundlegend die bisherigen bewegungspraktischen Erfahrungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und deren damit verbundenen kognitiven und affektiv-emotionalen Assoziationen berücksichtigen. Bewegungsförderliche Bewegungstherapie zielt darauf ab, weitere bewegungspraktische Erfahrungen zu vermitteln und mit Blick auf eine selbstbestimmte Weiterführung gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität zu reflektieren.</u>
B3	Bewegungstherapeutisches Handeln soll auf die Ermöglichung von positiven Erfahrungen mit Bewegung und Sportaktivitäten ausgerichtet sein und deren wahrgenommene Attraktivität für den Einzelnen erhöhen. Dies kann auch die Überwindung von bisher dominanten negativen affektiven Assoziationen mit eigener Bewegung und sportlicher Aktivität umfassen (z.B. Angst vor körperlicher Schädigung,	1. Seitens Projektteam wurde geantwortet, dass sich Konkretisierungsgrad und Praxisbezug aktuell insbesondere im C-Teil finden. 2. Eine Verbindung mit Assessment wird als sinnvoll erachtet.	

Anhang 3: Anpassungen der Praxisempfehlungen basierend auf dem kleinen Workshop

	Scham, ...) und zur Positivierung der eigenen Einstellung gegenüber körperlicher Aktivität abzielen.		
C1	Bewegungstherapie soll basierend auf einem standardisierten Assessment geplant und durchgeführt werden. Dessen Bestandteile sollten für das Ziel der Bewegungsförderung neben der Messung von bedeutsamen Körperfunktionen insbesondere das Bewegungsverhalten selbst sowie weitere psychische, soziale und umweltbezogene Einflussfaktoren des Bewegungsverhaltens umfassen.	1. Möglicherweise konkrete Formulierung, welche Qualifikation für die Durchführung von Assessment empfehlenswert ist. 2. Ausarbeitung und Ressourcenverknüpfung im Hintergrundtext.	Keine Änderungen
C2	Bewegungsbezogene Therapieziele sollten dialogorientiert, gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erarbeitet werden. Die Erreichung der Ziele sollte überprüft werden und gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden reflektiert werden.	1. Praxisbezug und Konkretisierung stehen im Vordergrund. 2. KTL-Bezug erwünscht. 3. Möglicherweise konkrete Formulierung, „wer“ Zielsetzung und Planung durchführen soll.	Bewegungsbezogene Therapieziele sollten dialogorientiert, gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden <u>und in Abstimmung mit anderen Akteuren des Reha-Teams</u> erarbeitet werden. Die Erreichung der Ziele sollte überprüft werden und gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden reflektiert werden.
C3	Für eine zielgerichtete Bewegungsförderung sollte insbesondere eine Kombination von Interventionselementen aus den folgenden übergeordneten Bereichen zum Einsatz kommen: a) Bewegungsformen erlernen, wiederholt durchführen und reflektieren, b) Ziele und Planung, c) Verhalten beobachten und Feedback, d) soziale Unterstützung, e) Wissen bilden und anwenden, f) Folgen des Verhaltens, g) Identität/Selbstbild mit Bezug zu Bewegung.	1. Verknüpfung von B- und C-Teil wird als sinnvoll erachtet. 2. Konkretisierungsgrad optimierungsbedürftig (erfolgt u.a. im Hintergrundtext).	(C3) Für eine zielgerichtete Bewegungsförderung sollte insbesondere eine Kombination von Interventionselementen <u>zur Ansteuerung der drei Bereiche der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (Bewegungskompetenz, Steuerungskompetenz, Selbstregulationskompetenz)</u> <u>aus den folgenden übergeordneten Bereichen</u> zum Einsatz kommen. a) Bewegungsformen erlernen, wiederholt durchführen und reflektieren, b) Ziele und Planung, c) Verhalten beobachten und Feedback, d) soziale Unterstützung, e) Wissen bilden und anwenden, f) Folgen des Verhaltens, g) Identität/Selbstbild mit Bezug zu Bewegung.

Anhang 3: Anpassungen der Praxisempfehlungen basierend auf dem kleinen Workshop

D1	Bewegungsförderung ist ein übergeordnetes Rehabilitationsziel, welches in interprofessioneller Zusammenarbeit adressiert werden sollte. Die unterschiedlichen Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation sollten sich bzgl. der bewegungsbezogenen Rehabilitationsziele und der passenden Therapieansätze in regelmäßigen Arbeitsbesprechungen abstimmen.	1. Konkretheitsgrad optimierungsbedürftig (erfolgt u.a. im Hintergrundtext). 2. KTL-Bezug erwünscht. 3. Möglicherweise Umformulierung von „Arbeitsbesprechung“.	Keine Änderungen
----	---	---	------------------

Anhang 4: Konsequenzen aus den Fokusgruppen für die Praxisempfehlungen und Hintergrundtexte

7 Statements für die Fokusgruppen mit Rehabilitandinnen und Rehabilitanden	Statements der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden	Betrifft folgende PEs	Konsequenzen/Anpassungen
1. Ihr eigenes Bewegungsverhalten soll während der Rehabilitation eine große Rolle spielen. Die Bewegungstherapeuten sollen Sie vor allem dabei unterstützen, nach der Reha körperlich aktiv zu bleiben.	<i>Positiv:</i> - Übungen der BT mit den individuellen Sportarten verknüpfen – wenn jemand vorher aktiv in einer Sportart war → aktive Kommunikation inwiefern die Übungen wieder zurück zum eigenen Sport führen können - Einbeziehung der individuellen Präferenzen für mehr Motivation und Freude an den Einheiten der BT <i>Negativ:</i> - „Verordnung“ von neuen Bewegungsangeboten, die nicht den bisherigen Erfahrungen und Präferenzen entsprechen, um weitere Möglichkeiten aufzuzeigen	A2 A3 B2 C1 C4 C6 C7	Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen - A2 a) unter „Bewegungskompetenz“ - C7 (alle Inhalte und Methoden) abgedeckt Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen - A3 a) unter „individuelle bewegungsbezogene Ziele“ sowie - C7 (alle Inhalte und Methoden) abgedeckt. Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen - C6 unter „Inhalte und Methoden zur Ermöglichung positiver (affektiver) Bewegungserfahrungen (tätigkeitsbezogen)“

Anhang 4: Konsequenzen aus den Fokusgruppen für die Praxisempfehlungen und Hintergrundtexte

	- Sport und Bewegung nach eigener Präferenz kann nach der Reha eigenständig ausgeübt werden; während der Reha (von Experten) alltagstaugliche Übungen, niedrigschwellig, einfacher Einstieg vorgegebene Übungen, um die Funktionalität wieder herzustellen (BT für Heilungsprozess) <i>Wunsch:</i> - Von aktiven Rehabilitand*innen: mehr Angebote für eigenständige PA, sonst das Gefühl im Bewegungsverhalten eher eingeschränkt zu sein		- C4 unter „Inhalte und Methoden zur Steigerung von Selbstwirksamkeit“ und „Inhalte und Methoden zur Verbesserung von Körper- und Bewegungswahrnehmung in Verbindung mit Sport- und Bewegungsaktivitäten“ abgedeckt. - C7 unter „Inhalte und Methoden zur Bekanntmachung, Erprobung und Reflexion vielfältiger Bewegungserfahrung“ Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen A4 unter „Hintergrund“ C4 unter „Inhalte und Methoden zur Steigerung von Selbstwirksamkeit“ C5 (Inhalte und Methoden zu Effektwissen und Handlungswissen) Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen A2 unter „Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz für ein eigenständiges Krafttraining fördern“ A3 unter c) „eine aktive und mitbestimmende Rolle der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ B2 unter „a) Übungsformen für eine eigenständige Funktionsgymnastik und die Methodik der Trainingsteuerung“
2. Für Bewegungsförderung sollen die Bewegungstherapeuten mit Ihnen darauf hinwirken, dass	Kritik: - Starke Betreuung eher entgegen der Selbstständigkeit, Überwindung und Stress, um nach der Reha in einer Sportgruppe aktiv zu bleiben (Termin)	A2 B2 C4	Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen A2 unter „Steuerungskompetenz“

Anhang 4: Konsequenzen aus den Fokusgruppen für die Praxisempfehlungen und Hintergrundtexte

- Sie wichtige Bewegungen (z.B. Treppen steigen oder kräftigende Übungen) überhaupt ausführen können - Sie die Bewegungen selbstständig durchführen können (z.B. richtige Intensität und richtige Dauer) - es Ihnen gelingt, die Bewegungen nach der Reha selbstständig weiterzuführen	- Personal bzw. Kostenproblem der RV (Motivationstrainer fehlen) Wunsch: - Übergang aus Reha ins Leben „danach“ – eventuell alle 4 Wochen Check, dass man auf dem richtigen Weg ist (plus Anleitung in Papierform bzw. digitaler Unterstützung für zu Hause) - Fokus auf Individuum wichtig, Gruppentherapien bei unterschiedlichen Indikationen häufig nicht zielführend (häufigere Einzeltherapie) - Konkrete Anleitungen/Verbesserungsvorschläge von Therapeuten	C6 C9	C4 unter Hintergrund und „Inhalte und Methoden zur Steigerung von Selbstwirksamkeit“ C6 Dieser Punkt ist ein struktureller bzw. organisatorischer Faktor der nicht in den Praxisempfehlungen adressiert wird Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen C9 Individualität ist ein Faktor der in den meisten Praxisempfehlungen abgedeckt wird: in Hintergrundtext der Praxisempfehlungen A2, A3, B2, C1, C2, C4, C5, C6, C7, C8 Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen C3-C8
3. Die Bewegungstherapie soll individuell an Sie angepasst werden. Dabei soll zum einen Ihre körperliche Leistungsfähigkeit berücksichtigt werden. Zum anderen sollen aber auch Ihre eigenen bewegungsbezogenen	Kritik: - Betreuung und Beratung unterschiedlich je nach Indikation ▪ Cardio: alle TN unter Überwachung	A3 a) B1? B2	Wurde nicht berücksichtigt, da Empfehlungen Indikationsübergreifend sind

Anhang 4: Konsequenzen aus den Fokusgruppen für die Praxisempfehlungen und Hintergrundtexte

Vorlieben und Wünsche berücksichtigt werden.	Ortho: keine Überwachung z.B. Ergometertraining	C1	
		C2	
	Leistungsfähigkeit wird nicht messbar gemacht (Intensität und Dauer von einzelnen Übungen individuell genauer vorgeben und Ziele konkreter definieren)	C3.1.1	Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen
	Wunsch: Mehr Übungsauswahl, Übungen an verschiedenen Geräten und mehr Übungsvielfalt in der (Einzel) MTT über den Zeitraum der Reha hinweg	C3.3.2	C1 und C2
	Übungen, die auf die individuellen Defizite abzielen, auch in der Gruppentherapie		Wurde berücksichtigt in: in Hintergrundtext der Praxisempfehlungen - C6 unter „Inhalte und Methoden zur Ermöglichung positiver (affektiver) Bewegungserfahrungen (tätigkeitsbezogen)“ - C4 unter „Inhalte und Methoden zur Verbesserung von Körper- und Bewegungswahrnehmung in Verbindung mit Sport- und Bewegungsaktivitäten“ abgedeckt. - C7 unter „Inhalte und Methoden zur Bekanntmachung, Erprobung und Reflexion vielfältiger Bewegungserfahrung“ Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen C5 B1 unter „Bewegungstherapie aus verschiedenen Perspektiven“ C3 C7 unter „Inhalte und Methoden zur Bekanntmachung, Erprobung und Reflexion vielfältiger Bewegungserfahrung“

Anhang 4: Konsequenzen aus den Fokusgruppen für die Praxisempfehlungen und Hintergrundtexte

	- Mehr individuelle Betreuung/Gespräche, um Übungen und BT an die eigenen Voraussetzungen und Möglichkeiten anzupassen - Leistungsstand und Leistungsfähigkeit muss messbar gemacht werden, um Motivation herzustellen und sichtbare Ergebnisse zu erzielen (z.B. Treppensteigen in 1/2/3 Stock) - Schon vor Aufnahmegespräch bzw. Assessment als Patient Formular mit Zielen/Wünschen zugeschickt bekommen, um anzugeben, was während der Reha gerne gemacht werden würde (individuelle Passung) - Kurze Zeit nach Beginn des Reha Aufenthalts erneut Gespräche mit Therapeuten führen, wie man außerhalb des Therapieplans in der Freizeit aktiv werden kann (nachdem man viele Geräte/Angebote ausprobieren konnte) Konsens: - Funktionelle Übungen als Basis mit individueller Anpassung an die körperlichen Voraussetzungen & ebenso soweit wie möglich Sportarten in Übungen miteinbauen) - Anpassungen der Übungen vor allem im späteren Verlauf der Reha, um eigenen Fortschritt zu sehen und Motivation aufrecht zu erhalten		Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen C1 Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen A3 unter „a) Berücksichtigung der individuellen bewegungsbezogenen Ziele, Motive und Präferenzen“ C2 C7 unter „Inhalte und Methoden zur Identifikation der individuellen Motiv- und Zielstruktur und Präferenzen“ Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen C9
--	--	--	---

Anhang 4: Konsequenzen aus den Fokusgruppen für die Praxisempfehlungen und Hintergrundtexte

			Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen C4 unter „Inhalte und Methoden zur Steigerung von Selbstwirksamkeit“ C5 unter „Beispiele für Inhalte und Methoden zum Aufbau von Steuerungskompetenz“
4. In der Bewegungstherapie sollen Sie als Rehabilitand*in an verschiedenen Stellen eine aktive, mitbestimmende Rolle einnehmen, z.B. in Gruppendiskussionen mit anderen Rehabilitanden oder bei der Festlegung von Therapiezielen gemeinsam mit den Bewegungstherapeuten.	Negativ: - Mit Krankheit „hausieren“ gehen? In gezwungenen Diskussionen eher Unwohlsein - Nicht im Therapieverlauf, sondern außerhalb, freiwillig, unstrukturiert und mit Menschen, denen man sich öffnen mag → Austausch unter „Meinesgleichen“ - Sehr niedrigschwelliger Beginn in BT (auch im Verlauf der BT nur geringe Steigerung)	A3 C2 C3.2? C3.3.1? C3.3.3	In den Hintergrundtexten wurde darauf geachtet, die Gruppentherapien nicht als obligatorisch zu formulieren. Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen C4 unter „Inhalte und Methoden zur Steigerung von Selbstwirksamkeit“

Anhang 4: Konsequenzen aus den Fokusgruppen für die Praxisempfehlungen und Hintergrundtexte

	Wunsch: - Mehr Unterstützung, um individuelle Probleme mit Alternativübungen auch in der Gruppengymnastik anzugehen - Möglichkeit der Nutzung von Fitnessräumen/MTT-Raum auch neben dem Therapieprogramm (selbstständige Ausübung von körperlicher Aktivität und sozialer Aspekt in Fitnessräumen/MTT-Räumen) - Anpassung der Intensität von körperlicher Aktivität im Reha Verlauf		Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen C6 unter „Inhalte und Methoden zur Ermöglichung positiver (affektiver) Bewegungserfahrungen (tätigkeitsbezogen)“ C7 unter „Inhalte und Methoden zur Bekanntmachung, Erprobung und Reflexion vielfältiger Bewegungserfahrung“ C8 unter „Bewältigungsplanung“ Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen A2 unter „Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz für ein eigenständiges Krafttraining fördern“ A3 unter c) „eine aktive und mitbestimmende Rolle der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ B2 unter „a) Übungsformen für eine eigenständige Funktionsgymnastik und die Methodik der Trainingsteuerung“ Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen C4 unter „Inhalte und Methoden zur Steigerung von Selbstwirksamkeit“ Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen
--	--	--	--

Anhang 4: Konsequenzen aus den Fokusgruppen für die Praxisempfehlungen und Hintergrundtexte

	- Grundsätzliche Möglichkeit Therapieplanung und -gestaltung individuell immer wieder rückzumelden und anzupassen) Konflikt: - Aktive Rolle mit Eigenständigkeit und Mitbestimmung der Rehabilitand*innen vs. Betreuung, Verantwortung abgeben und „sich in gute Hände begeben“		C1
5. Sie sollen sich in der Bewegungstherapie nicht „nur“ bewegen, sondern auch wichtiges Wissen zu Bewegung erwerben. Z.B. wie Sie die Bewegung selbstständig durchführen können, und welche positiven Wirkungen das für Sie hat.	<i>Contra:</i> - Ressourcen (Zeit/Personal) fehlen, um detailliertere Pläne auszuarbeiten und häufiger persönliche Rücksprachen bzw. Einzeltherapie durchzuführen (DRV scheut Kosten) <i>Wunsch:</i> - Gern mehr und häufiger Vorträge (bisher wenn dann Vorträge zu Krankheiten aus rein medizinischer Sicht) - Theorie und Praxis enger verknüpfen, um Sinn zu sehen und es selbst später besser umzusetzen (gesundheitliche Aspekte vor Augen führen) - Mehr Aufklärung durch Therapeuten, um Nachvollziehbarkeit sicherzustellen (Warum werde ich an welches Gerät geschickt?)	A1? A2? C3.2 C3.3.1	Dieser Punkt ist ein struktureller bzw. organisatorischer Faktor der nicht in den Praxisempfehlungen adressiert wird Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen B1 unter „Lernen“ C5
6. Der Bewegungstherapeut sollte zusammen mit Ihnen Bewegungsziele für den Reha-Aufenthalt und für die Zeit nach	<i>Contra:</i>	A2? C2	Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen

Anhang 4: Konsequenzen aus den Fokusgruppen für die Praxisempfehlungen und Hintergrundtexte

dem Reha-Aufenthalt erarbeiten. Um diese Ziele zu erreichen, sollte der Bewegungstherapeut gemeinsam mit Ihnen einen Bewegungsplan entwickeln. Außerdem sollte der Bewegungstherapeut mit Ihnen darüber sprechen, was Sie nach der Reha von einem aktiven Lebensstil abhalten könnte (z.B. wenig Zeit) und gemeinsam mit Ihnen Lösungen erarbeiten.	- Bewegungsplan als Standard zum Mitnehmen eher als wenig sinnvoll angesehen, weil jeder individuelle Barrieren und Vorlieben hat -> manche mögen nicht nach „Plan“ trainieren <i>Kritik:</i> - Setzen von Bewegungszielen zu Beginn der Reha ohne Hilfestellung – Rehabilitand*innen wissen zum Teil nicht was sinnvolle, realistische Ziele sind → erst lernen wie man Ziele setzt - Bewegungsziele, die zu Beginn der Reha gesetzt werden, werden im Nachgang nicht nochmal aufgegriffen → Sinnhaftigkeit von Zielsetzung nicht vermittelt <i>Wunsch:</i> - Freiwilliges Angebot, um gemeinsam mit Therapeuten realistische Ziele zu erarbeiten - Nachkontrolle, um zu wissen, dass man auf dem richtigen Weg ist - Kontrolle der Ziele und setzen von neuen	C3.3.3 C3.3.4	C2 C8 unter „Inhalte und Methoden zur Handlungs- und Bewältigungsplanung“ Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen C2 Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen C2 C2 behandelt Zielsetzung. Im Rahmen des Themas Individualisierung wird geprüft inwiefern Rehabilitand*innen einen Einfluss auf das therapeutische Angebot nehmen können. Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen C2 Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen
---	---	-----------------------------	---

Anhang 4: Konsequenzen aus den Fokusgruppen für die Praxisempfehlungen und Hintergrundtexte

	Vorträge mit Beispielfällen/Schicksalen von anonymisierten Patienten vor Augen geführt bekommen (um Hoffnung hinsichtlich Erwartungen und Ziele zu schöpfen) - Regelmäßiger Anreiz soll seitens der Therapeuten kommuniziert werden, um Motivation festzuhalten und die Verantwortung bewusst zu machen (evtl. mit Verknüpfung von konkreten Events nach Reha Aufenthalt) <i>Konflikt:</i> - Empfehlungen miteinander formulieren vs. eigenständig werden während der Reha und dann individuell Sport treiben danach		C2 C4 unter „Inhalte und Methoden zur Steigerung von Selbstwirksamkeit“ Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen C4 C6 Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen C2 C9
7. Beim Thema Bewegungsförderung sollen die Bewegungstherapeuten eng mit den anderen Berufsgruppen, z.B. Psychologen und Ärzten zusammenarbeiten. Die Therapeuten sollen sich hier absprechen und die Behandlung aufeinander abstimmen.	<i>Wunsch:</i> - Besondere Zusammenarbeit bei gewissen Bedarfslagen – Bsp. mentale Barrieren reduzieren, dass man überhaupt (langfristig) aktiv werden kann/ Psychosomatik - Nachsorgeangebote erarbeiten und Akteure festlegen, die für die Nachsorge verantwortlich sind	A4 C3.3.4	Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen A4 unter „besondere Aspekte berücksichtigt“

Anhang 4: Konsequenzen aus den Fokusgruppen für die Praxisempfehlungen und Hintergrundtexte

			Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen C9
	Zusatz: - Mehr Möglichkeiten für individuelle Bewegung: an Tagen mit wenigen, angeleiteten Bewegungseinheiten, wäre es wünschenswert, dass mehr offene Trainingsangebote bestehen, z.B. Ergometer zur freien Benutzung - Ansprechpartner für Reha-Nachsorge wichtig (Meeting nach Aufenthalt)	C1 C3.3.4	Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen A2 unter „Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz für ein eigenständiges Krafttraining fördern“ A3 unter c) „eine aktive und mitbestimmende Rolle der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden“ B2 unter „a) Übungsformen für eine eigenständige Funktionsgymnastik und die Methodik der Trainingsteuerung“ Wurde berücksichtigt in: Hintergrundtext der Praxisempfehlungen C9

Anhang 5: zweite Version der Praxisempfehlungen für AP 4

(A1) Alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollen dabei unterstützt werden, im Rahmen ihrer Möglichkeiten, regelmäßig und langfristig körperlich aktiv zu sein, um ihre Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe (gemäß der ICF) nachhaltig aufrechterhalten zu können.

(A2) Bewegungstherapeutisches Handeln soll auf die Befähigung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für eine selbstbestimmte Weiterführung von gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität ausgerichtet sein. Dies bedeutet, dass bewegungstherapeutische Inhalte und Methoden eingesetzt werden, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dabei unterstützen, die unmittelbar bewegungsbezogenen Anforderungen zu bewältigen (Bewegungskompetenz), die eigene körperliche Aktivität auf positive Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden auszurichten (Steuerungskompetenz) und die Regelmäßigkeit körperlicher Aktivität sicherstellen (Selbstregulationskompetenz) zu können.

(A3) Eine auf Bewegungsförderung ausgerichtete Bewegungstherapie folgt dem übergeordneten Prinzip der Patientenorientierung. Dies beinhaltet 1) die Berücksichtigung der individuellen bewegungsbezogenen Bedürfnisse, Ziele, Motive und Präferenzen als auch der körperlichen, psychischen und sozialen Möglichkeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (ICF-Kontextfaktoren), 2) eine wertschätzende, partnerschaftliche und aktivierende Kommunikation sowie 3) eine aktive und mitbestimmende Rolle der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

(B1) Eine Bewegungstherapie, die auf die Befähigung der Rehabilitand*innen ausgerichtet ist, basiert auf dem Prinzip der Verknüpfung von Trainieren und Üben, Lernen und Erleben. Dabei werden trainings- und bewegungswissenschaftliche, (sport-)medizinische sowie pädagogische und psychologische Perspektiven berücksichtigt.

(B2) Bewegungsförderliche Bewegungstherapie soll grundlegend die bisherigen bewegungspraktischen Erfahrungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und deren damit verbundenen kognitiven und affektiv-emotionalen Assoziationen berücksichtigen. Bewegungsförderliche Bewegungstherapie zielt darauf ab, weitere bewegungspraktische Erfahrungen zu vermitteln und mit Blick auf eine selbstbestimmte Weiterführung gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität zu reflektieren.

(C1) Assessment und Therapiekontrolle. Bewegungstherapie soll basierend auf einem standardisierten Assessment geplant und durchgeführt werden. Dessen Bestandteile sollten für das Ziel der Bewegungsförderung neben der Messung von bedeutsamen Körperfunktionen insbesondere das Bewegungsverhalten selbst sowie weitere psychische, soziale und umweltbezogene Einflussfaktoren des Bewegungsverhaltens umfassen.

(C2) Bewegungsbezogene Therapieziele sollten dialogorientiert, gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und in Abstimmung mit anderen Akteuren des Reha-Teams erarbeitet werden. Die Erreichung der Ziele sollte überprüft werden und gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden reflektiert werden.

Anhang 5: Zweite Version der Praxisempfehlungen für AP4

(C3) Therapiedurchführung: Inhalte und Methoden. Für eine zielgerichtete Bewegungsförderung sollte insbesondere eine Kombination von Interventionselementen zur Ansteuerung der drei Bereiche der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (Bewegungskompetenz, Steuerungskompetenz, Selbstregulationskompetenz) zum Einsatz kommen.

(C3.1.1) Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die individuellen körperlich-motorischen Voraussetzungen für eigenständige gesundheitswirksame Bewegung im Alltag und in der Freizeit verbessert werden.

(C3.1.2) Im Rahmen der Bewegungstherapie soll das Zutrauen in die eigenständige Umsetzung gesundheitswirksamer Bewegung gestärkt werden. Dabei soll auch vermittelt werden, wie Bewegung bei körperlichem (z.B. Schmerz) und psychischen (z.B. Angst vor Schmerz, Unsicherheit) Missbefinden genutzt werden kann.

(C3.2.1) Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand*innen dazu befähigt werden, Wirkungen von körperlich-sportlichen Aktivitäten auf physische und psychische Körperfunktionen zu optimieren und Risiken zu minimieren und dadurch körperlich-sportliche Aktivität mit zur Bewältigung ihrer Erkrankung nutzen zu können.

(C3.3.1) Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand*innen zu selbstbestimmter körperlich-sportlicher Aktivität motiviert werden und dazu befähigt werden, diese regelhaft in ihren Alltag einzubinden. Insbesondere sollen den Rehabilitand*innen positive Selbstwirksamkeitserfahrungen und positive affektive Einstellung gegenüber körperlich-sportlicher Aktivität ermöglicht werden.

(C3.3.2) Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand*innen dazu befähigt werden, Bewegungsformen im Einklang mit ihren Motiven und Präferenzen auszuwählen und zu betreiben.

(C3.3.3) Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand*innen dazu befähigt werden, ihre bewegungsbezogenen Absichten in tatsächliches regelmäßiges Bewegungsverhalten zu überführen und dieses gegenüber konkurrierenden Betätigungsmöglichkeiten abzuschirmen.

(D) Bewegungsförderung ist ein übergeordnetes Rehabilitationsziel, welches in interprofessioneller Zusammenarbeit adressiert werden sollte. Die unterschiedlichen Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation sollten sich bzgl. der bewegungsbezogenen Rehabilitationsziele und der passenden Therapieansätze in regelmäßigen Arbeitsbesprechungen abstimmen.

Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop

Zweiter Expert*innenworkshop PRO-BT am 16.10.2023 in Frankfurt - Rahmen und Teilnehmende des Workshops

Der zweite Expert*innenworkshop fand am 16. Oktober 2023 von 10 bis 16 Uhr in den Räumlichkeiten des Landessportbundes Hessen, Otto-Fleck-Schneise 4, 60528 Frankfurt am Main, statt. Ziel des Workshops war es, eine zweite (überarbeitete) Entwurfsfassung der Praxisempfehlungen vorzustellen, und diese gemeinsam mit den Teilnehmer*innen zu reflektieren und zu diskutieren. Dafür wurde anhand einer Mentimeterabfrage (menti.com) die sprachliche Verständlichkeit und inhaltliche Nachvollziehbarkeit der einzelnen Empfehlungen abgefragt und die Ergebnisse der Abfrage als Diskussionsgrundlage genutzt.

An dem Workshop nahmen folgende Reha-Akteur*innen und Expert*innen sowie fünf Personen aus der Forschungsgruppe teil.

Zusammenfassung der Diskussionsergebnisse

Auf den folgenden Seiten sind die Inhalte der gemeinsamen Diskussion in folgender Form dargestellt:

- Erste, übergreifende Diskussion nach der Projekteinführung (I)
- Tabellarische Übersicht der zentralen Diskussionspunkte (II)
- Diskussion zu den einzelnen Teilen des Empfehlungsentwurfs (III)

Eine Übersicht über die zentralen eingebrachten Diskussionspunkte findet sich in Teil IV als eingefügtes „Fotokoll“ der beim Workshop beschriebenen und den Textvorschlägen für die Empfehlungen zugeordneten Diskussionspunkte.

I. Erste, übergreifende Diskussion nach der Projekteinführung

- In der Gruppe wird noch einmal stark betont, dass solche Materialien/Dokumente wie die Praxisempfehlungen, für die Initiierung und Umsetzung von konzeptionellen Veränderungsprozessen in der Rehabilitation von hoher Bedeutung sind.
- Grundsätzlich sollen die Empfehlungen von allen für die Zielsetzung der Praxisempfehlungen relevanten Akteur*innen wahrgenommen werden und – über die Hauptadressat*innen der Bewegungstherapie selbst hinausgehend – das Reha-Team ansprechen.
- Betonung der indikationsübergreifenden Natur der Empfehlungen:
 - Es werden Unterschiede in den Indikationsbereichen mit Blick auf die Bedarfsermittlung für die Rehabilitation und deren Einfluss auf die Empfehlungen thematisiert.
 - Empfehlungen sind zwar indikationsübergreifend, können jedoch auch bestimmte Bedarfslagen, z.B. Schmerz in der Orthopädie, berücksichtigen.
- Diskussion über die Strukturkonservativität und Ressourcen für die Bewegungsförderung in der Rehabilitation:
 - Es wird diskutiert, in welchem Rahmen mit vorhandenen Ressourcen Möglichkeiten bestehen, um den Zielen gerecht zu werden, und an welcher Stelle auch weiterführende Hinweise mit Blick auf die Problematik einer vollständigen Strukturkonservativität gegeben werden könnten.
 - Es werden Notwendigkeiten erörtert, dass zur Unterstützung und Begleitung von Rehabilitand*innen zusätzliche Ressourcen erforderlich wären bzw. dass bei aktuellen Personalschlüsseln Schwierigkeiten mit Blick auf die Zielsetzung bestehen könnten.
 - Betonung der aktuellen Ausstattung und Offenheit der DRV für Weiterentwicklung.
- Hindernisse und Hemmnisse in öffentlichen Dienststrukturen für die interdisziplinäre Zusammenarbeit:
 - Vermutung, dass ein Generationswechsel im medizinischen Bereich teils beobachtete Hindernisse einer hierarchischen Teamstruktur mit ärztlicher Dominanz überwinden helfen könnte.

Zusammenfassung:

- *Insgesamt drehte sich die Diskussion um die Notwendigkeit von Anpassungen in der Rehabilitation, die Berücksichtigung der verschiedenen Indikationen und Bedarfslagen, die Ressourcenallokation, interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Herausforderungen in öffentlichen Dienststrukturen.*

Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop

II. Tabellarische Übersicht der zentralen Diskussionspunkte

Tabelle 2. Zentrale Diskussionspunkte sortiert nach den vier übergeordneten Themenbereichen der Praxisempfehlungen.

Empfehlungs-Teil	Zentrale Diskussionspunkte sortiert nach den vier übergeordneten Themenbereichen (A, B, C und D)
A1	- Einbezug des Begriffs der „Wiederherstellung“. - Detaillierte Beschreibung der „Unterstützung“ (insbesondere im Hintergrundtext). - Formulierung in ICF-Anlehnung spezifizieren, um Missverständnisse vorzubeugen (z.B. physische und mentale Körperfunktionen).
A2	- Grundsatzdiskussion über den Aufbau, die Rolle und die Funktion der Empfehlungen. - Verbesserungsvorschläge hinsichtlich Sprachlichkeit. - Formatierungsmöglichkeiten nutzen.
A3	- D1 könnte zu A4 werden (oder bzw. zusätzlich in der Präambel betont werden). - Übersichtlichere Formatierung (Absätze zu 1., 2., 3.). - Formulierungsanpassung („Patientenorientierung“).
B1	- Methodische Implikationen (z.B. mit Blick auf Wissensvermittlung) in Hintergrundtexten bzw. späteren Empfehlungen weiter klären. - Gendern. - Die „soziale“ Perspektive stärker einbeziehen (z.B. „sozial-ökologisch“). - Formulierung „(sport-)medizinisch“.
B2	- Formulierungsanpassungen (sprachlich).
C1	- Bedeutung von Assessment für den gesamten Therapieverlauf (auch Nachsorge). - Ausführungen im Hintergrundtext (Nennung, Erläuterung von Planung & Verlauf).
C2	- Formulierungsanpassung. - Mögliche Querverbindungen zu bestehenden Materialien für eine fundierte Klärung von Reha-Zielen (und therapiespezifischen Zielen). - Interdisziplinäre Zusammenarbeit.
C3	- Bedeutung von C3 überdenken (redundant im Kontext der vorherigen Teile A und B). - Bei Beibehalten, wäre Formulierung zu überprüfen (sprachlich vereinfachen).
C3.1.1	- Formulierungsanpassungen („verbessert werden“).

Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop

	- Körperwahrnehmung im Hintergrundtext erläutern.
C3.1.2	- Empfehlung primär mit Blick auf Bewegungskompetenzen zu sehen (aufgabenspezifische Selbstwirksamkeit), während andere Facetten der Selbstwirksamkeit an anderer Stelle berücksichtigt werden. - Positive Aspekte (über Umgang mit Missbefinden hinausgehend) berücksichtigen, wobei Querverbindungen zu anderen C3-Empfehlungen zu berücksichtigen sind, die mehr mit der Steuerungskompetenz für gesundheitswirksame Bewegung assoziiert sind. - Formulierungsanpassungen.
C3.2.1	- Formulierungsanpassungen. - Notwendigkeit, Empfehlung sprachlich zu vereinfachen.
C3.3.1	- Auswahl der zentralen konzeptionellen Begriffe, die für das Verständnis der Empfehlung notwendig sind, überdenken. - Für die Erleichterung eines gemeinsamen Verständnisses der notwendigen Fachterminologie wird ein Glossar empfohlen. - Formulierungsanpassungen (zur Vereinfachung, wo möglich).
C3.3.2	- Formulierungsanpassung („Bewegungsformen“).
C3.3.3	- Formulierungsanpassungen. - Rolle von sedentärem Verhalten. - „Innere und äußere Barrieren“.
D	- Entscheidung treffen, ob D eigenständig bleiben soll. - Soll vs. sollte-Formulierung in Abhängigkeit der Evidenzlage klären. - Formulierungsanpassungen.

III. Diskussion zu den einzelnen Teilen des Empfehlungsentwurfs

A – Allgemeiner Teil

(A1) Alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollen dabei unterstützt werden, im Rahmen ihrer Möglichkeiten, regelmäßig und langfristig körperlich aktiv zu sein, um ihre Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe (gemäß der ICF) nachhaltig aufrechterhalten zu können.

Ergebnisse der Mentimeterabfrage:

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
Die Empfehlung A1 ist für mich sprachlich verständlich*	0	0	0	6
Die Konsequenzen der Empfehlung A1 für die Reha-Praxis sind mir klar	0	3	4	11

* aufgrund technischer Schwierigkeiten hier nur 6 gezählte Stimmen

Diskussionspunkte:

1. Begriff der „Wiederherstellung“ in Bezug auf Rehabilitation als Prozess:
 - Betonung, dass eine „Wiederherstellung“ vor der „Aufrechterhaltung“ steht.
2. Wunsch, den Prozess der Unterstützung genauer zu definieren.
3. Fokus auf die Fähigkeit der Bewegungstherapeut*innen (BT) zur Bewegungs-förderung:
 - Ein Teilnehmender betont die Bedeutung eines stärkeren Fokus auf die Fähigkeit der BT, Bewegungsförderung umzusetzen.
4. Orientierung an den ICF-Konstrukten der Funktionalen Gesundheit ggf. zu kompliziert bzw. Missverständnis, dass mit dem Begriff der Körperfunktionen nur physische Funktionen gemeint sein könnten?

Schlussfolgerung:

- *Möglicherweise Einbezug des Begriffs der „Wiederherstellung“.*
- *Möglicherweise detaillierte Beschreibung der „Unterstützung“ (insbesondere im Hintergrundtext verdeutlichen).*
- *Möglicherweise Formulierung in ICF-Anlehnung spezifizieren, um Miss-verständnisse vorzubeugen (z.B. physische und mentale Körperfunktionen).*

Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop

(A2) Bewegungstherapeutisches Handeln soll auf die Befähigung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für eine selbstbestimmte Weiterführung von gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität ausgerichtet sein. Dies bedeutet, dass bewegungstherapeutische Inhalte und Methoden eingesetzt werden, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dabei unterstützen, die unmittelbar bewegungsbezogenen Anforderungen zu bewältigen (Bewegungskompetenz), die eigene körperliche Aktivität auf positive Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden auszurichten (Steuerungskompetenz) und die Regelmäßigkeit körperlicher Aktivität sicherstellen (Selbstregulationskompetenz) zu können.

Ergebnisse der Mentimeterabfrage:

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
Die Empfehlung A2 ist für mich sprachlich verständlich	0	0	4	12
Die Konsequenzen der Empfehlung A2 für die Reha-Praxis sind mir klar	0	1	5	10

Diskussionspunkte:

1. Hinweis, die Empfehlungen aus verschiedenen Perspektiven zu bewerten, einschließlich der Verwaltungs-/Geschäftsführungsperspektive.
 - Frage, wer die Empfehlungen liest und wie sie in der Praxis umgesetzt werden, insbesondere in Bezug auf therapeutische Leitungen und die Geschäftsführung.
 - Betonung der Bedeutung, klare und verständliche Formulierungen zu verwenden, die von verschiedenen Interessengruppen, einschließlich Nicht-Fachexpert*innen in Rehabilitationseinrichtungen, verstanden werden können.
 - Herausforderung, die Empfehlungen so zu formulieren, dass sie für die Verwaltung und die Geschäftsführung verständlich sind.
2. Zugleich wird die Bedeutung von Fachbegriffen in den Praxisempfehlungen zur Unterstützung der Argumentation und ihrer Präzision hervorgehoben; dies drückt entsprechende Professionalität aus und beugt einer Trivialisierung von Therapiemaßnahmen vor.
3. Hinweis, die Formulierung so zu gestalten, dass sie zukünftig potenziell in die Zertifizierungskriterien bzw. Strukturen der Reha-Qualitätssicherung integrierbar wären.
4. Vorschläge zur Verbesserung der Sprachlichkeit und Kompaktheit der Empfehlungen.
 - „2ter Satz ist sehr lang“ → kompakter oder unterteilen
5. Betonung der Zielorientierung in den Empfehlungen und die Möglichkeit, Verbindungen zu anderen Empfehlungen herzustellen.
6. Mit Blick auf spätere Disseminationsprozesse wird vorgeschlagen, dass gerade in der anfänglichen Umsetzungsphase der Implementierung der Praxisempfehlungen Unterstützungsbedarfe hilfreich wären (z.B. weitergehendes Arbeitshandbuch oder andere Materialien, die die Leitungspersonen in den Einrichtungen weitergehend unterstützen und die diskutierten Formulierungsaspekte bzw. fachliche Vertiefungen auch aufgreifen könnten).

Schlussfolgerung:

- *Grundsatzdiskussion über den Aufbau, die Rolle und die Funktion der Empfehlungen ohne klare Konsequenzen für A2 (dies könnte teilweise in einer Präambel oder einem Schlusskapitel aufgegriffen werden).*
- *Geringfügige Verbesserungsvorschläge hinsichtlich Sprachlichkeit (z.B. kürzere Sätze).*
- *Formatierungsmöglichkeiten nutzen (Absätze, Unterteilung der Sätze).*

Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop

(A3) Eine auf Bewegungsförderung ausgerichtete Bewegungstherapie folgt dem übergeordneten Prinzip der Patientenorientierung. Dies beinhaltet 1) die Berücksichtigung der individuellen bewegungsbezogenen Bedürfnisse, Ziele, Motive und Präferenzen als auch der körperlichen, psychischen und sozialen Möglichkeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (ICF-Kontextfaktoren), 2) eine wertschätzende, partnerschaftliche und aktivierende Kommunikation sowie 3) eine aktive und mitbestimmende Rolle der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

Ergebnisse der Mentimeterabfrage:

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
Die Empfehlung A3 ist für mich sprachlich verständlich	0	1	1	15
Die Konsequenzen der Empfehlung A3 für die Reha-Praxis sind mir klar	0	3	5	9

Diskussionspunkte:

1. Vereinfachung der Formatierung durch Absätze, um die Struktur klarer darzustellen.
2. ICF-Kontextfaktoren erläutern („klar machen“).
3. Integration von Konzepten für die Organisationsentwicklung und Betonung der informellen Kultur als Voraussetzung für die Umsetzung.
4. Hervorheben, dass die Bewegungsförderung (BF) eine Aufgabe ist, die über die Bewegungstherapie (BT) hinausgeht, insbesondere im Allgemeinen Teil der Empfehlungen.
 - Vorschlag, D1 zu A4 werden zu lassen, zur Betonung der interdisziplinären Zusammenarbeit.
5. Betonung der Bedeutung von Erwartungen seitens der Rehabilitand*innen.
6. Vorschlag, den A-Teil als Präambel zu nutzen und die Zielgruppe der Empfehlungen klarzustellen.
7. Diskussion über den Begriff der Patientenorientierung und die mögliche Verwendung von "Rehabilitanden" anstelle von "Patienten".
 - Vorschläge für alternative Begriffe wie "Personenzentrierung" oder "Klientenzentrierung" zur Ersetzung von "Patientenorientierung".

Schlussfolgerung:

- *D1 könnte zu A4 werden (oder bzw. zusätzlich in der Präambel betonen).*
- *Übersichtlichere Formatierung (Absätze zu 1., 2., 3.).*
- *Formulierungsanpassung („Patientenorientierung“).*

B – Grundlegende Didaktisch-Methodische Prinzipien

(B1) Eine Bewegungstherapie, die auf die Befähigung der Rehabilitand*innen ausgerichtet ist, basiert auf dem Prinzip der Verknüpfung von Trainieren und Üben, Lernen und Erleben. Dabei werden trainings- und bewegungswissenschaftliche, (sport-)medizinische sowie pädagogische und psychologische Perspektiven berücksichtigt.

Ergebnisse der Mentimeterabfrage:

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
Die Empfehlung B1 ist für mich sprachlich verständlich	0	0	1	16
Die Konsequenzen der Empfehlung B1 für die Reha-Praxis sind mir klar	0	1	4	12

Diskussionspunkte:

1. Es wurde betont, dass die Empfehlungen nicht nur darauf abzielen sollten, Informationen zu vermitteln, sondern sicherzustellen, dass diese auch von den Rehabilitand*innen verstanden werden, wobei sowohl die Rolle der Fachkräfte als auch die der Empfänger*innen berücksichtigt werden sollten.
2. Die Notwendigkeit, den sozialen und ökologischen Kontext der Rehabilitand*innen in den Empfehlungen zu berücksichtigen, wurde hervorgehoben.
 - Es wurden Alternativen wie "(sozial-)psychologische Perspektive" vorgeschlagen.
3. Es gab einen Vorschlag zur Überarbeitung der Formulierung, um die Gendergerechtigkeit in den Empfehlungen sicherzustellen.
4. Es wurde die Verwendung des Begriffs "sportmedizinisch" in Frage gestellt, da er möglicherweise Personen ausschließt, die nicht aus dem Bereich der Sportmedizin stammen (besonders reine Mediziner).

Schlussfolgerung:

- *Methodische Implikationen (z.B. mit Blick auf Wissensvermittlung) in Hintergrundtexten bzw. späteren Empfehlungen weiter klären.*
- *Gendern bei allen Empfehlungen überprüfen.*
- *Die „soziale“ Perspektive stärker einbeziehen (z.B. „sozial-ökologisch“). Formulierung „(sport-)medizinisch“ prüfen.*

Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop

(B2) Bewegungsförderliche Bewegungstherapie soll grundlegend die bisherigen bewegungspraktischen Erfahrungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und deren damit verbundenen kognitiven und affektiv-emotionalen Assoziationen berücksichtigen. Bewegungsförderliche Bewegungstherapie zielt darauf ab, weitere bewegungspraktische Erfahrungen zu vermitteln und mit Blick auf eine selbstbestimmte Weiterführung gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität zu reflektieren.

Ergebnisse der Mentimeterabfrage:

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
Die Empfehlung B2 ist für mich sprachlich verständlich	0	0	6	11
Die Konsequenzen der Empfehlung B2 für die Reha-Praxis sind mir klar	0	0	6	11

Diskussionspunkte:

1. Es wurde angeregt einige Formulierungen zu prüfen.
 - Häufige Verwendung von „Bewegung-...“.
 - Überprüfung der Formulierung der „Assoziationen“.
 - „weitere“ Bewegungspraktische Erfahrungen überdenken (Vorschlag: „neue“, „erweiterte“, „vielfältige“).

Schlussfolgerung:

- *Formulierungsanpassungen.*

C- Spezifische Bereiche des Therapieprozesses

(C1) Assessment und Therapiekontrolle. Bewegungstherapie soll basierend auf einem standardisierten Assessment geplant und durchgeführt werden. Dessen Bestandteile sollten für das Ziel der Bewegungsförderung neben der Messung von bedeutsamen Körperfunktionen insbesondere das Bewegungsverhalten selbst sowie weitere psychische, soziale und umweltbezogene Einflussfaktoren des Bewegungsverhaltens umfassen.

Ergebnisse der Mentimeterabfrage:

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
Die Empfehlung C1 ist für mich sprachlich verständlich	0	0	2	15
Die Konsequenzen der Empfehlung C1 für die Reha-Praxis sind mir klar	0	0	2	14

Diskussionspunkte:

1. Es wurde darauf hingewiesen, Assessmentverfahren zu nennen und -zwecke zu erklären (Planung, Verlauf, Outcome).
2. Es wurde der Wunsch geäußert, Assessment in Qualitätssicherungs-Verfahren und Nachsorge einfließen zu lassen.
3. Es wurde darauf hingewiesen, die Lenkungsmöglichkeiten durch Assessment aber auch die dafür benötigten Ressourcen zu beachten.
 - Es wurde angeregt, den Assessmentverlauf von Anfang bis Ende und darüber hinaus in Betracht zu ziehen, einschließlich der Nachsorge.
 - Die Bedeutung der Verlaufsmessung zur Steuerung wurde erläutert.
4. Es wurde darauf hingewiesen, dass in MBOR-Richtlinien derzeit auch schon Assessmentaspekte über KTL (Klassifikation therapeutischer Leistungen) abgebildet werden, allerdings nicht spezifisch für Bewegungstherapie.
5. Ein Vorschlag wurde eingebracht, den Begriff "standardisiert" durch "indikationsspezifisch" zu ersetzen.

Schlussfolgerung:

- *Bedeutung von Assessment für den gesamten Therapieverlauf beachten (auch Nachsorge) und möglicherweise entsprechend in die Formulierung einfließen lassen.*
- *Ausführungen im Hintergrundtext (Nennung, Erläuterung von Planung & Verlauf).*

Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop

(C2) Bewegungsbezogene Therapieziele sollten dialogorientiert, gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erarbeitet werden. Die Erreichung der Ziele sollte überprüft werden und gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden reflektiert werden.

Ergebnisse der Mentimeterabfrage:

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
Die Empfehlung C2 ist für mich sprachlich verständlich	0	0	2	15
Die Konsequenzen der Empfehlung C2 für die Reha-Praxis sind mir klar	0	0	2	15

Diskussionspunkte:

1. Grundsätzliche Hinweise die Hintergrundtexte für Ausführungen zu nutzen.
2. Vorschlag, dass Ärzt*innen bereits Bewegungsförderung im Rahmen des Aufnahmegesprächs thematisieren und die Ergebnisse in das Therapeutenteam tragen.
3. Vorschlag einer Formulierungsanpassung: Erstes "werden" weglassen.
4. Hinweis, dass es Herausforderungen bei der Definition von Zielen gibt, da jede Berufsgruppe unterschiedliche Therapieziele hat (Bewegung, Ernährung etc.).
5. Hinweis, dass möglicherweise eine Ableitung bewegungsbezogener Ziele aus den Rehabilitationszielen vorgenommen werden könnte. Dies könnte in den Hintergrundtexten aufgegriffen werden.
6. Hinweis, dass eine Abstimmung der Ziele mit den Rehabilitand*innen erforderlich ist.
7. Hinweis, dass organisatorische Schwierigkeiten in der Einrichtung eine individuelle Therapieplanung erschweren können.

Schlussfolgerung:

- *Formulierungsanpassung.*
- *Im Hintergrundtexten mögliche Querverbindungen zu bestehenden Materialien für eine fundierte Klärung von Reha-Zielen (und therapiespezifischen Zielen) beachten.*
- *Möglicherweise eine Interdisziplinäre Zusammenarbeit an dieser Stelle mitdenken.*

Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop

(C3) Therapiedurchführung: Inhalte und Methoden. Für eine zielgerichtete Bewegungsförderung sollte insbesondere eine Kombination von Interventionselementen zur Ansteuerung der drei Bereiche der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (Bewegungskompetenz, Steuerungskompetenz, Selbstregulationskompetenz) zum Einsatz kommen.

Ergebnisse der Mentimeterabfrage:

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
Die Empfehlung C3 ist für mich sprachlich verständlich	0	2	6	9
Die Konsequenzen der Empfehlung C3 für die Reha-Praxis sind mir klar	0	0	6	11

Diskussionspunkte:

1. Hinweis, dass C3 möglicherweise redundant ist und statt eigener Empfehlung nur eine kurze Übersicht zu den nachfolgenden Empfehlungen gegeben werden soll, die die Verbindung zu vorherigen Teilen A und B verdeutlicht.
2. Hinweise, dass die Empfehlung sprachlich vereinfacht werden könnte.

Schlussfolgerung:

- *Bedeutung von C3 überdenken (redundant im Kontext der vorherigen Teile A und B) – Brücke zu dem C3-Teil kann auch kurz textlich vollzogen werden, ohne eine eigene Empfehlung, die nur abstrakt sein kann.*
- *Bei Beibehalten, wäre Formulierung zu überprüfen (sprachlich vereinfachen).*

Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop

(C3.1.1) Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die individuellen körperlich-motorischen Voraussetzungen für eigenständige gesundheitswirksame Bewegung im Alltag und in der Freizeit verbessert werden.

Ergebnisse der Mentimeterabfrage:

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
Die Empfehlung C3.1.1 ist für mich sprachlich verständlich	0	0	0	17
Die Konsequenzen der Empfehlung C3.1.1 für die Reha-Praxis sind mir klar	0	0	2	15

Diskussionspunkte:

1. Hinweis, dass die Formulierung „verbessert“ überdacht werden sollte.
 - Vorschlag: „optimiert“ (wobei dies auch kritisch diskutiert wurde).
2. Vorschlag, die Formulierung „[...] Voraussetzungen *wahrgenommen* und [...] verbessert werden“ zu verwenden.
 - Im Sinne des rehabilitandenseitigen Verstehens.
 - Erläuterung von Körperwahrnehmung im Hintergrundtext (u.a. Pacing).

Schlussfolgerung:

- *Formulierungsanpassungen prüfen („verbessert werden“).*
- *Körperwahrnehmung im Hintergrundtext erläutern.*

Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop

(C3.1.2) Im Rahmen der Bewegungstherapie soll das Zutrauen in die eigenständige Umsetzung gesundheitswirksamer Bewegung gestärkt werden. Dabei soll auch vermittelt werden, wie Bewegung bei körperlichem (z.B. Schmerz) und psychischen (z.B. Angst vor Schmerz, Unsicherheit) Missbefinden genutzt werden kann.

Ergebnisse der Mentimeterabfrage:

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
Die Empfehlung C3.1.2 ist für mich sprachlich verständlich	0	0	2	15
Die Konsequenzen der Empfehlung C3.1.2 für die Reha-Praxis sind mir klar	0	0	3	14

Diskussionspunkte:

1. Hinweis, dass sehr „enge“ Formulierung für das Konzept der Selbstwirksamkeit vorliegt und dies „breiter“ und „positiver“ formuliert werden könnte.
2. Vorschlag, insgesamt positiver zu formulieren, nicht nur auf den Umgang mit Missbefinden (z.B. im Kontext des Abbaus von Fear-Avoidance-Beliefs).
3. Vorschlag, „selbstregulatorisch“ nach Missbefinden einzuschieben.

Schlussfolgerung:

- *Inhaltlich betonen, dass die Empfehlung primär mit Blick auf Bewegungskompetenzen zu sehen ist (aufgabenspezifische Selbstwirksamkeit), während andere Facetten der Selbstwirksamkeit an anderer Stelle berücksichtigt werden.*
- *Ggf. positive Aspekte (über Umgang mit Missbefinden hinausgehend) berücksichtigen, wobei Querverbindungen zu anderen C3-Empfehlungen zu berücksichtigen sind, die mehr mit der Steuerungskompetenz für gesundheitswirksame Bewegung assoziiert sind.*
- *Formulierungsanpassungen prüfen.*

Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop

(C3.2.1) Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand*innen dazu befähigt werden, Wirkungen von körperlich-sportlichen Aktivitäten auf physische und psychische Körperfunktionen zu optimieren und Risiken zu minimieren und dadurch körperlich-sportliche Aktivität mit zur Bewältigung ihrer Erkrankung nutzen zu können.

Ergebnisse der Mentimeterabfrage:

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
Die Empfehlung C3.2.1 ist für mich sprachlich verständlich	0	2	6	9
Die Konsequenzen der Empfehlung C3.2.1 für die Reha-Praxis sind mir klar	0	1	4	11

Diskussionspunkte:

1. Vorschlag, statt „Bewältigung ihrer Erkrankung“ → „Umgang mit...“ zu formulieren.
2. Hinweis, dass „Aktivität und Teilhabe“ berücksichtigt werden sollte.
3. Hinweis, verschiedene Formulierungen zu körperlicher Aktivität im gesamten Dokument zu vereinheitlichen (z.B. „körperlich-sportliche Aktivität“ vs. „körperliche Aktivität“).
4. Hinweis, dass Empfehlung sehr komplex formuliert ist.
5. Hinweis, dass die Formulierung „zu optimieren“ teilweise negative Assoziationen einer Optimierungslogik auslöst.
6. Hinweis, dass „physisch“ und „psychisch“ sehr abstrakt ist.
 - Vorschlag, Beispiele in Klammern zu setzen.

Schlussfolgerung:

- *Formulierungsanpassungen, die die inhaltlichen Anmerkungen aufgreifen, ohne die Komplexität der Empfehlung weiter zu erhöhen.*
- *Notwendigkeit, Empfehlung sprachlich zu vereinfachen.*

Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop

(C3.3.1) Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand*innen zu selbstbestimmter körperlich-sportlicher Aktivität motiviert werden und dazu befähigt werden, diese regelhaft in ihren Alltag einzubinden. Insbesondere sollen den Rehabilitand*innen positive Selbstwirksamkeitserfahrungen und positive affektive Einstellung gegenüber körperlich-sportlicher Aktivität ermöglicht werden.

Ergebnisse der Mentimeterabfrage:

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
Die Empfehlung C3.3.1 ist für mich sprachlich verständlich	0	0	4	13
Die Konsequenzen der Empfehlung C3.3.1 für die Reha-Praxis sind mir klar	0	0	5	12

Diskussionspunkte:

1. Hinweis, dass eine sprachliche Vereinfachung sinnvoll wäre.
2. Hinweis, die Konstrukte Selbstwirksamkeitserfahrungen vs. –erwartungen zu überdenken.
3. Nachfrage, was mit dem Begriff / der Formulierung „Affekt“ erreicht werden soll.
 - Hinweis, dass Affektion nicht nur „Spaß machen“ bedeutet.
4. Hinweis, dass ein Mittelweg bei der Verwendung von Fachbegriffen und Formulierungen gefunden werden sollte (Authentizität und „wichtig genommen werden“ vs. Verständlichkeit; vgl. auch allgemeine Diskussion zu Beginn des Workshops).
 - Gemeinsames Sprachverständnis aufbauen.
 - Kulturwandel (irgendwann sind ... Begriffe normal).
5. Formulierungsvorschlag: „ermöglicht werden“ → „bewusst machen“.
6. Hinweis, dass Begriffsdefinitionen und ein Glossar hilfreich wären.

Schlussfolgerung:

- Auswahl der zentralen konzeptionellen Begriffe, die für das Verständnis der Empfehlung notwendig sind, überdenken; wobei die Fachbegriffe zur klaren und präzisen konzeptionellen Fundierung begrüßt werden.
- Für die Erleichterung eines gemeinsamen Verständnisses der notwendigen Fachterminologie wird ein Glossar empfohlen.
- Formulierungsanpassungen (zur Vereinfachung, wo möglich).

Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop

(C3.3.2) Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand*innen dazu befähigt werden, Bewegungsformen im Einklang mit ihren Motiven und Präferenzen auszuwählen und zu betreiben.

Ergebnisse der Mentimeterabfrage:

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
Die Empfehlung C3.3.2 ist für mich sprachlich verständlich	0	0	3	14
Die Konsequenzen der Empfehlung C3.3.2 für die Reha-Praxis sind mir klar	0	0	1	16

Diskussionspunkte:

1. Hinweis, dass „Bewegungsformen“ möglicherweise besser formuliert werden könnte.
 - Vorschlag: „verschiedene körperliche Aktivitäten“; „Bewegungsarten“.

Schlussfolgerung:

- *Formulierungsanpassung, da „Bewegungsformen“ als Begriff hier das erste Mal auftaucht, aber zugleich es um die Darstellung der Vielfalt möglicher Aktivitätstypen gehen soll, die therapeutisch-rehabilitativ genutzt werden können.*

Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop

(C3.3.3) Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand*innen dazu befähigt werden, ihre bewegungsbezogenen Absichten in tatsächliches regelmäßiges Bewegungsverhalten zu überführen und dieses gegenüber konkurrierenden Betätigungsmöglichkeiten abzuschirmen.

Ergebnisse der Mentimeterabfrage:

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
Die Empfehlung C3.3.2 ist für mich sprachlich verständlich	0	0	2	15
Die Konsequenzen der Empfehlung C3.3.2 für die Reha-Praxis sind mir klar	0	0	2	15

Diskussionspunkte:

1. Hinweis, dass das Problem der „Lustlosigkeit“ bzw. „Antriebslosigkeit“ noch nicht ausreichend abgedeckt ist.
 - Vorschlag „innere“ und „äußere“ Barrieren aufzunehmen.
2. Hinweis, dass in dieser Empfehlung auch ein „Umgang mit Krankheit“ bedacht werden sollte.
3. Vorschlag auch sedentäres Verhalten und/oder Inaktivität anzusprechen.
 - „aus der Inaktivität hinausbegeben“
4. Hinweis, dass die Formulierung „überführen“ nicht greifbar ist.

Schlussfolgerung:

- *Formulierungsanpassungen.*
- *Rolle von sedentärem Verhalten überdenken.*
- *Möglicherweise „innere und äußere Barrieren“ aufnehmen.*

D – Interprofessionelle Zusammenarbeit

(D) Bewegungsförderung ist ein übergeordnetes Rehabilitationsziel, welches in interprofessioneller Zusammenarbeit adressiert werden sollte. Die unterschiedlichen Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation sollten sich bzgl. der bewegungsbezogenen Rehabilitationsziele und der passenden Therapieansätze in regelmäßigen Arbeitsbesprechungen abstimmen.

Ergebnisse der Mentimeterabfrage:

	Stimme nicht zu	Stimme eher nicht zu	Stimme eher zu	Stimme zu
Die Empfehlung D1 ist für mich sprachlich verständlich	0	0	3	14
Die Konsequenzen der Empfehlung D1 für die Reha-Praxis sind mir klar	0	0	7	10

Diskussionspunkte:

1. Grundsätzliche Frage: „Wo will D hin, was will D?“
 - Vorschlag, D-Teil in die anderen Empfehlungen und die Präambel zu integrieren.
 - Auch Gegenstimmen, die eigenständigen D-Teil befürworten.
2. Formulierung, soll vs. sollte.
 - Hinweis, dass Formulierung Evidenzabhängig ist
3. Formulierung „Therapieansätze“ wurde hinterfragt.
 - Vorschläge: „-angebote“, „-konzepte“, „-strategien“.
4. Formulierung von „Arbeitsbesprechungen“ wurde hinterfragt.
 - Vorschlag: nur „Besprechungen“ oder „Teambesprechungen“ oder „stimmen sich regelmäßig ab“.
5. Formulierung eines „interdisziplinären Teams“ wird vorgeschlagen.
6. Vorschlag, eine Verbindung zu dem DRV-Dokument Interdisziplinäre Zusammenarbeit herzustellen (*„Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation und ihre interprofessionelle Zusammenarbeit“*).

Schlussfolgerung:

- Entscheidung treffen, ob D eigenständig bleiben soll.
- Für den weiteren Prozess der Formulierung der Praxisempfehlung finalen Vorschlag für soll vs. sollte-Formulierung in Abhängigkeit der Evidenzlage klären.
- Formulierungsanpassungen.
- DRV-Dokument checken und möglicherweise verlinken.

Abschlussdiskussion

1. Nachfrage, ob konkrete Bewegungsempfehlungen integriert werden.
 - Antwort von Forschungsgruppe, dass diese im Hintergrundtext von A1 adressiert werden.
2. Hinweis, dass Freizeitgestaltung, die nichts direkt mit „Sport“ zu tun hat, aber auch einen Beitrag zur körperliche Aktivität leisten kann, aktuell nicht behandelt wird (Freizeitgestaltung im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen wichtige Zielgröße).
3. Nachfrage, ob positive konkurrierende Betätigungen (z.B. Musikinstrument spielen) behandelt werden.
4. Hinweis, dass auch Freizeittherapie Elemente der Bewegungsförderung enthält.

Schlussfolgerung:

- *Möglicherweise die Bereiche Freizeit, Freizeitgestaltung oder auch Freizeittherapie bei den Empfehlungen mitdenken bzw. in den Hintergrundtexten diese Beziehung klären bzw. aufgreifen; dies würde auch Bezug zu dem entsprechenden KTL-Bereich L herstellen lassen.*

IV. Fotokoll der Empfehlungsdiskussion

A1, A2 und A3

A1

ICF-orientierte Unterstützung

(A1) Alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollen dabei unterstützt werden, im Rahmen ihrer Möglichkeiten, regelmäßig und langfristig körperlich aktiv zu sein, um ihre Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe (gemäß der ICF) nachhaltig aufrechterhalten zu können.

- "Wiederherstellung" einbeziehen ; ICF - "Struktur"?
- unterstützt wodurch? ICF - Beurteilung Kompetenz?

A2

Befähigung/Kompetenzaufbau

(A2) Bewegungstherapeutisches Handeln soll auf die Befähigung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für eine selbstbestimmte Weiterführung von gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität ausgerichtet sein. Dies bedeutet, dass bewegungstherapeutische Inhalte und Methoden eingesetzt werden, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dabei unterstützen, die unmittelbar bewegungsbezogenen Anforderungen zu bewältigen (Bewegungskompetenz), die eigene körperliche Aktivität auf positive Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden auszurichten (Steuerungskompetenz) und die Regelmäßigkeit körperlicher Aktivität sicherstellen (Selbstregulationskompetenz) zu können.

- Sprachlich passfähig für diverse Reha-Akteure (auch Verwaltung, Berufsgruppe)
- Kürzer Sätze; prüfen
- "Zielorientierung" ergänzen?

A3

PATIENTENORIENTIERUNG

(A3) Eine auf Bewegungsförderung ausgerichtete Bewegungstherapie folgt dem übergeordneten Prinzip der Patientenorientierung. Dies beinhaltet 1) die Berücksichtigung der individuellen bewegungsbezogenen Bedürfnisse, Ziele, Motive und Präferenzen als auch der körperlichen, psychischen und sozialen Möglichkeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (ICF-Kontextfaktoren), 2) eine wertschätzende, partnerschaftliche und aktivierende Kommunikation sowie 3) eine aktive und mitbestimmende Rolle der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.

- lesefreundlich formatieren
- ICF-Kontextfaktoren klar machen ^{phf} _{ukf}
- Bezug D; im allg. Teil Anforderung des interdisz. Austauschs klar machen! (Präambel) → A4?
- "Patientenorient." - personzentriert ^{phf}

Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop

B1 und B2

B1

INTEGRATIVE ZUGANGSWEISE

(B1) Eine Bewegungstherapie, die auf die Befähigung der Rehabilitand*innen ausgerichtet ist, basiert auf dem Prinzip der Verknüpfung von Trainieren und Üben, Lernen und Erleben. Dabei werden trainings- und bewegungswissenschaftliche, (sport-)medizinische sowie pädagogische und psychologische Perspektiven berücksichtigt.

- Rezipienten mitdenken → Verstehen
- SES mit berücksichtigen? Soziale Persp.
- (Sport)/medit. v.aus

B2

ERFAHRUNGSBASIERT

(B2) Bewegungsförderliche Bewegungstherapie soll grundlegend die bisherigen bewegungspraktischen Erfahrungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und deren damit verbundenen kognitiven und affektiv-emotionalen Assoziationen berücksichtigen. Bewegungsförderliche Bewegungstherapie zielt darauf ab, weitere bewegungspraktische Erfahrungen zu vermitteln und mit Blick auf eine selbstbestimmte Weiterführung gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität zu reflektieren.

weitere = neue?, erweiterte
vielfältige

Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop

C1 und C2

C1

ASSESSMENT

(C1) **Assessment und Therapiekontrolle.** Bewegungstherapie soll basierend auf einem standardisierten Assessment geplant und durchgeführt werden. Dessen Bestandteile sollten für das Ziel der Bewegungsförderung neben der Messung von bedeutsamen Körperfunktionen insbesondere das Bewegungsverhalten selbst sowie weitere psychische, soziale und umweltbezogene Einflussfaktoren des Bewegungsverhaltens umfassen.

- Assessmentverfahren nennen
- " Zwecke klären - Planung, Verlauf, Outcome
- Lenkungsmöglichkeiten durch Assessment → Ressourcen
- Assessment ein QS-Verf. // → Nachsorge

C2

Therapieziele - Planung

(C2) **Therapieziele und -planung.** Bewegungsbezogene Therapieziele sollten dialogorientiert, gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und in Abstimmung mit anderen Akteuren des Reha-Teams erarbeitet werden. Die Erreichung der Ziele sollte überprüft werden und gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden reflektiert werden.

hintergründete nutzen

C3

C3

KOMPETENZORIENTIERTE Therapiedurchführung

(C3) **Therapiedurchführung: Inhalte und Methoden.** Für eine zielgerichtete Bewegungsförderung sollte insbesondere eine Kombination von Interventionselementen zur Ansteuerung der drei Bereiche der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (Bewegungskompetenz, Steuerungskompetenz, Selbstregulationskompetenz) zum Einsatz kommen.

- Redundant?
- Text einfacher

Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop

C3.1.1 und 3.1.2

C3.1.1

KÖRPERLICHE MOTORISCHE V.

(C3.1.1) Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die individuellen körperlich-motorischen Voraussetzungen für eigenständige gesundheitswirksame Bewegung im Alltag und in der Freizeit verbessert werden.

- Körperwahrnehmung in Hinkörperkontakt adäquate
- Auto: pat. seitiger Verstehen
- Wahrnehmung / verstanden / oph. unzeit / adäquat

C3.1.2

ZUTRAUEN EIGENE BEWEGUNG

(C3.1.2) Im Rahmen der Bewegungstherapie soll das Zutrauen in die eigenständige Umsetzung gesundheitswirksamer Bewegung gestärkt werden. Dabei soll auch vermittelt werden, wie Bewegung bei körperlichem (z.B. Schmerz) und psychischen (z.B. Angst vor Schmerz, Unsicherheit) Missbefinden genutzt werden kann.

- 2kr Teil stärker in Richtung SWE
- ggf. Abbau FKR
- } "selbstregulatorisch"

C3.2.1

C3.2.1

BEFÄHIGUNG GESUNDHEITSWIRKSAME GESTALT

(C3.2.1) Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand*innen dazu befähigt werden, Wirkungen von körperlich-sportlichen Aktivitäten auf physische und psychische Körperfunktionen zu optimieren und Risiken zu minimieren und dadurch körperlich-sportliche Aktivität mit zur Bewältigung ihrer Erkrankung nutzen zu können.

A
einfacher!

- Bewältigung ↔ Umgang mit
- Ausw. d. Akt / Teilh. berücksichtigen
- Körperl. Aktivität ↔ Bew. / Sport / ...

Anhang 6: Protokoll aus dem zweiten Workshop

C3.3.1

(3.3.1) **MOTIVIERUNG, SELBSTBESTIMMT**

(C3.3.1) Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand*innen zu selbstbestimmter körperlich-sportlicher Aktivität motiviert werden und dazu befähigt werden, diese regelhaft in ihren Alltag einzubinden. Insbesondere sollen den Rehabilitand*innen positive Selbstwirksamkeitserfahrungen und positive affektive Einstellung gegenüber körperlich-sportlicher Aktivität ermöglicht werden.

A einfacher!

- Affekt
- ermöglichen $\leftrightarrow$ bewusst machen
- SWE - Erwartungen
- einfacher Überbegriff; Glossar

C3.3.2 und C3.3.3

3.2 **Motivationale Kompetenz**

(C3.3.2) Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand*innen dazu befähigt werden, Bewegungsformen im Einklang mit ihren Motiven und Präferenzen auszuwählen und zu betreiben.

✓ Arten KA?

3.3) **VOLITIONALE KOMPETENZEN**

(C3.3.3) Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand*innen dazu befähigt werden, ihre bewegungsbezogenen Absichten in tatsächliches regelmäßiges Bewegungsverhalten zu überführen und dieses gegenüber konkurrierenden Betätigungsmöglichkeiten abzuschirmen.

- "Antriebslosigkeit" ja?
- innere/äußere Barrieren aufnehmen
- Inaktivität; sed. Verhalten nennen?
- Umgang mit kh adäquat

D1

INTERPROFESSIONELL

D1 (D1) Bewegungsförderung ist ein übergeordnetes Rehabilitationsziel, welches in interprofessioneller Zusammenarbeit adressiert werden sollte. Die unterschiedlichen Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation sollten sich bzgl. der bewegungsbezogenen Rehabilitationsziele und der passenden Therapieansätze in regelmäßigen Arbeitsbesprechungen abstimmen.

- ~~sollte~~
- Therapieansätze ↔
 - Angebote
 - Konzepte
 - Strategie
- Verantwortung von D? ↔ Bspg Präambel etc.
- ~~sollten~~ - stimmen sich ab
- Arbeitsbespr.
- Verweis auf DRV-Papier
- interprofessionelle Teamarbeit,
↳ Fomuliere DRV cheden

Anhang 7: Überarbeitung der 2. Version der Praxisempfehlungen basierend auf dem großen Workshop

Empf.	Ursprüngliche Version	Diskussionspunkte	Überarbeitete Version (falls vorhanden)
(A1)	Alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollen dabei unterstützt werden, im Rahmen ihrer Möglichkeiten, regelmäßig und langfristig körperlich aktiv zu sein, um ihre Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe (gemäß der ICF) nachhaltig aufrecht-erhalten zu können.	1. Möglicherweise Einbezug des Begriffs der „Wiederherstellung“. 2. Möglicherweise detaillierte Beschreibung der „Unterstützung“ (insbesondere im Hintergrundtext verdeutlichen). 3. Möglicherweise Formulierung in ICF-Anlehnung spezifizieren, um Missverständnisse vorzubeugen (z.B. physische und mentale Körperfunktionen).	<u>Körperliche Aktivität hilft Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dabei, ihre körperlichen und psychischen Funktionen sowie ihre Aktivitäten und Teilhabe (gemäß der ICF) zu verbessern und nachhaltig aufrecht zu erhalten.</u> Alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollen dabei unterstützt werden, im Rahmen ihrer Möglichkeiten regelmäßig und langfristig körperlich aktiv zu sein.
A2	Bewegungstherapeutisches Handeln soll auf die Befähigung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für eine möglichst eigenständige Weiterführung von gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität ausgerichtet sein. Dies bedeutet, dass bewegungstherapeutische Inhalte und Methoden eingesetzt werden, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dabei unterstützen, die unmittelbar bewegungsbe-	1. Grundsatzdiskussion über den Aufbau, die Rolle und die Funktion der Empfehlungen ohne klare Konsequenzen für A2 (dies könnte teilweise in einer Präambel oder einem Schlusskapitel aufgegriffen werden). 2. Geringfügige Verbesserungsvorschläge hinsichtlich Sprachlichkeit (z.B. kürzere	Bewegungstherapeutisches Handeln soll auf die Befähigung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für eine selbstbestimmte Weiterführung von gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität ausgerichtet sein. Dies bedeutet, dass bewegungstherapeutische Inhalte und Methoden eingesetzt werden, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dabei unterstützen:

Anhang 7: Überarbeitung der 2. Version der Praxisempfehlungen basierend auf dem großen Workshop

	zogenen Anforderungen zu bewältigen (Bewegungskompetenz), die eigene körperliche Aktivität auf positive Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden auszurichten (Steuerungskompetenz) und die Regelmäßigkeit körperlicher Aktivität sicherstellen (Selbstregulationskompetenz) zu können.	Sätze). 3. Formatierungsmöglichkeiten nutzen (Absätze, Unterteilung der Sätze).	<u>1) Die unmittelbar bewegungsbezogenen Anforderungen zu bewältigen (Bewegungskompetenz).</u> <u>2) Die eigene körperliche Aktivität auf positive Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden auszurichten (Steuerungskompetenz).</u> und <u>3) Die Regelmäßigkeit körperlicher Aktivität sicherstellen (Selbstregulationskompetenz) zu können (<u>Selbstregulationskompetenz</u>).</u>
A3	Eine auf Bewegungsförderung ausgerichtete Bewegungstherapie folgt dem übergeordneten Prinzip der Patientenorientierung. Dies beinhaltet: 1) die Berücksichtigung der individuellen bewegungsbezogenen Bedürfnisse, Ziele, Motive und Präferenzen als auch der körperlichen, psychischen und sozialen Möglichkeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden (ICF-Kontextfaktoren), 2) eine wertschätzende, partnerschaftliche und aktivierende Kommunikation sowie 3) eine aktive und mitbestimmende Rolle der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.	1. D1 könnte zu A4 werden (oder bzw. zusätzlich in der Präambel betonen). 2. Übersichtlichere Formatierung (Absätze zu 1., 2., 3.). 3. Formulierungsanpassung („Patientenorientierung“).	Eine auf Bewegungsförderung ausgerichtete Bewegungstherapie folgt dem übergeordneten Prinzip der Personorientierung. Dies beinhaltet: <u>a)</u> die Berücksichtigung der individuellen bewegungsbezogenen Ziele, Motive und Präferenzen als auch der körperlichen, psychischen und sozialen Möglichkeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, <u>b)</u> eine wertschätzende, partnerschaftliche und aktivierende Kommunikation, und <u>c)</u> eine aktive und mitbestimmende Rolle der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.
B1	Eine Bewegungstherapie, die auf die Befähigung der Rehabilitand*innen ausgerichtet ist, basiert auf dem Prinzip der Verknüpfung von Trainieren und Üben, Lernen und Erleben. Dabei werden trainings-	1. Methodische Implikationen (z.B. mit Blick auf Wissensvermittlung) in	Eine Bewegungstherapie, die auf die Befähigung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ausgerichtet ist, basiert auf dem Prinzip der Verknüpfung von Trainieren und Üben, Lernen und Erleben. Dabei werden

Anhang 7: Überarbeitung der 2. Version der Praxisempfehlungen basierend auf dem großen Workshop

	und bewegungswissenschaftliche, (sport-)medizinische sowie pädagogische und psychologische Perspektiven berücksichtigt.	Hintergrundtexten bzw. späteren Empfehlungen weiter klären. 2. Gendern bei allen Empfehlungen überprüfen. 3. Die „soziale“ Perspektive stärker einbeziehen (z.B. „sozial-ökologisch“). Formulierung „(sport-)medizinisch“ prüfen.	trainings- und bewegungswissenschaftliche, (sport-)medizinische, sowie pädagogische, und psychologische <u>sowie sozial-ökologische Perspektiven</u> berücksichtigt.
B2	Bewegungsförderliche Bewegungstherapie soll grundlegend die bisherigen bewegungspraktischen Erfahrungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und deren damit verbundenen kognitiven und affektiv-emotionalen Assoziationen berücksichtigen. Bewegungsförderliche Bewegungstherapie zielt darauf ab, weitere bewegungspraktische Erfahrungen zu vermitteln und mit Blick auf eine selbstbestimmte Weiterführung gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität zu reflektieren.	1. Formulierungsanpassungen.	Bewegungsförderliche Bewegungstherapie soll grundlegend die bisherigen bewegungspraktischen Erfahrungen <u>Bewegungserfahrungen</u> der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und deren damit verbundenen kognitiven und affektiv-emotionalen Assoziationen berücksichtigen. <u>Dies betrifft, neben motorischen Voraussetzungen, auch kognitive Bewertungen und affektiv-emotionale Aspekte im Zusammenhang mit Bewegung.</u> Bewegungsförderliche Bewegungstherapie zielt darauf ab, weitere bewegungspraktische Erfahrungen zu vermitteln und mit Blick auf eine selbstbestimmte Weiterführung gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität zu reflektieren.
C1	Bewegungstherapie soll basierend auf einem standardisierten Assessment geplant und durchgeführt werden. Dessen Bestandteile sollten für das Ziel der Bewegungsförderung neben der Messung von bedeutsamen Körperfunktionen insbesondere das Bewegungsverhalten selbst sowie weitere psychische, soziale und umweltbezogene Einflussfaktoren des Bewegungsverhaltens umfassen.	1. Bedeutung von Assessment für den gesamten Therapieverlauf beachten (auch Nachsorge) und möglicherweise entsprechend in die Formulierung einfließen lassen. 2. Ausführungen im Hintergrundtext (Nennung, Erläuterung von Planung & Verlauf).	Bewegungstherapie soll basierend auf einem standardisierten Assessment geplant und durchgeführt werden. <u>Das Assessment dient auch der Kontrolle des Therapieverlaufs und der Therapieergebnisse, möglichst auch in der Nachsorge.</u> Dessen Bestandteile sollten Für das Ziel der Bewegungsförderung neben der Messung von bedeutsamen Körperfunktionen sollen insbesondere das bisherige Bewegungsverhalten selbst sowie weitere <u>wichtige körperliche</u> , psychische, soziale und umweltbezogene Einflussfaktoren <u>für regelmäßige Bewegung erfasst werden</u> des Bewegungsverhaltens umfassen.

Anhang 7: Überarbeitung der 2. Version der Praxisempfehlungen basierend auf dem großen Workshop

C2	Bewegungsbezogene Therapieziele sollten dialogorientiert, gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und in Abstimmung mit anderen Akteuren des Reha-Teams erarbeitet werden. Die Erreichung der Ziele sollte überprüft werden und gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden reflektiert werden.	1. Formulierungsanpassung. 2. Im Hintergrundtexten mögliche Querverbindungen zu bestehenden Materialien für eine fundierte Klärung von Reha-Zielen (und therapiespezifischen Zielen) beachten. 3. Möglicherweise eine Interdisziplinäre Zusammenarbeit an dieser Stelle mitdenken.	Bewegungsbezogene Therapieziele <u>sollen gemeinsam und dialogorientiert</u> sollten dialogorientiert, gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und in Abstimmung mit anderen Akteuren des Reha-Teams erarbeitet werden. Die Erreichung der Ziele <u>soll</u> überprüft und gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden reflektiert werden.
C3	Für eine zielgerichtete Bewegungsförderung sollte insbesondere eine Kombination von Interventionselementen zur Ansteuerung der drei Bereiche der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (Bewegungskompetenz, Steuerungskompetenz, Selbstregulationskompetenz) zum Einsatz kommen.	1. Bedeutung von C3 überdenken (redundant im Kontext der vorherigen Teile A und B) – Brücke zu dem C3-Teil kann auch kurz textlich vollzogen werden, ohne eine eigene Empfehlung, die nur abstrakt sein kann. 2. Bei Beibehalten, wäre Formulierung zu überprüfen (sprachlich vereinfachen).	Keine Empfehlung mehr
D1	Bewegungsförderung ist ein übergeordnetes Rehabilitationsziel, welches in interprofessioneller Zusammenarbeit adressiert werden sollte. Die unterschiedlichen Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation sollten sich bzgl. der bewegungsbezogenen Rehabilitationsziele und der passenden Therapieansätze in regelmäßigen Arbeitsbesprechungen abstimmen.	1. Entscheidung treffen, ob D eigenständig bleiben soll. 2. Für den weiteren Prozess der Formulierung der Praxisempfehlung finalen Vorschlag für soll vs. sollte-Formulierung in Abhängigkeit der Evidenzlage klären. 3. Formulierungsanpassungen.	Jetzt A4 Bewegungsförderung ist ein übergeordnetes Rehabilitationsziel, welches in interprofessioneller Zusammenarbeit adressiert werden sollte. <u>Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten</u> Die unterschiedlichen Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation <u>stimmen</u> sollten sich <u>mit den unterschiedlichen Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation</u> bzgl. der bewegungsbezogenen Rehabilitationsziele und der passenden Therapieansätze in regelmäßigen <u>Arbeits</u>Besprechungen abstimmen.

Anhang 7: Überarbeitung der 2. Version der Praxisempfehlungen basierend auf dem großen Workshop

		4. DRV-Dokument checken und möglicherweise verlinken.	
C 3.1.1	Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die individuellen körperlich-motorischen Voraussetzungen für eigenständige gesundheitswirksame Bewegung im Alltag und in der Freizeit verbessert werden.	1. Formulierungsanpassungen prüfen („verbessert werden“). 2. Körperwahrnehmung im Hintergrundtext erläutern.	Im Rahmen <u>In</u> der Bewegungstherapie sollen die individuellen körperlich-motorischen Voraussetzungen für eigenständige gesundheitswirksame Bewegung im Alltag und in der Freizeit verbessert <u>optimiert</u> werden.
C 3.1.2	Im Rahmen der Bewegungstherapie soll das Zutrauen in die eigenständige Umsetzung gesundheitswirksamer Bewegung gestärkt werden. Dabei soll auch vermittelt werden, wie Bewegung bei körperlichem (z.B. Schmerz) und psychischen (z.B. Angst vor Schmerz, Unsicherheit) Missbefinden genutzt werden kann.	1. Inhaltlich betonen, dass die Empfehlung primär mit Blick auf Bewegungskompetenzen zu sehen ist (aufgabenspezifische Selbstwirksamkeit), während andere Facetten der Selbstwirksamkeit an anderer Stelle berücksichtigt werden. 2. Ggf. positive Aspekte (über Umgang mit Missbefinden hinausgehend) berücksichtigen, wobei Querverbindungen zu anderen C3-Empfehlungen zu berücksichtigen sind, die mehr mit der Steuerungskompetenz für gesundheitswirksame Bewegung assoziiert sind. 3. Formulierungsanpassungen prüfen.	Im Rahmen <u>In</u> der Bewegungstherapie soll das Zutrauen in die eigenständige Umsetzung gesundheitswirksamer Bewegung gestärkt werden. <u>Dies betrifft die Wahrnehmung eigener motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Stärkung von Selbstwirksamkeit für konkrete Bewegungsaufgaben und für die Regelmäßigkeit des Bewegungsverhaltens.</u> Dabei soll auch vermittelt werden, wie Bewegung bei körperlichem (z.B. Schmerz) und psychischen (z.B. Angst vor Schmerz, Unsicherheit) Missbefinden genutzt werden kann.
C 3.2.1	Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand*innen dazu befähigt werden, Wirkungen von körperlich-sportlichen Aktivitäten auf physische	1. Formulierungsanpassungen, die die inhaltlichen Anmerkungen aufgreifen, ohne die	Im Rahmen <u>In</u> der Bewegungstherapie sollen die <u>Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dazu befähigt werden, Wirkungen von körperlich-sportlichen Aktivitäten auf physische und psychische Körperfunktionen</u>

Anhang 7: Überarbeitung der 2. Version der Praxisempfehlungen basierend auf dem großen Workshop

	und psychische Körperfunktionen zu optimieren und Risiken zu minimieren und dadurch körperlich-sportliche Aktivität mit zur Bewältigung ihrer Erkrankung nutzen zu können.	Komplexität der Empfehlung weiter zu erhöhen. 2. Notwendigkeit, Empfehlung sprachlich zu vereinfachen.	zu optimieren und Risiken zu minimieren und dadurch körperlich-sportliche Aktivität mit zur Bewältigung ihrer Erkrankung nutzen zu können <u>ihre körperliche Aktivität so zu gestalten, dass körperliche und psychische Gesundheitswirkungen optimiert und Risiken minimiert werden. Dies betrifft auch, wie Bewegung individuell zur Bewältigung von Gesundheitsstörungen und Missbefinden beitragen kann.</u>
C 3.3.1	Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand*innen zu selbstbestimmter körperlich-sportlicher Aktivität motiviert werden und dazu befähigt werden, diese regelhaft in ihren Alltag einzubinden. Insbesondere sollen den Rehabilitand*innen positive Selbstwirksamkeitserfahrungen und positive affektive Einstellung gegenüber körperlich-sportlicher Aktivität ermöglicht werden.	1. Auswahl der zentralen konzeptionellen Begriffe, die für das Verständnis der Empfehlung notwendig sind, überdenken; wobei die Fachbegriffe zur klaren und präzisen konzeptionellen Fundierung begrüßt werden. 2. Für die Erleichterung eines gemeinsamen Verständnisses der notwendigen Fachterminologie wird ein Glossar empfohlen. 3. Formulierungsanpassungen (zur Vereinfachung, wo möglich).	Im Rahmen <u>In der</u> Bewegungstherapie sollen die <u>Rehabilitandinnen und Rehabilitanden</u> zu selbstbestimmter körperlich-sportlicher <u>körperlicher</u> Aktivität motiviert werden und dazu befähigt werden, diese regelhaft in ihren Alltag einzubinden. Insbesondere sollen <u>dabei positive Bewegungserfahrungen ermöglicht und bewusst gemacht werden.</u> den Rehabilitand*innen positive Selbstwirksamkeitserfahrungen und positive affektive Einstellung gegenüber körperlich-sportlicher Aktivität ermöglicht werden.
C 3.3.2	Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand*innen dazu befähigt werden, Bewegungsformen im Einklang mit ihren Motiven und Präferenzen auszuwählen und zu betreiben.	1. Formulierungsanpassung, da „Bewegungsformen“ als Begriff hier das erste Mal auftaucht, aber zugleich es um die Darstellung der Vielfalt möglicher Aktivitätstypen gehen soll, die therapeutisch-rehabilitativ genutzt werden können.	Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die <u>Rehabilitandinnen und Rehabilitanden</u> dazu befähigt werden, Bewegungsformen im Einklang mit ihren Motiven und Präferenzen <u>auswählen und betreiben zu können.</u> auszuwählen und zu betreiben.

Anhang 7: Überarbeitung der 2. Version der Praxisempfehlungen basierend auf dem großen Workshop

C 3.3.3	Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand*innen dazu befähigt werden, ihre bewegungsbezogenen Absichten in tatsächliches regelmäßiges Bewegungsverhalten zu überführen und dieses gegenüber konkurrierenden Betätigungsmöglichkeiten abzuschirmen.	1. Formulierungsanpassungen. 2. Rolle von sedentärem Verhalten überdenken. 3. Möglicherweise „innere und äußere Barrieren“ aufnehmen.	Im Rahmen <u>In der</u> Bewegungstherapie sollen die <u>Rehabilitandinnen und Rehabilitanden</u> dazu befähigt werden, ihre bewegungsbezogenen Absichten in tatsächliches regelmäßiges Bewegungsverhalten <u>umzusetzen. zu überführen und dieses gegenüber konkurrierenden Betätigungsmöglichkeiten abzuschirmen. Dies beinhaltet die Bewältigung von inneren und äußeren Barrieren und das Abschirmen bewegungsbezogener Absichten gegenüber konkurrierenden Betätigungsmöglichkeiten.</u>
---------	--	---	---

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

Empf.	Ursprüngliche Version	Kommentare der Expert*innen	Antworten der Forschungsgruppe	Überarbeitete Version (falls vorhanden)
(A1)	Körperliche Aktivität hilft Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dabei, ihre körperlichen und psychischen Funktionen sowie ihre Aktivitäten und Teilhabe (gemäß der ICF) zu verbessern und nachhaltig aufrecht zu erhalten. Alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollen dabei unterstützt werden, im Rahmen ihrer Möglichkeiten regelmäßig und langfristig körperlich aktiv zu sein.	1. Evtl. Ergänzung des Begriffs "Fähigkeiten". (...) körperliche und psychische Funktionen und Fähigkeiten... 2. Bitte berücksichtigen, dass es Rehabilitand*innen gibt, bei denen es weniger um die Förderung, sondern eher den passend dosierten Umgang mit körperlicher Belastung geht (z.B. CF oder fortgeschrittene Herzinsuffizienz). Med. Reha hat ja auch das Ziel der Adaption/Kompensation, das hier eher greifen würde.	An dieser Stelle wird eine ICF-konforme Formulierung verwendet, weswegen die Beibehaltung der bisherigen Formulierung präferiert wird. Um deutlicher werden zu lassen, dass es nicht nur um Förderung/Verbesserung sondern oft auch um den Funktionserhalt (bzw. Verlangsamung einer Krankheitsprogression) geht, schlagen wir die Anpassung der ersten allgemeinen Empfehlung vor: „[...] zu verbessern oder bestmöglich aufrecht zu erhalten [...]“	Körperliche Aktivität hilft Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dabei, ihre körperlichen und psychischen Funktionen sowie ihre Aktivitäten und Teilhabe (gemäß der ICF) zu verbessern oder <u>bestmöglich</u> aufrecht zu erhalten. Alle Rehabilitandinnen und Rehabilitanden sollen dabei unterstützt werden, im Rahmen ihrer Möglichkeiten regelmäßig und langfristig körperlich aktiv zu sein.

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

		3. <i>ihre körperlichen, sozialen und psychischen Funktionen zu verbessern.....(im Hinblick eines biopsychosozialen Systems)</i>	An dieser Stelle wird eine ICF-konforme Formulierung verwendet, in der körperliche und psychische Funktionen beschrieben werden. Soziale Aspekte sind dann in den Begriffen der Aktivität und Teilhabe impliziert. Daher wird die Beibehaltung der bisherigen Formulierung präferiert.	
		4. <i>Körperliche Aktivität und Bewegung</i> ...	Diese beiden Begrifflichkeiten werden in den Empfehlungen synonym verwendet. Eine entsprechende Definition bzw. Abgrenzung von Begrifflichkeiten wird in einem Glossar vorgenommen, wobei diese zentrale Terminologie bereits im Einleitungsteil geklärt werden soll.	
		5. <i>dabei, ihre körperlichen und psychischen Funktionen... ggf ersetzen durch ...dabei, ihre physischen und psychischen Funktionen...</i>	An dieser Stelle wird eine ICF-konforme Formulierung verwendet, weswegen die Beibehaltung der bisherigen Formulierung präferiert wird.	
		7. <i>Stimme zu. Stelle zur Diskussion, ob der Punkt Prognose genannt werden kann = Prognoseverbesserung durch KA. Klinisch relevant!</i>	Siehe Hinweis zu Kommentar 2 und entsprechende Anpassung der PE.	

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

(A2)	Bewegungstherapeutisches Handeln soll auf die Befähigung von Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für eine selbstbestimmte Weiterführung von gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität ausgerichtet sein. Dies bedeutet, dass Inhalte und Methoden eingesetzt werden, die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dabei unterstützen: 1) die unmittelbar bewegungsbezogenen Anforderungen bewältigen zu können (Bewegungskompetenz), 2) die eigene körperliche Aktivität auf positive Auswirkungen hinsichtlich Gesundheit	1. In den weiteren Empfehlungen heißt es "Eine auf Bewegungsförderung ausgerichtete Bewegungstherapie" oder "Bewegungsförderliche Bewegungstherapie" und in dieser Empfehlung nur "Bewegungstherapie". Verschiedentlich unterschiedlich benannt oder ist etwas anderes gemeint? Dann sollte es auch definiert/abgegrenzt werden.	Vielen Dank für den Hinweis, der die angedachte Klärung von Begrifflichkeiten bei Bedarf im Einleitungstext und in Verbindung mit einem Glossar bekräftigt. In diesem allgemeinen Teil der PE wird eine Variation der späteren einheitlichen Formulierungen genutzt, um – an dieser Stelle – das bewegungstherapeutische Handeln zu adressieren bzw. deutlich zu machen, dass es vielfach in den nachfolgenden PE um dieses therapeutische Handeln in einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie geht.	keine Änderung
	und Wohlbefinden ausrichten zu können (Steuerungskompetenz) und 3) die Regelmäßigkeit körperlicher Aktivität sicherstellen zu können (Selbstregulationskompetenz).	2. zu 2) und potentiell negative Auswirkungen minimieren können dieser ist auch ein Aspekt der SK und spiegelt auch wider, dass Personen ein angemessenes Maß für sich finden // das ist eine häufige Rückmeldung von Therapeuten, die auch Patienten "einbremsen" müssen, da sie übermotiviert an die Umsetzung ihrer Intentionen herangehen (siehe 3.2.1 Risiken "eigene" könnte gestrichen werden, denn es kann ja keine andere sein	Das ist ein wichtiger Hinweis, der diesen Aspekt im Einklang mit bisherigen Workshop-Diskussionen zu den PE bekräftigt. Die Formulierung von „positive Auswirkungen“ impliziert unserer Meinung nach auch die „Minimierung von potentiell negativen Auswirkungen“. Zur Vereinfachung der PE-Formulierung schlagen wir vor, die Formulierung beizubehalten und die Bandbreite „positiver Auswirkungen“ im Hintergrundtext zu klären.	

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

(A3)	Eine auf Bewegungsförderung ausgerichtete Bewegungstherapie folgt dem übergeordneten Prinzip der Personorientierung. Dies beinhaltet: a) die Berücksichtigung der individuellen bewegungsbezogenen Ziele, Motive und Präferenzen als auch der körperlichen, psychischen und sozialen Möglichkeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, b) eine wertschätzende, partnerschaftliche und aktivierende Kommunikation, und c) eine aktive und mitbestimmende Rolle der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.	<i>1. Neben dem partizipativen Ansatz ist auch ein informativer Ansatz (Vermittlung von Wissen) von Bedeutung</i> <i>2. Der Begriff der Personenorientierung ist an dieser Stelle m.E. nicht richtig, da er vorrangig im Kontext der Personalführung angebracht ist. Hiersollte eher ein Begriff wie Rehabilitandenorientierung bzw. eine andere Umschreibung stehen.</i>	Grundsätzlich wird auf die Vermittlung von Wissen im Bereich C3 Bezug genommen. Der informative Ansatz im Sinne einer „informierten Entscheidung“ ist im Prinzip der „Personorientierung“ enthalten. Der Hinweis wird zum Anlass genommen, dieser Aspekte im Hintergrundtext angemessen zu berücksichtigen. Eine Beibehaltung der bisherigen Formulierung wird präferiert. Der Begriff der „Personorientierung“ ist nach unserem Erachten ein geeigneter Begriff, da er auch im internationalen Kontext verwendet wird. Zusätzlich gab es bereits in den bisherigen Workshops Diskussion zu diesem Begriff. Damals wurde „Personorientierung“ als geeignete Alternative zu „Patientenorientierung“ vorgeschlagen. Eine Beibehaltung der bisherigen Formulierung wird präferiert.	Eine auf Bewegungsförderung ausgerichtete Bewegungstherapie folgt dem übergeordneten Prinzip der Personorientierung. Dies beinhaltet: a) die Berücksichtigung der individuellen bewegungsbezogenen Ziele, Motive und Präferenzen als auch der körperlichen, psychischen, sozialen <u>und umweltbezogenen</u> Möglichkeiten der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, b) eine wertschätzende, partnerschaftliche und aktivierende Kommunikation, und c) eine aktive und mitbestimmende Rolle der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden.
------	---	---	--	---

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

		3. Punkt a) Sind nicht zuerst die Ressourcen der Rehabilitanden und dann die Ziele zu bewerten, evtl. zu modifizieren und dann zu befolgen?	Aus unserer Sicht werden „Ressourcen“ durch die Formulierung „Möglichkeiten“ berücksichtigt. Eine bestimmte Reihung ist durch unsere gleichwertige Formulierung von „als auch“ nicht vorgesehen. Eine Beibehaltung der bisherigen Formulierung wird präferiert.	
		4. konform mit körperlichen, psychischen und sozialen Möglichkeiten. Es fehlt der Umweltkontext bzw. die Infrastruktur = welche Möglichkeiten, welchen Zugriff hat der Rehabilitand für Bewegung vor Ort.	Aufgrund dieser Anmerkung schlagen wir eine Anpassung der Formulierung vor, die auch die Konsistenz zu späteren PE erhöht (z.B. im B-Teil oder zum Assessment). Es werden explizit auch umweltbezogene Möglichkeiten ergänzt.	
(A4)	Bewegungsförderung ist ein übergeordnetes Rehabilitationsziel, welches in interprofessioneller Zusammenarbeit adressiert werden soll. Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten stimmen sich mit den unterschiedlichen Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation bzgl. der bewegungsbezogenen	1. Ich stimme voll zu, aber diese Empfehlung ist wie eine Vision, die zwar angestrebt, aber in der Praxis kaum zu erreichen ist. Hier wären Beispiele der interprofessionellen Zusammenarbeit mit dem Fokus auf die Bewegungsförderung sicher zielführend. Aber das ist weiterführend ja auch so gedacht, wenn ich mich richtig erinnere.	Siehe Hinweis zu Kommentar 2 dieser Empfehlung A4.	Bewegungsförderung ist ein übergeordnetes Rehabilitationsziel, welches in interprofessioneller Zusammenarbeit adressiert werden soll. Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten <u>sollen sich mit</u> den unterschiedlichen Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation bzgl. der bewegungsbezogenen Rehabilitationsziele und der passenden

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

Rehabilitationsziele und der passenden Therapieansätze in regelmäßigen Besprechungen ab.		2. <i>Angesichts der derzeitigen Praxis stimmt die oben getroffene Aussage ("stimmen sich (...) in regelmäßigen Abständen ab") wohl in den seltensten Fällen, sondern sollte ebenfalls als Anforderung formuliert werden. Ich würde statt dem sehr offenformulierten "regelmäßig" lieber</i> <i>schreiben: "sollten sich (...) regelmäßig</i>	In gemeinsamer Betrachtung der Kommentare 1., 2., 7. und 8. wird eine Anpassung der PE-Formulierung vorgenommen. Dadurch wird die übliche Soll-Formulierung verwendet (anstatt der feststellenden Formulierung „stimmen sich ab“) sowie keine spezifische Form für diese Abstimmung fixiert.	Therapieansätze <u>regelmäßig abstimmen.</u>
--	--	---	---	--

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

		<i>in festgelegtem Turnus oder in interdisziplinären Projektgruppen abstimmen".</i>		
		<i>3. Methoden und Vermittlungsansätze der Bewegungsförderung sind allen Professionen bekannt</i>	Für uns ist aufgrund von diesem Kommentar kein Anpassungsbedarf ersichtlich.	
		<i>4. Bewegungsförderung und den Übertritt in ein aktives Freizeitverhalten....</i>	Die verschiedenen Begrifflichkeiten werden in einem einführenden Text behandelt. Zusätzlich erfolgt eine entsprechende Definition bzw. Abgrenzung von Begrifflichkeiten in einem Glossar. Eine Beibehaltung der bisherigen Formulierung wird präferiert.	
		<i>5. ... welches DURCH interprofessionelle</i>	Sowohl die Verwendung von „durchinterprofessionelle Zusammenarbeit“ als auch die Verwendung von „inprofessioneller Zusammenarbeit“ sind möglich. Wir haben uns für die sprachliche Lösung von „in“ entschieden.	

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

		6. <i>ist es notwendig in dieser Formulierung schon die Form der Umsetzung aufzunehmen</i> Vorschlag: - <i>strukturiert oder systematisch ab</i> - <i>2. Gedanke: stimmen sich mit anderen B.-Gruppen ab wie das übergeordnetes Rehaziel Bewegungsförderung und passende Therapieansätze in der Einrichtung systemisch / systematisch integriert werden.</i>	Die Form der Umsetzung wurde aus der Formulierung gestrichen. Siehe Kommentar 2 zu dieser A4.
		7. <i>Regelmäßige Besprechungen sin dim Rahmen stationärer Rehabilitation machbar. Bei ambulanter</i>	Siehe Hinweis zu Kommentar 2 dieser Empfehlung A4.

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

		<i>Rehabilitation werden entsprechende Wege gefunden werden müssen. Inhaltlich aber absolute Zustimmung.</i>		
(B1)	Eine Bewegungstherapie, die auf die Befähigung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden ausgerichtet ist, basiert auf dem Prinzip der Verknüpfung von Trainieren und Üben, Lernen und Erleben. Dabei werden trainings- und bewegungswissenschaftliche, medizinische, pädagogische, psychologische sowie sozial-ökologische Perspektiven berücksichtigt.	1. Soll bitte nicht kleinlich wirken: besser "Verknüpfung von Üben und Trainieren". In dieser Reihenfolge wird eine Behandlung vorgenommen, erst wird geübt, dann trainiert. 2. und hier ist m.E. zur kurz formuliert "Befähigung" zu was? körperlicher Aktivität? auch hier wieder eine Formulierung, als ob es darum geht Bewegungstherapie inhaltlich zu definieren (Meta-Ebene)	An dieser Stelle wird keine Reihenfolge impliziert. Die Reihung kann aber unproblematisch angepasst werden. Die Formulierung wird entsprechend angepasst, um auch in der PE direkt nochmals zu benennen, worauf die Befähigung im Einklang mit den vorherigen PE abzielt.	Eine Bewegungstherapie, die auf die Befähigung der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden für eine <u>selbstbestimmte, gesundheitswirksame Bewegung</u> ausgerichtet ist, basiert auf dem Prinzip der Verknüpfung von <u>Üben</u> und Trainieren, Lernen und Erleben. Dabei werden trainings- und bewegungswissenschaftliche, medizinische, pädagogische, psychologische sowie sozial-ökologische Perspektiven berücksichtigt.
(B2)	Bewegungsförderliche Bewegungstherapie soll grundlegend die bisherigen Bewegungserfahrungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berücksichtigen. Dies betrifft, neben motorischen	1. oft sind die Bewegungserfahrungen vergangener Zeiten sehr negativ belastet (das dicke Kind im Schulunterricht etc.)... und bin froh, über einen Restart, der positiv belegt wird. Eine Formulierung fällt mir hier nicht ein	Die Rückmeldung stimmt vollkommen mit der Intention der PE überein. Um diesen Aspekt deutlicher aufzunehmen, wird eine Anpassung der PE vorgenommen und ausdrücklich von positiven und negativen Bewegungserfahrungen geschrieben.	Bewegungsförderliche Bewegungstherapie soll <u>grundlegend</u> die bisherigen <u>positiven und negativen</u> Bewegungserfahrungen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden berücksichtigen. Dies betrifft, neben

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

	Voraussetzungen, auch kognitive Bewertungen und affektiv-emotionale Aspekte im Zusammenhang mit Bewegung.	2. soziale Präposition? (bio-psycho-SOZIAL betrachtet)	Der Hinweis ist wertvoll zur Vertiefung im Hintergrundtext, da soziale Kontexte stark mit kognitiven Bewertungen und affektiv-emotionalen Aspekten verbunden sind. In gemeinsamer Betrachtung von Kommentar 2 und 3 zu dieser PE wird die Formulierung „affektiv-emotionale Aspekte“ in „affektiv-emotionale Erfahrungen“ geändert.	motorischen <u>Möglichkeiten</u> auch kognitive Bewertungen und <u>affektive-emotionalen Erfahrungen</u> im Zusammenhang mit Bewegung.
--	---	--	---	--

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

		3. <i>grundlegend an dieser Stelle verzichten? kognitive Bewertungen - was ist damit gemeint? Einschränkungen? affektiv-emotionale Aspekte im Zusammenhang mit Bewegung - Beispiel?</i>	Das Wort „grundlegend“ wird aus der Formulierung gestrichen. Die genannten Begriffe (kognitive Bewertungen und affektiv-emotionale Aspekte) wurden im zweiten Workshop diskutiert und als beste Möglichkeit erarbeitet, um eine Vielzahl relevanter Prozesse abzudecken (jenseits rein motorischer Faktoren und mit expliziter Betonung affektiv-emotionaler Aspekte), ohne in der PE in die Tiefe gehen zu können. Diese Erläuterungen sind dann mit Beispielen im Hintergrundtext zur PE vorgesehen.	
(C1)	(C1) Bewegungstherapie soll basierend auf einem standardisierten Assessment geplant und durchgeführt werden. Das Assessment dient auch der Kontrolle des Therapieverlaufs und der Therapieergebnisse, möglichst auch in der Nachsorge. Für das Ziel der Bewegungsförderung sollen insbesondere das bisherige Bewegungsverhalten sowie wichtige körperliche, psychische, soziale und umweltbezogene Einflussfaktoren für regelmäßige Bewegung erfasst werden.	1. Assessments für die Steuerung und Differenzierung (wer bekommt welche Leistung und warum?) von bewegungsförderlichen Interventionen in den Rehaeinrichtungen nicht bekannt 2. im Assessment sollte ergänzend zum Text auch harte Daten erfasst werden (optimaler Belastungsbereich z.B.)“	Danke für diesen Kommentar. Das ist der Grund, warum wir diese Empfehlung explizit nennen. Auf Basis des Scoping Reviews werden Assessments bzw. Beispiele für einsetzbare Messinstrumente im Hintergrundtext gegeben. Danke für diesen Vorschlag. „Harte Daten“ werden im Rahmen der Erfassung der körperlichen Einflussfaktoren mitberücksichtigt (z.B. körperliche Fitness und damit Abdeckung von optimalen Belastungsbereichen) und im	keine Änderung

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

			Hintergrundtext beschrieben.
		3. Inhaltlich volle Zustimmung. Definition der Assessments wie auch im Hintergrundtext bereits beschrieben muss noch erfolgen ebenso wie die Auswahl (-kriterien)	Vielen Dank für den Hinweis. Eine Definition des Begriffs Assessment wird im Hintergrundtext aufgenommen. Auf Basis des Scoping Reviews werden Beispiele für einsetzbare Messinstrumente im

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

			Hintergrundtext gegeben und ihre Auswahlkriterien beschrieben.	
(C2)	Bewegungsbezogene Therapieziele sollen gemeinsam und dialogorientiert mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden und in Abstimmung mit anderen Akteuren des Reha-Teams erarbeitet werden. Die Erreichung der Ziele soll überprüft und gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden reflektiert werden.	1. Die Erreichung der Ziele soll überprüft und gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden reflektiert werden = Stelle ich mir schwer in der Praxis vor und würde die Zentren/Kliniken m.E. vor Herausforderungen stellen. Wie überprüfen, wie reflektieren. Manche Ziele sind nicht gut messbar oder können nicht in der Reha erreicht werden....	Vielen Dank für diesen Kommentar. Die Messbarkeit der Therapieziele hängt u.a. mit der Empfehlung C1 zusammen, da in manchen Assessments die Therapieziele berücksichtigt werden. Wir stimmen zu, dass dieser Schritt (Erreichung der Therapieziele) eine Herausforderung bedeutet und haben folgende Anpassung vorgenommen, die mehr Flexibilität für die Überprüfung des Zielfortschritts ermöglichen soll: „Der Grad der Zielerreichung soll...“ statt „Die Erreichung der Ziele soll...“	Bewegungsbezogene Therapieziele sollen gemeinsam und dialogorientiert mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden erarbeitet werden. <u>Der Grad der Zielerreichung</u> soll überprüft und gemeinsam mit den Rehabilitandinnen und Rehabilitanden reflektiert werden.
		2. Wann sollen die Ziele formuliert werden? Langfristig?	Das ist ein relevanter Aspekt auf dem in dem Hintergrundtext eingegangen wird. Kurzfristige und langfristige Therapieziele sowie deren Implikationen werden dort auch in Verbindung zum „Arbeitshandbuch Reha-Ziele“ der DRV Bund beschrieben (siehe Stichwortliste für den Hintergrundtext).	

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

(C3.1.1)	In der Bewegungstherapie sollen die körperlich-motorischen Voraussetzungen für eigenständige gesundheitswirksame Bewegung optimiert werden	1. "...erfasst und soweit wie möglich optimiert werden" (es gibt krankheitsbedingte Einschränkungen, die beachtet werden müssen und nicht weiter optimiert werden können.)	Danke für diesen Kommentar. Der Begriff Optimierung wurde in Übereinstimmung mit dem 2ten Workshop und der Begriffsverwendung in WHO-Dokumenten zur ICF („optimizing functioning“) gewählt. Dieser beinhaltet nicht nur eine Verbesserung, sondern auch den Erhalt einer Funktion oder die Verlangsamung eines unerwünschten	In der Bewegungstherapie sollen die körperlich-motorischen Voraussetzungen für eigenständige gesundheitswirksame Bewegung optimiert werden
----------	--	---	---	--

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

			Zustands. Basierend auf den Kommentaren zur PE wird noch eine Vereinfachung vorgenommen, und das „eigenständig“ gestrichen	
		2. Zielgruppenabhängig (siehe meine Anmerkung zur 1. Empfehlung)	Vgl. Hinweis zu Kommentar 1 dieser Empfehlung.	
		3. für eigenständige gesundheitswirksame und gesundheitserhaltende Bewegung	Vgl. Hinweis zu Kommentar 1 und 5 dieser Empfehlung sowie Hinweis auf die Klärung im Eingangsteil der PE, was unter gesundheitswirksamer Bewegung verstanden wird.	
		4. Evtl. Ergänzung "erarbeitet". (...) gesundheitswirksame Bewegung "erarbeitet" und optimiert...	Auf eine Ergänzung wird verzichtet, da Optimierung breit verstanden werden soll (siehe vorherigen Hinweis zu „optimizing functioning“).	
		5. gesundheitswirksame Bewegung = generell verständlich? was ist gemeint? ggf. Beispiel?	Dieser Terminus der gesundheitswirksamen Bewegung bzw. gesundheitswirksamen körperlichen Aktivität ist elementar und wird im Eingangsteil mit Bezug zum üblichen HEPA-Konzept (health enhancing physical activity) erläutert, welcher sowohl in internationalen und nationalen Empfehlungen für Bewegung zu Grunde gelegt wird.	

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

		6. sollen die körperliche-motorischen Voraussetzungen wie auch die positiven Verknüpfungen auf emotionaler Ebene erreicht werden (z.B. sich anstrengen kann auch Spass machen)	Dieser Kommentar ist ganz im Sinne der gesamten Empfehlungen. Dies wird an anderer Stelle (Empfehlung 3.3.1) explizit aufgegriffen, während hier in 3.1.1 nur auf den körperlich- motorischen Aspekt Bezug genommen wird.	
(C3.1.2)	In der Bewegungstherapie soll dasZutrauen in die eigenständige Umsetzung gesundheitswirksamer Bewegung gestärkt werden. Dies	1. sehr ähnlich zu vorherigem Punkt: (C3.1.1) In der Bewegungstherapiesollen die körperlich-motorischen Voraussetzungen für eigenständige	Beide Empfehlungen hängen eng zusammen. C3.1.1 zielt nur auf die körperlich-motorischen Bereiche ab, während Empfehlung C3.1.2 eine	keine Änderung

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

	betrifft die Wahrnehmung eigener motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Stärkung von Selbstwirksamkeit für konkrete Bewegungsaufgaben und für die Regelmäßigkeit des Bewegungsverhaltens.	gesundheitswirksame Bewegung optimiert werden.	Erweiterung in Hinblick auf die Stärkung der Selbstwirksamkeit ist. Wir schlagen vor, diese Trennung beizubehalten, um auch die praktischen Implikationen im Hintergrundtext differenzierter darstellen zu können.	
		2. Ist "Bewegungstherapie"= "bewegungsförderliche Bewegungstherapie"?	Danke für diese Frage. Aufgrund der bereits erfolgten Klärung in den A- und B-Teilen wird zur sprachlichen Vereinfachung hier nur „Bewegungstherapie“ präferiert.	
		3. ebenso siehe 19. [Ergänzung gesunderhaltung]	Siehe Hinweis zu den Kommentaren zu vor.	
(C3.2)	In der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dazu befähigt werden, ihre körperliche Aktivität so zu gestalten, dass körperliche und psychische Gesundheitswirkungen optimiert und Risiken minimiert werden. Dies betrifft auch, wie Bewegung individuell zur Bewältigung von Gesundheitsstörungen und	1. Formulierungsvorschlag: Statt: "Dies betrifft auch (...)" besser: "Dies schließt auch ein (...)" 2. Dies beinhaltet auch die Erfahrungssammlung, dass Bewegung zur Bewältigung von Gesundheitsstörungen und Missempfinden beitragen kann	Danke für den Vorschlag, den wir gerne als passendere Formulierung aufnehmen. Danke für den Hinweis. Die Erfahrungssammlung ist aus unserer Sicht ein wichtiges Element im Prozess der Befähigung, weshalb wir dies hier nicht explizit herausstellen würden.	In der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dazu befähigt werden, ihre körperliche Aktivität so zu gestalten, dass körperliche und psychische Gesundheitswirkungen optimiert und <u>Gesundheitsrisiken</u> minimiert werden. <u>Dies schließt auch ein</u>, wie Bewegung individuell zur Bewältigung von <u>Gesundheitsproblemen</u> und Missbefinden beitragen kann

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

Missbefinden beitragen kann	3. Evtl. aus "Gesundheitsstörungen" lieber "gesundheitliche Beeinträchtigungen" machen	Danke für den Hinweis. Im Einklang mit ICF/ICD-Terminologie wenden wir nun den Begriff „Gesundheitsproblem“ an, der auch weiter reichen kann als die Gesundheitsstörung.
	4. besser: ... körperliche und psychische Auswirkungen auf die Gesundheit optimiert und Gesundheitsrisiken minimiert werden.	Danke für den Hinweis, den wir zur noch besseren begrifflichen Klärung der Risiken aufgenommen haben.
	Letzter Satz: Dies betrifft auch WISSEN DARÜBER, wie Bewegung individuell	Die Wissensvermittlung wird aus unserer Sicht durch die Ausrichtung auf die Befähigung im Einklang mit den
		Statements im A-Teil hier mitgedacht,

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

			so dass wir keine Eingrenzung auf das Wissen vornehmen würden. Entsprechend werden wir im Hintergrundtext für die PE Wert darauflegen, dies zu klären und mit Beispielen zu verdeutlichen.	
(C3.3.1)	In der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu selbstbestimmter körperlicher Aktivität motiviert werden. Insbesondere sollen dabei positive Bewegungserfahrungen ermöglicht und bewusst gemacht werden	... und in der Bewegungsentwicklung bestärkt werden.	Aus unserer Sicht ist „Bewegungsentwicklung“ unter C3.1.2 enthalten. Um den Bezug zum Konstrukt der gesundheitswirksamen Bewegung stärker sichtbar zu machen, wird eine Anpassung vorgenommen (Verwendung gesundheitswirksame Bewegung statt alleine ‚körperliche Aktivität‘).	In der Bewegungstherapie sollte die <u>Motivation</u> der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu selbstbestimmter <u>gesundheitswirksamer Bewegung gefördert werden</u> . Insbesondere sollen dabei positive Bewegungserfahrungen ermöglicht und bewusst gemacht werden

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

		sollte die Motivation der Rehabilitanden gefördert werden. Anmerkung: Das ist zwar nur eine kleine Formulierungsänderung, aber aus meinen bisherigen Erfahrungen macht sie die Zielsetzung nochmal klarer. "motivieren" kann ich auch ohne Motivationssteigerung. Es ist eher eine "Ich-Perspektive". Ziel ist aber die Motivationslage des ind. Rehabilitanden zu fördern und nicht nur intentional seitens des Therapeuten zu "motivieren". Ergo Trennung von Aktivität vs. Zielsetzung.	Zur Betonung der angedachten Perspektive auf die Motivationssteigerung wird der Formulierungsvorschlag übernommen.	
(C3.3.2)	Im Rahmen der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dazu befähigt werden, Bewegungsformen im Einklang mit	1. das ist in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Dienst im Rahmen der Therapieverordnung oder eines interdisziplinären Aufnahmeteams realisierbar	Danke für den Hinweis. Wir stimmen zu. Aus diesem Grunde beschäftigt sich Empfehlung A4 detaillierter mit der interdisziplinären Zusammenarbeit.	<u>In der Bewegungstherapie</u> sollen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dazu befähigt werden, Bewegungsformen im Einklang mit Ihren Motiven, Präferenzen <u>und Möglichkeiten beurteilen</u>,

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

	ihren Motiven und Präferenzen auswählen und betreiben zu können.	2. sicher auch im Einklang mit ihre physischen und psychischen Fähigkeiten	Danke für den Hinweis. Wir stimmen zu. Dieser Aspekt wird in Empfehlung 3.2.1 spezifischer berücksichtigt. Um dies aber auch schon in dieser Empfehlung wieder aufzugreifen, wird der Begriff der individuellen Möglichkeiten ergänzt	auswählen und betreiben zu können.
		3. und unter der Berücksichtigung von Umweltfaktoren: Wo lebt der Patient, welche Möglichkeiten gibt es für Bewegung u.a. Zugang zu Gesundheitszentren, Parks etc... Alternativen müssen mit dem Patient diskutiert werden	Danke für den Hinweis, der auch im Einklang mit vorherigen Kommentaren zur Berücksichtigung von Umweltfaktoren steht. Umweltfaktoren werden nach dem biopsychosozialen Verständnis im Hintergrundtext erläutert. In Verbindung mit dem Kommentar 2 zu dieser PE haben wir nun den Begriff „Möglichkeiten“ ergänzt, der mehr Spielraum für die Idee eine Passung zwischen den individuellen Voraussetzungen und der Art und Weise sowie Kontext der gesundheitswirksamen Bewegung lässt.	

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

		4. hier noch "beurteilen" aufnehmen, da Personen dass ja manchmal erst ihre Präferenzen entdecken müssen, diese bisherige Formulierung setzt ein Stück weit voraus, dass die Person ihre Präferenzen schon kennt	Danke für den Hinweis, der einen wichtigen Aspekt im Prozess der Befähigung der Rehabilitand*innen und Rehabilitanden benennt. Wir haben den Vorschlag entsprechend aufgenommen.	
--	--	--	--	--

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

(C3.3.3)	In der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dazu befähigt werden, ihre bewegungsbezogenen Absichten in tatsächliches regelmäßiges Bewegungsverhalten umzusetzen. Dies beinhaltet die Bewältigung von inneren und äußeren Barrieren und das Abschirmen bewegungsbezogener Absichten gegenüber konkurrierenden Betätigungsmöglichkeiten	1a) statt "die Bewältigung von inneren und äußeren Barrieren" besser: "die Überwindung von inneren und äußeren Barrieren". 1b) "konkurrierende Betätigungsmöglichkeiten" gefällt mir nicht so richtig. Eventuell besser: "gegenüber konkurrierenden Impulsen und Aktivitäten"	Danke für den Hinweis. Zu 1a) der Formulierungsvorschlag wurde übernommen. Zu 1b) aufgrund des Konsenses im zweiten Workshop gerade mit Blick auf diese Formulierung würden wir eine Beibehaltung präferieren.	In der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden dazu befähigt werden, ihre bewegungsbezogenen Absichten in tatsächliches regelmäßiges Bewegungsverhalten umzusetzen. Dies beinhaltet die <u>Überwindung</u> von inneren und äußeren Barrieren und das Abschirmen bewegungsbezogener Absichten gegenüber konkurrierenden Betätigungsmöglichkeiten
(C3.3.4)	In der Bewegungstherapie sollten Rehabilitandinnen und Rehabilitanden umfassend über Bewegungsangebote und -möglichkeiten für die Zeit nach ihrer Rehabilitationsmaßnahme informiert werden. Dies beinhaltet Informationen zur Rehabilitationsnachsorge, zur Teilnahme am Rehabilitationssport und Gesundheitssport sowie zu weiteren passenden Bewegungsangeboten.	1. an Präventionsmaßnahmen nach SGB IV der gesetzlichen Krankenkassen, digitale Möglichkeiten (Gesundheits APPs, dig.IRENA, T-RENA etc.) 2. OBLIGATORISCH (und umfassende) Information. Momentan ist die Aufklärungsquote stationärer Kliniken bei knapp 20% (ambulant bei ca. 86%)	Diese Varianten sollen in der Formulierung „weitere passende Bewegungsangebote“ mitgedacht werden können; die Optionen können dann in Hintergrundtext weiter erläutert werden, wofür diese Kommentare entsprechend aufgreifen. Danke für den Hinweis. Wir haben nun „sollen“ statt „sollte“ verwendet.	In der Bewegungstherapie sollen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden umfassend über Bewegungsangebote und -möglichkeiten für die Zeit nach ihrer Rehabilitationsmaßnahme <u>beraten</u> werden. Dies beinhaltet Informationen zur Rehabilitationsnachsorge, zur Teilnahme am Rehabilitationssport und Gesundheitssport sowie zu weiteren passenden analogen und digitalen Bewegungsangeboten.

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

	3. informiert und ggf. unterstützt werden. Dies beinhaltet sowohl analoge wie digitale Bewegungsangebote weiterführende Unterstützungsangebote. Anmerkung: Mit den Unterstützungsangeboten sind vor allem Angebote oder Organisationen gemeint, wo ich mich als Patienten selber informieren kann (z.B. DiGA Bfarm, ZPP Suchportal, OnkoAktiv Portal, Bewegungslandkarte vom DOSB oder DTB).	Danke für den Hinweis. Wir haben „informieren“ durch „beraten“ ersetzt. Danke für die Kommentare. Digitale Möglichkeiten waren in den Nennungen mitgedacht. Der Hinweis wird aber aufgenommen, um dies nochmals angesichts der vermehrten explizit zu machen. Konkrete Angebotsformen sollen dann im Hintergrundtext zur Erläuterung der PE beispielhaft benannt werden.
--	---	--

Anhang 8: Überarbeitung der Praxisempfehlungen anhand der schriftlichen Kommentierung durch Expert*innen

		In den Empfehlungen würde ich eher auf das Spektrum von analoge bis digitalen Angeboten verweisen statt nur partielle Angebote aufzuführen (gibt ja auch noch Patientenschulung, DMP, digitale Gesundheitsanwendungen etc.). Die konkreten Beispiele würde ich eher in den beschreibenden Zusatztext nehmen. Wichtiger fände ich den Punkt der strukturierten Aufklärung über Weiterführungs- und Informationsangebote.		
		4. Hier würde ich explizit auch die digitale Nachsorge nennen. Dies wird weiter gewünscht und aktiv gefördert.		
		5. Ergänzend zu den in den Hintergrundtexten genannten Erläuterungen noch Hinweise auf digitale/smarte Möglichkeiten der Fortsetzung von Bewegungstherapie.		

Anhang 9: Protokoll des B-2-Workshops

Protokoll B-Workshop 02.12.2024

Ablauf des Workshops:

(1) Vorstellungsrunde

(2) Ergebnisse PRO-BT Projekt (Konsultationsverfahren, Bedarfsanalyse)

(3) Diskussion (Dissemination, Implementierung, Verbindlichkeit)

Zu (2) Ergebnisse PRO-BT Projekt:

Ergebnisse Konsultationsverfahren

→ keine Fragen/Kommentare

Ergebnisse Bedarfsanalyse

Anmerkungen bzw. Diskussionspunkte

- Rückfrage zum Sample der befragten Personen: Verwaltungsebene wurde(n) in der Bedarfsanalyse nicht berücksichtigt, Fokus der Bedarfsanalyse lag auf bewegungstherapeutischen Kontext und praktische Sichtweise von Bewegungstherapeut*innen
- Frage nach der Einordnung der Befunde Für die Bewertung der Ergebnisse der Bedarfsanalyse ist der Vergleich mit den Ergebnissen der Sozialen Arbeit hilfreich. Sie sind hinsichtlich der Bewertung des praktischen Nutzens vergleichbar (ca. 75 % der Bewertungen gut/sehr gut). Die Kriterien der Verständlichkeit und Vollständigkeit wurden insgesamt sehr positiv bewertet; teils etwas geringere Wertungen geben nochmals Hinweise für den Bedarf an sprachlichen Vereinfachungen
- Hinweis: Bei den Psychologischen Interventionen besteht der Wunsch nach Fortbildungen (TN wollten sich Interventionen zu Gruppenkonzepten ansehen), Anpassungen der Fortbildungsinhalte an Wünsche der Teilnehmer). Digitale und niedrigschwellige Angebote (u.a. kostenfrei) besitzen hohe TN-Rate, bei TN geht der Anteil an BT jedoch zurück (Interesse an psych. Interventionen geht zurück) und Interesse von Ergotherapeuten nimmt zu

Diskussion:

1. Dissemination

- Kleinere Flyer (mit QR-Code zur Online-Seite) für TN/Ärzte etc. als Gate-Opener dienlich, mit Druckexemplaren soll angesichts des Umfangs des Dokuments möglichst sparsam umgegangen werden; ggf. könnten sie auf Nachfrage aus den Einrichtungen bzw. dem Kreis der Adressat*innen gezielt zur Verfügung gestellt werden
- PE werden bei interprofessionellen Veranstaltungen, sowie in Seminaren beworben
- DVGS kann in der Kommunikation auf allen Kanälen unterstützen (Webseite, Newsletter, Social-Media-Kanäle, digitale Liveveranstaltungen, Info-Veranstaltungen für BTs, Meet the experts, B&G)
- PE generell über Webseite, Newsletter und Fortbildungsveranstaltungen bewerben

2. Implementierung

- im parallelen Projekt STABEKO (Förderung DRV Nordbayern und DRV Bayern Süd) wurde bereits eine Checkliste zur einrichtungsspezifischen Umsetzung der Praxisempfehlungen erarbeitet; dies könnte zukünftige Implementierungsstrategien unterstützen (zu klären)
- TN der Bedarfsanalyse sprechen sich downloadbare Medien und Materialien aus, also z.B. Webseite mit niederschweligen Angeboten
- Niederschwellige Einheiten mit Erläuterungen der Praxisempfehlungen, die aufgezeichnet werden, sind zur asynchronen Nutzung z.B. für neue Mitarbeiter sinnvoll
- Vergleichbare Implementierungsstrategie in Anlehnung an MBOR wird seitens der Praxisakteure als sinnvoll erachtet (z.B. mit Manual als Leitfaden); dies könnte als „Treiber“ für andere Kliniken dienen, aber: Sonderkonzept wird seitens DRV Bund nicht als sinnvoll erachtet (diese zielen auf Gruppen von Patient*innen mit besonderen Bedarfen (mit gesonderter Vergütung); zudem soll die Anzahl an Sonderkonzepten begrenzt sein und klaren klaren Kriterien entlang besonderer Bedarf folgen (siehe auch unten, Punkt 3)
- Praxisakteure bringen Möglichkeit ein, dass Einrichtungen sich mit einem bewegungsförderlichen Schwerpunkt „platzieren“ könnten (Werbestrategisch); eine höhere Belegung wird dadurch allerdings nicht vermutet wenn eine Einrichtung BF durchführt
- die Erstellung spezifische Webseite für BT ist unwahrscheinlich, da sehr heterogene Zielgruppe und eine Machbarkeitsstudie diesbezüglich kritisch; Inhalte/Produkte wie die PE können über die reguläre DRV-Webseite zum Download bereitgestellt werden (dies könnte ebenso für eine Checkliste zum Implementationsstand gelten; s.o.)
- Implementierung ist ein sehr großer Schritt bzw. eine hohe Hürde (PE zu Psychologischen Interventionen werden selten in Gänze angewendet)
- Frage TN: was ist denn eigentlich die große Barriere bzgl. Verbreitung/Nutzung der PE? Lässt sich ein „Kondensat“ der Inhalte erstellen, dass einfach kommunizierbar

ist? → PRO-BT adressiert einen Paradigmenwechsel in der BT weg von einem biomedizinisch geprägtem (d.h. auf Körperfunktion und -struktur bzw. Übungsgewinn und Trainingseffekte ausgerichteten) Ansatz hin zu einem biopsychosozialen ausgerichteten Vorgehen, in dem Befähigung der Rehabilitand*innen für gesundheitswirksame Bewegung im Vordergrund steht); entsprechend Kondensat bedingt hilfreich für Veränderung des Ganzen, eher Anreize schaffen für Veränderung

- TN weist auf Pakt für Digitalisierung öffentlicher Gesundheitsdienstleistungen hin (Checklisten für Dimensionen und Erhebung des Status Quo), wenn es um digitale Unterstützungsformate oder Fortbildungsmöglichkeiten geht. Hier könnten ggf. auch andere Institutionen wie DVGS, ZEPG eine Rolle spielen. Aus Bedarfsanalyse werden für die Implementierung auch digitale Austauschformate für Therapeut*innen (Peer-Austausch; Wissenschaft-Praxis-Austausch) als sinnvoll bewertet, die auf digitalen Unterstützungsformaten realisiert werden könnten.

Große Barriere (z.B. Abgeschnittenheit der BT) muss herausgearbeitet werden

3. Verbindlichkeit/Anreize

- Wunsch: PE sollten im QS-Verfahren der DRV eine Rolle spielen (Langfristigkeit muss abgebildet werden);
- Rückmeldung DRV: Aufnahme in QS kaum möglich (wg. Charakter des Instruments und Zeitrahmen der derzeitige Überarbeitung QS. Aber: Einbezug in die anstehende Überarbeitung des „Rahmenkonzepts zur medizinischen Rehabilitation“ möglich (DS).
- Aufnahme der PE in den Qualitätsdialog überlegenswert (MS): PE dort präserter machen
- TN: Rolle von PE grundsätzlich „Empfehlungen, um die Praxis zu optimieren“, Hilfe zur Reflexion des eigenen Praxishandelns, keine verpflichtende Vorgabe, intrinsische Motivation der Zielgruppe entscheidend (kann adressiert werden)
- Insgesamt Dialog zwischen Träger und Einrichtung verbessern und PE allgemein präserter machen (s.o. Qualitätsdialog)
- Aspekte (evidenzbasierte Weiterbildung) müssen in Visitationen aufgegriffen werden (dringlicher auf die Notwendigkeit eingehen). PEs allgemein in neue Version des Rahmenkonzepts med. Reha einbringen
- TN: PE nicht strukturiert abfordern (viel Zeit bis Update), sondern in Erwartungshaltung der DRV (Träger) einfließen lassen in Praxisleitfaden
- TN: Verpflichtung ist nahezu unmöglich, jedoch Aufnahme ins QS über „Umwege“ (z.B. Einbezug ins Rahmenkonzept medizinische Reha) möglich (hohe Wertigkeit PE bzw. Evidenzbasierte Produkte). Berücksichtigung möglicherweise bei Überarbeitung der RTS/ETMs
- Verankerung der PE im etablierten Fort- und Weiterbildungssystem (FOBI) des DVGS → Verbindlichkeit betonen und PE bekannter machen (u.a. über Multiplikatoren) z.B. müssen akademische und nicht-akademische Ausbildungsberufe BGK gemacht haben (fließt in Strukturqualität mit ein), mit etablierten Formaten verbinden (Fortbildungslizenzen vergeben und Facetten einbringen, z.B. Motivierende Gesprächsführung)

Anhang 9: Protokoll des B-2-Workshops

- TN: evtl. Visitationsmanual überarbeiten (nur Berufsgruppen Psychologie und Soziale Arbeit dezidiert, BT alle zusammengefasst, deswegen schwierig). Viele Einrichtungen werden von Regionalträgern visitiert
- TN: Rehabilitanden-Befragung anpassen (Aspekte der PE einfließen lassen? z.B. „Wurden Ihnen neue Bewegungsmöglichkeiten nähergebracht etc.“)
- TN: Broschüren werden nicht viel gelesen → Fortbildungsreihe bzw. Austausch besser als Lesen, um Berufsgruppe zu erreichen), hochfrequente FoBi-Reihe anbieten
- TN: PE müssen nicht verpflichtend sein, aber Aspekte müssen abbildbar und differenzierter messbar sein. Viele werden weitermachen wie bisher (zu teuer/kein Anreiz)
- TN: schwierig über QS-Verfahren empirische Ergebnisse direkt abzuleiten, wie bei der BT-Bewegungsförderung etabliert ist & Rehabilitand-Befragung ist sehr allgemein und Abfrage ob Therapeuten evidenzbasiert handeln ist schwierig → Qualitätsdialog nutzen!
- TN: Möglicherweise Sonderkonzept einreichbar? Bewegungsförderliche BT (Konzept) als Anreiz (Sonderkonzepte, die in der Visitation beachtet werden – Lernen von den Besten) → MS: Sonderkonzepte eher für spezifische Zielgruppen gedacht (z.B. MBOR), nicht für generische Interventionen, Anzahl muss begrenzt bleiben
- Verknüpfung mit Implementierung bzw. Bedarf der Einrichtungen/BT (Top-down schwierig, lieber über Unterstützungsbedarf Angebote schaffen und Therapeuten über diesen Weg dazu bewegen)
- Rehazentren müssen auch ohne Anreize von außen offener werden für Veränderungen (Organisationsentwicklung sehr wichtig)
- Gegenüber der wahrgenommenen mangelnden Wertschätzung in der Arbeit der BTs von Trägerseite Änderungen erzeugen