



# Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation

→ Praxisempfehlungen für die Bewegungstherapie

→ Kurzversion





# Präambel

## **Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation – Praxisempfehlungen für die Bewegungstherapie (Kurzversion)**

Die hier vorliegende Kurzversion beinhaltet einen kompakten Überblick zu den einzelnen Praxisempfehlungen, deren Hintergründe sowie zu zentralen Inhalten und Methoden. Vertiefende Informationen mit umfassenden Ausführungen zu den Hintergründen, detaillierte Beschreibungen der Inhalte und Methoden sowie zahlreiche Praxisbeispiele zur Veranschaulichung finden sich in der Langfassung.

Die Praxisempfehlungen wurden im Rahmen des von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Projekts „Praxisempfehlungen für die Optimierung der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation (PRO-BT)“ erstellt und federführend von Prof. Dr. Klaus Pfeifer, Dr. Wolfgang Geidl und Dr. Andrés Jung (Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg) sowie Prof. Dr. Gorden Sudeck und Leon Matting (Eberhard Karls Universität Tübingen) erarbeitet. Darüber hinaus haben sich verschiedene weitere Personen aus Praxis und Wissenschaft an der Entwicklung beteiligt. Eine vollständige namentliche Danksagung findet sich in der Langversion.

Diese Kurzversion beinhaltet keine Quellenangaben und kein Literaturverzeichnis. Die für die Erstellung der Praxisempfehlungen verwendeten Quellen sind in der Langfassung umfassend dokumentiert.

Die Langfassung steht als pdf-Dokument unter [Konzepte & Positionspapiere | Deutsche Rentenversicherung](#) zur Verfügung.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b> .....	<b>5</b>
Hintergrund	5
Ziele der Praxisempfehlungen	5
Indikationsübergreifende Ausrichtung	5
Entwicklung der Praxisempfehlungen	5
Struktur der Praxisempfehlungen	5
<b>Gesamtübersicht aller Praxisempfehlungen</b> .....	<b>7</b>
<b>Praxisempfehlungen Teil A:</b>	
<b>Grundprinzipien einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie</b> .....	<b>8</b>
A1: Individuell angepasstes Bewegungsverhalten unterstützen	8
A2: Rehabilitand*innen befähigen	9
A3: Person-Orientierung	11
A4: Interdisziplinäre Zusammenarbeit	12
<b>Praxisempfehlungen Teil B:</b>	
<b>Didaktisch-methodische Umsetzung</b> .....	<b>13</b>
B1: Verknüpfung von Trainieren, Üben, Lernen und Erleben	13
B2: Bedeutung von Bewegungserfahrungen	15
<b>Praxisempfehlungen Teil C:</b>	
<b>Konkrete Therapigestaltung</b> .....	<b>16</b>
C1: Assessment	16
C2: Bewegungsbezogene Therapieziele	17
C3: Körperlich-motorische Voraussetzungen optimieren	18
C4: Zutrauen fördern	19
C5: Wissen vermitteln und Steuerungskompetenz fördern	20
C6: Motivation und positive Bewegungserfahrungen	22
C7: Individuelle Präferenzen berücksichtigen und passende Aktivität finden	24
C8: Absichten abschirmen und Verhalten planen	25
C9: Weiterführung am Wohnort	27

## Literatur

# Einleitung

## Hintergrund

Bewegungstherapie ist ein zentraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV) und zielt wesentlich auf die Förderung eines körperlich aktiven Lebensstils durch den Aufbau individueller Handlungskompetenzen ab.

Sie basiert auf einem biopsychosozialen Gesundheitsverständnis, wie es auch der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation zugrunde liegt. Diese ganzheitliche Zugangsweise ermöglicht die Einbeziehung vielfältiger person- und umweltbezogener Einflussfaktoren des Bewegungsverhaltens. Kompetenzorientierte Interventionsansätze befähigen Rehabilitand\*innen dazu, körperliche Aktivität langfristig in den Alltag zu integrieren und damit Gesundheitsressourcen sowie Krankheitsbewältigung zu stärken.

## Ziele der Praxisempfehlungen

Die Praxisempfehlungen Bewegungsförderung dienen der zielgerichteten Planung, Durchführung und Qualitätssicherung einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie. Sie sollen das Rehabilitationsteam und insbesondere die Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten bei der Gestaltung, Umsetzung und Bewertung bewegungsförderlicher Maßnahmen unterstützen. Dies betrifft die folgenden Kernbereiche: individuelles Assessment; Formulierung von Therapiezielen; Auswahl von Inhalten, Methoden und Medien; Therapiedurchführung und Therapiekontrolle.

## Indikationsübergreifende Ausrichtung

Bewegungsförderung ist ein wichtiges übergeordnetes Rehabilitationsziel. Alle Rehabilitand\*innen sollen dabei unterstützt werden, im Rahmen ihrer Möglichkeiten regelmäßig und langfristig körperlich aktiv zu sein. Die Praxisempfehlungen beziehen sich auf alle Indikationsbereiche in der medizinischen Rehabilitation, sie sind deshalb indikationsübergreifend formuliert.

## Entwicklung der Praxisempfehlungen

Die Praxisempfehlungen wurden in einem mehrstufigen Beteiligungsprozess entwickelt. Neben der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz spielte dabei die Expertise von Akteurinnen und Akteuren aus der Rehabilitationspraxis sowie die Sichtweise von Rehabilitand\*innen eine große Rolle.

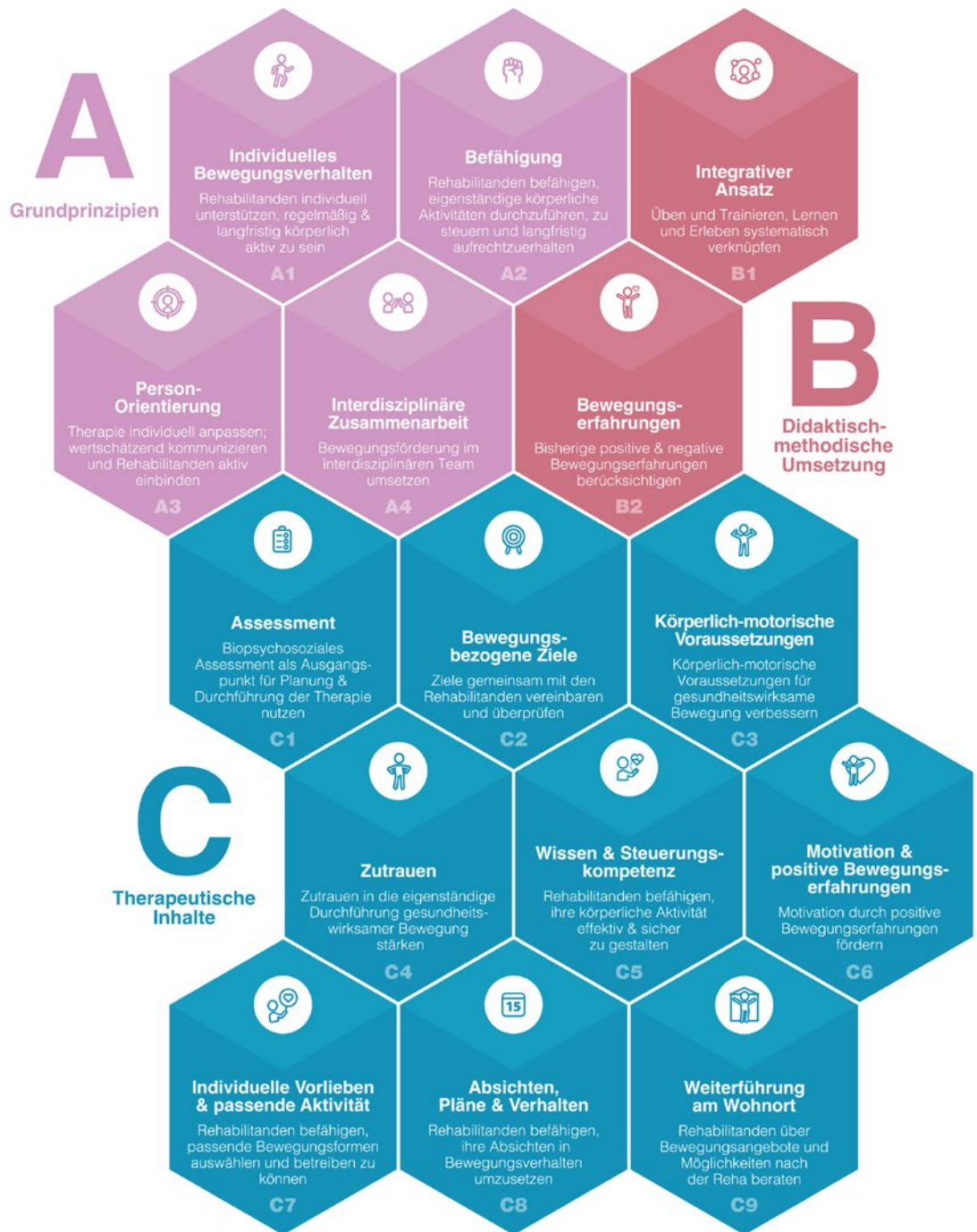
## Struktur der Praxisempfehlungen

Die Praxisempfehlungen sind in drei Bereiche untergliedert (siehe Abbildung 1).

- Teil A beinhaltet übergeordnete Empfehlungen zur Bewegungsförderung und einer kompetenzorientierten Ausrichtung von Bewegungstherapie innerhalb der medizinischen Rehabilitation (Empfehlungen A1 bis A4).
- In Teil B werden grundlegende methodisch-didaktische Ausrichtungen und Handlungsprinzipien beschrieben (Empfehlungen B1 bis B2).
- Teil C beinhaltet konkrete inhaltliche und methodische Hinweise für zentrale therapeutische Prozesse, wie z. B. Assessment, Therapieziele, Therapiedurchführung und Therapiekontrolle einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie (Empfehlungen C1 bis C9).

Zu jeder einzelnen Praxisempfehlung gibt es einen erläuternden Hintergrundtext. Diese beinhalten vertiefende Information und, insbesondere für Teil C, Beispiele für die Förderung individueller Kompetenzen von Rehabilitand\*innen im Rahmen der bewegungstherapeutischen Praxis. In der Kurzversion sind die Hintergrundinformationen stark gekürzt, detaillierte Ausführungen können der [Langfassung](#) entnommen werden.

## Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie



Department für Sportwissenschaft und Sport | FAU Erlangen-Nürnberg & Institut für Sportwissenschaft | Universität Tübingen

Abbildung 1: Inhaltliche Struktur der Praxisempfehlungen Bewegungsförderung

# Gesamtübersicht aller Praxisempfehlungen

## A Grundprinzipien einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie

- A1** Körperliche Aktivität hilft Rehabilitand\*innen dabei, ihre körperlichen und psychischen Funktionen sowie ihre Aktivitäten und Teilhabe (gemäß des biopsychosozialen Gesundheitsmodells der ICF) zu verbessern oder bestmöglich aufrecht zu erhalten. Alle Rehabilitand\*innen sollen dabei unterstützt werden, im Rahmen ihrer Möglichkeiten regelmäßig und langfristig körperlich aktiv zu sein.
- A2** Bewegungstherapeutisches Handeln soll auf die Befähigung von Rehabilitand\*innen für eine selbstbestimmte Weiterführung von gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität ausgerichtet sein. Dies bedeutet, dass Inhalte und Methoden eingesetzt werden, die Rehabilitand\*innen dabei unterstützen:
- a)** die unmittelbar bewegungsbezogenen Anforderungen bewältigen zu können (Bewegungskompetenz),
  - b)** die eigene körperliche Aktivität auf positive Auswirkungen hinsichtlich Gesundheit und Wohlbefinden ausrichten zu können (Steuerungskompetenz) und
  - c)** die Regelmäßigkeit körperlicher Aktivität sicherstellen zu können (Selbstregulationskompetenz).
- 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, sozialen und umweltbezogenen Möglichkeiten der Rehabilitand\*innen,
  - b)** eine wertschätzende und aktivierende Kommunikation, und
  - c)** eine aktive und mitbestimmende Rolle der Rehabilitand\*innen.
- A4** Bewegungsförderung ist ein übergeordnetes Rehabilitationsziel, welches in interprofessioneller Zusammenarbeit adressiert werden soll. Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sollen sich mit den unterschiedlichen Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation bzgl. der bewegungsbezogenen Rehabilitationsziele und der passenden Therapieansätze regelmäßig abstimmen.

## B Didaktik-methodische Umsetzung

- B1** Eine Bewegungstherapie, die auf die Befähigung der Rehabilitand\*innen für eine selbstbestimmte, gesundheitswirksame Bewegung ausgerichtet ist, basiert auf dem Prinzip der Verknüpfung von Üben und Trainieren, Lernen und Erleben. Dabei werden trainings- und bewegungswissenschaftliche, medizinische, pädagogische, psychologische sowie sozial-ökologische Perspektiven berücksichtigt.
- B2** Bewegungsförderliche Bewegungstherapie soll die bisherigen positiven und negativen Bewegungserfahrungen der Rehabilitand\*innen berücksichtigen. Dies betrifft, neben motorischen Möglichkeiten, auch kognitive Bewertungen und affektiv-emotionale Erfahrungen im Zusammenhang mit Bewegung.

## C Konkrete Therapiegestaltung

- C1** Bewegungstherapie soll basierend auf einem Assessment geplant und durchgeführt werden. Das Assessment kann auch zur Kontrolle des Therapieverlaufs und der Therapieergebnisse genutzt werden, 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 berücksichtigt werden.
- C2** Bewegungsbezogene Therapieziele sollen gemeinsam und dialogorientiert mit den Rehabilitand\*innen erarbeitet werden. Der Grad der Zielerreichung soll überprüft und gemeinsam mit den Rehabilitand\*innen reflektiert werden.
- C3** In der Bewegungstherapie sollen die körperlich-motorischen Voraussetzungen für gesundheitswirksame Bewegung optimiert werden.
- C4** In der Bewegungstherapie soll das Zutrauen in die eigenständige Umsetzung gesundheitswirksamer Bewegung gestärkt werden. Dies betrifft die Wahrnehmung eigener motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Stärkung von Selbstwirksamkeit für konkrete Bewegungsaufgaben und für die Regelmäßigkeit des Bewegungsverhaltens.
- C5** In der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand\*innen dazu befähigt werden, ihre körperliche Aktivität so zu gestalten, dass körperliche und psychische Gesundheitswirkungen optimiert und Gesundheitsrisiken minimiert werden. Dies schließt auch ein, wie Bewegung individuell zur Bewältigung von Gesundheitsproblemen und Missbefinden beitragen kann.
- C6** In der Bewegungstherapie soll die Motivation der Rehabilitand\*innen zu selbstbestimmter gesundheitswirksamer Bewegung gefördert werden. Insbesondere sollen dabei positive Bewegungserfahrungen ermöglicht und bewusst gemacht werden.
- C7** In der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand\*innen dazu befähigt werden, Bewegungsformen im Einklang mit ihren Motiven, Präferenzen und Möglichkeiten beurteilen, auswählen und betreiben zu können.
- C8** In der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand\*innen dazu befähigt werden, ihre bewegungsbezogenen Absichten in tatsächliches regelmäßiges Bewegungsverhalten umzusetzen. Dies beinhaltet die Überwindung von inneren und äußeren Barrieren und das Abschirmen bewegungsbezogener Absichten gegenüber konkurrierenden Betätigungsmöglichkeiten.
- C9** In der Bewegungstherapie sollten Rehabilitand\*innen umfassend über Bewegungsangebote und -möglichkeiten für die Zeit nach ihrer medizinischen Rehabilitation beraten werden. Dies beinhaltet Informationen zur Rehabilitationsnachsorge, zur Teilnahme am Rehabilitationssport und Gesundheitssport sowie zu weiteren passenden Bewegungsangeboten.

# Praxisempfehlungen Teil A: Grundprinzipien einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie

## A1: Individuell angepasstes Bewegungsverhalten unterstützen

**[A1]** Körperliche Aktivität hilft Rehabilitand\*innen dabei, ihre körperlichen und psychischen Funktionen sowie ihre Aktivitäten und Teilhabe (gemäß des biopsychosozialen Gesundheitsmodells der ICF) zu verbessern oder bestmöglich aufrecht zu erhalten. Alle Rehabilitand\*innen sollen dabei unterstützt werden, im Rahmen ihrer Möglichkeiten regelmäßig und langfristig körperlich aktiv zu sein.

### Hintergrund

Rehabilitation zielt darauf ab, die Funktionsfähigkeit von Menschen mit Erkrankungen im Sinne des biopsychosozialen ICF-Modells zu verbessern und trotz gesundheitlicher Einschränkungen gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. Körperliche Aktivität nimmt dabei eine zentrale Rolle ein: Sie verbessert bei nichtübertragbaren Erkrankungen u. a. Krankheitsverlauf, Symptomatik sowie das Risiko für Folgeerkrankungen und Mortalität. Die Förderung von regelmäßiger Bewegung ist ein zentrales Ziel moderner Rehabilitationskonzepte.

Orientierung für Bewegungsförderung bieten die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Für Erwachsene – mit oder ohne nichtübertragbare Erkrankung – wird empfohlen:

- Möglichst mindestens 150 Minuten moderat-intensive, oder 75 Minuten höher intensive aerobe Aktivität pro Woche, oder eine Kombination daraus
- Zusätzlich zweimal wöchentlich muskelkräftigende Übungen.

In Phasen, in denen Erwachsene mit einer nichtübertragbaren Erkrankung sich nicht so bewegen können, wie es die Empfehlungen nahelegen (z. B. aufgrund der Krankheitsschwere, Symptomatik oder körperlicher Funktionsfähigkeit), sollten sie so aktiv sein, wie es ihre aktuelle Situation zulässt.

- Beim Einstieg in einen körperlich aktiven Lebensstil bzw. in ein körperliches Trainingsprogramm sollte die Bewegungsdosis individuell abgestimmt werden
- Bei Krankheitsprogression oder Verschlechterung des Gesundheitszustands ist professionelle Beratung erforderlich, da Anpassungen oder Pausen nötig sein können.

Weitere und vertiefte Informationen (siehe [Langversion S. 13f.](#))

## A2: Rehabilitand\*innen befähigen

**(A2)** Bewegungstherapeutisches Handeln soll auf die Befähigung von Rehabilitand\*innen für eine selbstbestimmte Weiterführung von gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität ausgerichtet sein. Dies bedeutet, dass Inhalte und Methoden eingesetzt werden, die Rehabilitand\*innen dabei unterstützen:

- d)** die unmittelbar bewegungsbezogenen Anforderungen bewältigen zu können (Bewegungskompetenz),
- e)** die eigene körperliche Aktivität auf positive Auswirkungen hinsichtlich Gesundheit und Wohlbefinden ausrichten zu können (Steuerungskompetenz) und
- f)** die Regelmäßigkeit körperlicher Aktivität sicherstellen zu können (Selbstregulationskompetenz).

### Hintergrund

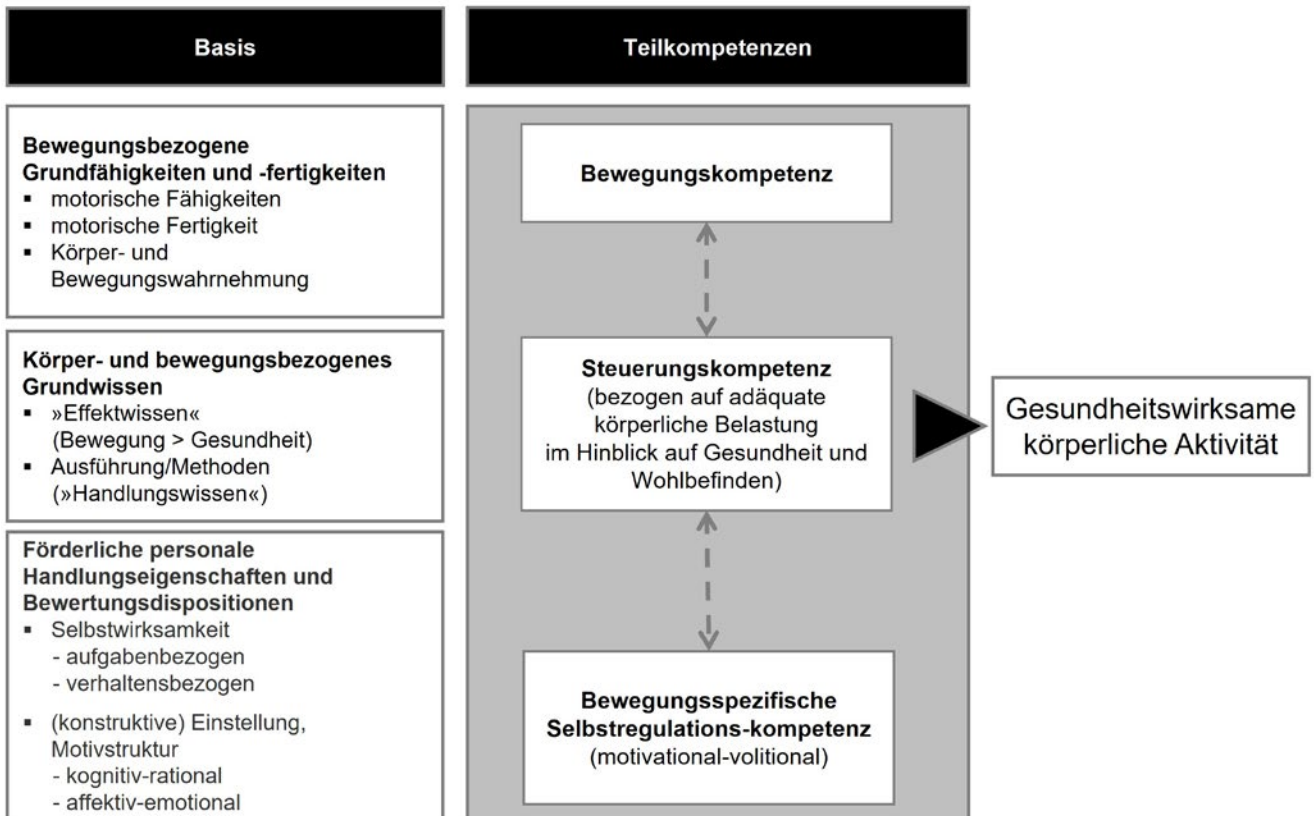
#### **Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz als Ziel der Bewegungstherapie**

Ein zentrales Ziel der Rehabilitation ist der Aufbau individueller Kompetenzen zur eigenverantwortlichen Krankheitsbewältigung. Dies gilt auch für die kompetenzorientiert ausgerichtete Bewegungstherapie, wie es in der Klassifikation therapeutischer Leistungen (KTL) der Deutschen Rentenversicherung (2025) beschrieben wird:

„Leistungen der Sport- und Bewegungstherapie konzentrieren sich ausdrücklich sowohl auf körperliche als auch emotionale, soziale und verhaltensbezogene Zielsetzungen. Im Zentrum steht die Entwicklung individueller Kompetenzen, die die Initiierung und Aufrechterhaltung eines aktiven körperlichen Lebensstils fördern und damit die Effekte körperlicher Aktivität nachhaltig nutzbar machen und zu einem positiven Bewältigungsprozess im Umgang mit chronischen Erkrankungen und Einschränkungen der Partizipation beitragen.“ (KTL 2025, S. 51)

Die bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz (BGK) ist ein ressourcenorientiertes Ziel bewegungstherapeutischer Maßnahmen (Abbildung 2). Sie umfasst die personalen Voraussetzungen für eigenständige gesundheitswirksame Bewegung. In der KTL der Deutschen Rentenversicherung wird sie über die Teilkompetenzen Bewegungs-, Steuerungs- und Selbstregulationskompetenz konkretisiert. **Bewegungskompetenz** ermöglicht die Bewältigung motorischer Anforderungen von körperlichen Alltagsaktivitäten (z. B. Radfahren oder Treppensteigen) und sportlichen Aktivitäten (z. B. Nordic Walking, Jogging, Übungen zur Muskelkräftigung, Ballspiele). **Steuerungskompetenz** erlaubt die Gestaltung und Steuerung körperlicher Beanspruchungen, um Gesundheitsgewinne zu optimieren und Risiken zu minimieren. **Selbstregulationskompetenz** sichert die Regelmäßigkeit gesundheitswirksamer Aktivitäten.

Abbildung 2: Modell der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz.



Weitere und vertiefte Informationen (siehe [Langversion](#) S. 14f.)

## A3: Person-Orientierung

- (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, sozialen und umweltbezogenen Möglichkeiten der Rehabilitand\*innen,
  - b)** eine wertschätzende und aktivierende Kommunikation, und
  - c)** eine aktive und mitbestimmende Rolle der Rehabilitand\*innen.

### Hintergrund

Personorientierung ist ein zentrales Prinzip moderner Rehabilitation. Sie berücksichtigt neben der Erkrankung auch individuelle Kontextfaktoren im Sinne des biopsychosozialen Verständnisses des ICF. Erfahrungen, Wissen, Präferenzen und Sichtweisen der Rehabilitand\*innen stehen dabei im Mittelpunkt und bilden den Ausgangspunkt therapeutischer Interventionen.

**Zu a)** Individuelle bewegungsbezogene Ziele, Motive und Präferenzen sind zentral für die Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation. Die Planung der Bewegungstherapie basiert auf der Erfassung psychischer Faktoren (→ C1), der Festlegung individueller Ziele (→ C2) sowie der Berücksichtigung von Motiven und Präferenzen (→ C8) und von körperlichen und psychischen Möglichkeiten (→ C1). Für die Aufrechterhaltung körperlicher Aktivität nach der Rehabilitation sind zudem soziale und umweltbezogene Möglichkeiten relevant, insbesondere für Handlungsplanung (→ C8) und Beratung zu Bewegungsangeboten (→ C9).

**Zu b)** Eine wertschätzende, aktivierende Kommunikation stärkt die vertrauensvolle Beziehung zwischen Rehabilitand\*innen und Therapeut\*innen und erleichtert die Zusammenarbeit. Sie fördert Wohlbefinden und Motivation und unterstützt das Erreichen therapeutischer Ziele.

**Zu c)** Die aktive Beteiligung der Rehabilitand\*innen ist zentral für eine hochwertige Rehabilitation. Dies betrifft insbesondere die Mitwirkung bei der Zielentwicklung (→ C2) und Therapieplanung, bei den Schulungsinhalten (→ C5), der Reflexion von Aktivitäten (→ C6) sowie der eigenständigen Steuerung von Übung und Training (→ C5). Auch Gruppensettings bieten aktivierende Interaktionsmöglichkeiten.

Personorientierte Mitbestimmung umfasst transparente Information, die Einbindung in die Behandlungsplanung, die Berücksichtigung von Erfahrungen und Vorwissen sowie eine schrittweise Stärkung der Eigenverantwortung für körperliche Aktivität.

Weitere und vertiefte Informationen (siehe [Langversion](#) S. 18f.)

## A4: Interdisziplinäre Zusammenarbeit

**(A4)** Bewegungsförderung ist ein übergeordnetes Rehabilitationsziel, welches in interprofessioneller Zusammenarbeit adressiert werden soll. Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten sollen sich mit den unterschiedlichen Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation bzgl. der bewegungsbezogenen Rehabilitationsziele und der passenden Therapieansätze regelmäßig abstimmen.

### Hintergrund

In der medizinischen Rehabilitation arbeiten verschiedene Berufsgruppen interprofessionell zusammen, was eine enge organisatorische Abstimmung erfordert. Diese Zusammenarbeit unterstützt einen biopsychosozialen Behandlungsansatz und kann Behandlungsergebnisse sowie Teamleistung und -zufriedenheit verbessern.

Entsprechende Leistungen sind in mehreren KTL-Kapiteln beschrieben:

- **A** Sport- und Bewegungstherapie, **C** Information und Schulung sowie **L** Rektionstherapie zielen direkt auf Bewegungsverhaltensänderungen.
- **B** Physiotherapeutische Leistungen unterstützen durch körperliche Funktionsverbesserungen und Schmerzreduktion.
- **F** Klinische Psychologie, Neuropsychologie und **G** Psychotherapie unterstützen bei besonderen Problemlagen eine nachhaltige gesundheitsorientierte Verhaltensänderung.
- **E** Funktionsorientierte Therapien, **H** Reha-Pflege und Pädagogik und **D** Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie können mit einzelnen Leistungen unterstützen.

Bewegungstherapeutinnen und -therapeuten haben eine Schlüsselrolle, da sie bewegungsförderliche Leistungen aus den KTL-Kapiteln **A**, **B** und **L** erbringen und häufig auch über Kapitel **C** eingebunden sind. Wichtig ist die Abstimmung mit anderen Berufsgruppen zu folgenden Aspekten:

- Gemeinsame Sprache und abgestimmte Botschaften beim Thema Bewegung.
- Nutzung aller relevanten diagnostischen Informationen (→ **C1**).
- Abstimmung allgemeiner Reha-Ziele mit individuellen bewegungsbezogenen Zielen (→ **C2**).
- Abstimmung bewegungsbezogener Lerninhalte der KTL-Kapitel **A** (Sport- und Bewegungstherapie) und **C** (Information und Schulung).
- Koordination beim Einsatz von Verhaltensänderungstechniken (z. B. Handlungs- und Bewältigungspläne (→ **C8**)).
- Vorgehen bei spezifischen Problemlagen wie Depression, Fatigue oder chronischer Schmerz.

Zur interprofessionellen Abstimmung eignen sich verschiedene Formate wie interdisziplinäre Teambesprechungen, Fort- und Weiterbildungen oder die Entwicklung und Abstimmung von Fach- und Gesamtkonzepten.

Weitere und vertiefte Informationen (siehe [Langversion](#) S. 21f.)

# Praxisempfehlungen Teil B: Didaktisch-methodische Umsetzung

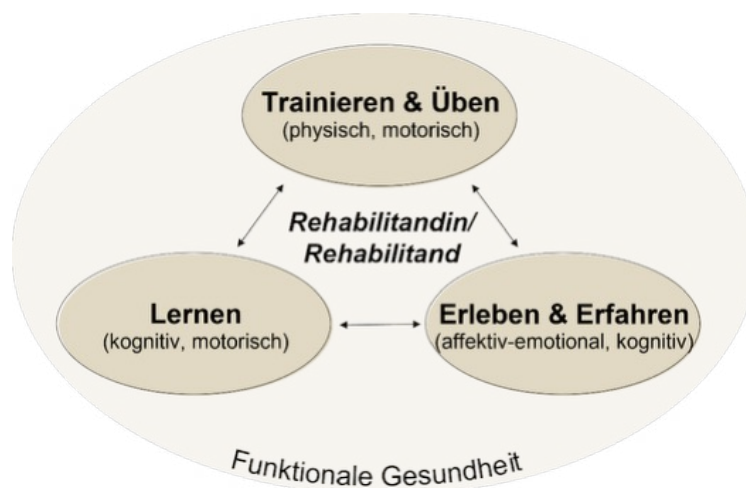
## B1: Verknüpfung von Trainieren, Üben, Lernen und Erleben

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

### Hintergrund

Die Befähigung von Rehabilitand\*innen zu gesundheitsorientierter körperlicher Aktivität erfordert einen gezielten Interventionsansatz. Das Handlungsmodell zur Förderung bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz verbindet Üben und Trainieren mit Lernen (kognitiv, motorisch) sowie Erleben und Erfahren (kognitiv, affektiv-emotional) als zentrale Grundlage für Kompetenzaufbau (siehe Abbildung 3 und Tabelle 1).

**Abbildung 3: Handlungsmodell für die Förderung bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz**



Für die bewegungstherapeutische Praxis bedeutet dies, Inhalte und Methoden auf allen drei Ebenen systematisch zu kombinieren. Dazu gehören das Erlernen eigenständiger Übungs- und Trainingssteuerung, die Begleitung des Trainings durch Selbstbeobachtung und Dokumentation sowie die Reflexion von Erfahrungen und Erfolgen. Eine so gestärkte bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz unterstützt die Bewältigung von Gesundheitsstörungen und fördert den biopsychosozialen Gesundheitsstatus.

**Tabelle 1: Übergeordnete Zielbereiche und spezifische Ziele beim Üben und Trainieren, Lernen, Erleben und Erfahren in der Bewegungstherapie**

Bereich	Ziele
<p><b>Üben und Trainieren.</b>                      (Psycho-)Physischer und motorischer Zielbereich; Stärkung physischer Ressourcen sowie von Körper- und Bewegungswahrnehmung; Aufbau von Bewegungskompetenz</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Strukturelle und physiologische Anpassungen durch Training (muskuloskelettal, kardiopulmonal etc.)</li> <li>→ Verbesserung von Koordination und sensomotorischer Kontrolle</li> <li>→ Förderung der Körper- und Bewegungswahrnehmung</li> </ul>
<p><b>Lernen.</b>                      Motorischer, kognitiver und motivational-volitionaler Zielbereich; Aufbau von Bewegungskompetenz, Steuerungskompetenz und Selbstregulationskompetenz</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Vermittlung motorischer Fertigkeiten für eigenständige Aktivität (z. B. Fitnesstraining, Nordic Walking)</li> <li>→ Vermittlung von Effekt- und Handlungswissen zur Wirkung und Durchführung körperlicher Aktivität</li> <li>→ Einsatz von Techniken zur Selbstregulation und zur Integration von Bewegung in den Alltag (z. B. Planung, Dokumentation)</li> </ul>
<p><b>Erleben und Erfahren.</b>                      Affektiv-emotionaler, kognitiver sowie motivational-volitionaler Zielbereich; Aufbau von Steuerungskompetenz und Selbstregulationskompetenz</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Vermittlung von positiver Bewegungserfahrung und Bewegungsfreude</li> <li>→ Vermittlung bewegungs- und sportbezogener Selbstwirksamkeitserfahrungen</li> <li>→ Aufbau von Motivation und Volition für gesundheitswirksame Bewegung</li> </ul>

Weitere und vertiefte Informationen (siehe [Langversion](#) S. 23f.)

## B2: Bedeutung von Bewegungserfahrungen

**(B2)** Bewegungsförderliche Bewegungstherapie soll die bisherigen positiven und negativen Bewegungserfahrungen der Rehabilitand\*innen berücksichtigen. Dies betrifft, neben motorischen Möglichkeiten, auch kognitive Bewertungen und affektiv-emotionale Erfahrungen im Zusammenhang mit Bewegung.

### Hintergrund

Rehabilitand\*innen verfügen über eine individuelle Bewegungsbiografie mit verschiedenen Erfahrungen, z. B. aus Schulsport oder Vereinssport. Diese prägen körperlich-motorische Voraussetzungen wie Bewegungsfertigkeiten und Koordination und beeinflussen zukünftige körperliche Aktivität.

Für das Bewegungsverhalten sind insbesondere affektiv-emotionale Bewertungen früherer Bewegungserfahrungen entscheidend. Bei bewegungs-inaktiven Personen reicht rationale Aufklärung über gesundheitliche Vorteile häufig nicht aus; vielmehr spielen das subjektive Erleben der körperlichen Belastung (z. B. motorische Über- oder Unterforderung) oder der soziale Kontext (z. B. Scham bei misslingender Bewegungsausführung) eine wichtige Rolle. So neigen Menschen dazu, Aktivitäten mit unangenehmen Erfahrungen zu vermeiden und eher Aktivitäten mit angenehmen, positiven Erfahrungen (wieder) aufzunehmen. Aus den bisherigen Bewegungserfahrungen können sich daher sehr unterschiedliche motivationale Tendenzen herausbilden, die von einer starken Ablehnung bis zu einer sehr hohen Attraktivität von Sportaktivitäten für eine einzelne Person reichen.

Affektive Bewegungserfahrungen lassen sich entlang grundlegender Befindensdimensionen beschreiben (z. B. angenehm vs. unangenehm, energiegeladene vs. energielos, entspannt vs. angespannt). Darüber hinaus sind Bewegungserfahrungen mit individuellen Bewertungen verknüpft, die sich für Sport und Bewegung entlang gegensätzlicher Erfahrungen oder Bewertungen umschreiben lassen, wie z. B.:

- Sporttreiben in der Gruppe mögen vs. nicht mögen;
- Körperlichen Schaden befürchten vs. körperliche Widerstandsfähigkeit durch Bewegung schätzen;
- Sich für Sportaktivitäten kompetent vs. inkompetent fühlen;
- Sportliche Betätigung langweilig empfinden vs. ihr mit Interesse begegnen;
- Sich angesichts eigener Inaktivität schämen vs. auf sein Bewegungsverhalten stolz sein.

Für Therapeut\*innen ist es wichtig, diese unterschiedlichen Erfahrungshorizonte zu berücksichtigen und auch Aversionen gegenüber Bewegung als Ausgangspunkt therapeutischen Handelns zu akzeptieren. Daraus folgt, nicht ausschließlich auf kognitive Überzeugungsarbeit zu setzen, sondern positive wie negative Bewegungserfahrungen zu thematisieren. Methodisch erfordert dies ein Vorgehen, das vielfältige Bewegungserfahrungen ermöglicht und reflektiert, sowie gezielt positive Erlebnisse fördert, um eine selbstbestimmte Motivation für körperliche Aktivität aufzubauen.

Weitere und vertiefte Informationen (siehe [Langversion](#) S. 26f.)

# Praxisempfehlungen Teil C: Konkrete Therapiegestaltung

## C1: Assessment

**(C1)** Bewegungstherapie soll basierend auf einem Assessment geplant und durchgeführt werden. Das Assessment kann auch zur Kontrolle des Therapieverlaufs und der Therapieergebnisse genutzt werden, 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 berücksichtigt werden.

### Hintergrund

Das Assessment erfasst systematisch die für eigenständige Bewegung relevanten Aspekte der Funktionsfähigkeit (im Sinne der ICF) der Rehabilitand\*innen und bildet die Grundlage für die Planung der Bewegungstherapie. Wiederholte Erhebungen zu Beginn, während und nach der Rehabilitation ermöglichen die Anpassung von Interventionen und die Überprüfung der Therapieergebnisse.

Es sollte mit qualitätsgesicherten Verfahren erfolgen, die Objektivität, Reliabilität und Validität erfüllen und zugleich praktikabel sind. Kürzere Tests eignen sich als Screening. Quantitative Verfahren können durch qualitative Methoden wie Eingangsgespräche ergänzt werden, um individuelle Perspektiven einzubeziehen.

**Zielgruppe:** Alle Rehabilitand\*innen.

### Inhalte und Methoden für ein Assessment

Das bewegungstherapeutische Assessment folgt auf eine medizinische Eingangsuntersuchung, welche Hinweise zur individuell richtigen und sicheren Bewegungs-dosis (z. B. passende Intensität, Frequenz, Häufigkeit) liefert.

Die Erfassung des bisherigen Bewegungsverhaltens bildet den Ausgangspunkt für gezielte Bewegungsförderung und individuelle Zielvereinbarungen (→ C2). Dafür können Fragebögen, Schrittzähler oder Kurz-Screenings eingesetzt werden.

Neben dem Bewegungsverhalten selbst sollten im Assessment ausgewählte körperliche, psychische, soziale und umweltbezogene Einflussfaktoren für regelmäßige Bewegung berücksichtigt werden. Im Sinne der ICF bezieht sich das Assessment für eine gezielte Bewegungsförderung damit auf Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe sowie auf personbezogene und umweltbezogene Kontextfaktoren.

In der Langversion sind Messinstrumente aufgelistet, mit denen relevante verhaltensbezogene Determinanten für Bewegung erfasst werden können. Zudem werden dort Bezüge zu den Praxisempfehlungen C2–C9 dargestellt, in denen konkrete Inhalte und Methoden für die zielgerichtete Beeinflussung der möglichen Aspekte beschrieben sind.

Weitere und vertiefte Informationen (siehe [Langversion](#) S. 28f.)

## C2: Bewegungsbezogene Therapieziele

**(C2)** Bewegungsbezogene Therapieziele sollen gemeinsam und dialogorientiert mit den Rehabilitand\*innen erarbeitet werden. Der Grad der Zielerreichung soll überprüft und gemeinsam mit den Rehabilitand\*innen reflektiert werden.

### Hintergrund

Eine Festlegung von individuellen Reha-Zielen gilt als wichtige Basis für eine möglichst bedarfsgerechte und zielorientierte Steuerung des Rehabilitationsprozesses. Individuelle Reha-Ziele können sich kurzfristig auf den Zeitraum der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme sowie mittel- und langfristig auf die Zeit danach beziehen (vgl. [www.reha-ziele.de](http://www.reha-ziele.de)).

Individuelle Zielfestlegungen können als Gesundheitsziele, bewegungsbezogene Verhaltensziele oder Lernziele formuliert werden. Exemplarische Zielformulierungen sind in der Langversion aufgeführt.

Rehabilitand\*innen sollen aktiv in die Erarbeitung von Therapiezielen eingebunden werden (partizipative Entscheidungsfindung). Der Einbezug sollte auch darauf ausgerichtet sein, die Rehabilitand\*innen zu befähigen, nach der Reha eigenständig für sie wichtige Gesundheits- oder Verhaltensziele zu setzen und diese für ein selbstreguliertes Bewegungsverhalten zu nutzen.

**Zielgruppe:** Rehabilitand\*innen, die nicht regelmäßig aktiv sind und die eine Absicht für regelmäßige sportliche Aktivitäten aufbauen bzw. verfolgen; Rehabilitand\*innen, die aufgrund ihrer Gesundheitssituation Anpassungsbedarf in Bezug auf ihre körperliche Aktivität haben.

### Inhalte und Methoden zur Zielerarbeitung und -formulierung

Zur Erarbeitung und Formulierung von bewegungsbezogenen Therapiezielen bietet das Arbeitshandbuch Reha-Ziele (vgl. [www.reha-ziele.de](http://www.reha-ziele.de)) Methoden und Anwendungsbeispiele. Zudem liegen einige manualisierte Vorgehensweisen für die Bewegungstherapie vor, die in der Langversion dieser Praxisempfehlungen tabellarisch zusammengefasst werden.

### Inhalte und Methoden zur Zielüberprüfung und -reflexion

Die Überprüfung der Zielerreichung kann bei kurzfristigen Therapiezielen noch während der Reha erfolgen. Dies kann dazu führen, dass individuelle Ziele noch einmal angepasst und für die Zeit nach der Rehabilitation konkretisiert werden. Die Überprüfung von längerfristigen Reha-Zielen ist wünschenswert, aber sicherlich noch kein breit eingeführter Standard in der Rehabilitationspraxis.

Je nach Zielsetzung können verschiedene Methoden zur Überprüfung der Therapiekontrolle und Zielüberprüfung genutzt werden (→ C1, Assessmentmethoden). Daneben können standardisierte Verfahren zur Erfassung der individuellen Sichtweise auf den Grad der Zielerreichung eingesetzt werden. Dazu gehören z. B. numerische Ratingskalen (NRS) zur Ermittlung des wahrgenommenen Grads der Zielerreichung durch Abfragen auf einer Skala von 0 bis 100 oder von 0 bis 10.

Weitere und vertiefte Informationen (siehe [Langversion](#) S. 33f.)

## C3: Körperlich-motorische Voraussetzungen optimieren

**(C3)** In der Bewegungstherapie sollen die körperlich-motorischen Voraussetzungen für gesundheitswirksame Bewegung optimiert werden.

### Hintergrund

Die Verbesserung motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten ist ein zentrales Ziel der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation. Übungs- und Trainingsformen sind dabei grundlegend und gehören zum Basisrepertoire von Bewegungstherapeut\*innen.

Spezifische Übungen zielen darauf ab, physiologische Anpassungen zu bewirken, um motorische Fähigkeiten wie Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit und Koordination zu verbessern. Diese sind eine wichtige Grundvoraussetzung dafür, dass motorische Anforderungen von körperlichen Alltagsaktivitäten (z. B. Treppe steigen, Radfahren) und sportlichen Aktivitäten (z. B. Nordic Walking, Übungen zur Muskelkräftigung, Ballspiele) bewältigt werden können (→ B1 und A2).

In der Bewegungstherapie geht es darum, in kurzer Zeit erste Anpassungseffekte zu erzielen, wie z. B. Verbesserungen der Herzkreislauffunktion oder der Koordination. Zudem dienen Übungen aus dem Bereich des motorischen Lernens der Vermittlung und Verbesserung motorischer Fertigkeiten, um eigenständige körperliche Aktivität zu fördern und die erzielten Effekte aufrechtzuerhalten.

Eine adäquate Körper- und Bewegungswahrnehmung ist ein wichtiger Bestandteil für gesundheitswirksame Bewegung (→ A2, Bewegungskompetenz). Eine gute Wahrnehmung von Muskelspannungen und Gelenkstellungen fördert die Bewältigung motorischer Aufgaben und das Erlernen neuer Bewegungsformen. Dies reduziert Unsicherheiten und stärkt das Vertrauen in die eigenen Bewegungsmöglichkeiten (→ C4). Zudem ermöglicht eine gute Körperwahrnehmung eine angemessene Dosierung der Bewegungsintensität und fördert das Wohlbefinden (→ A2 und C5, Steuerungskompetenz).

**Zielgruppe:** Rehabilitand\*innen mit körperlicher Dekonditionierung oder niedriger Fitness.

### Inhalte und Methoden zur Verbesserung körperlich-motorischer Voraussetzungen

Zur Verbesserung der körperlich-motorischen Voraussetzungen können basierend auf der individuellen Ausgangssituation und den Zielsetzungen verschiedene Inhalte und Methoden aus der Bewegungstherapie ausgewählt werden. Spezifische Hinweise finden sich in einschlägigen Quellen zum Training in der Therapie. Die vorliegenden Praxisempfehlungen zeigen, wie spezifische Trainings- und Übungsmethoden in ein bewegungstherapeutisches Gesamtkonzept eingebettet werden können.

Weitere und vertiefte Informationen (siehe [Langversion](#) S. 38f.)

## C4: Zutrauen fördern

**(C4)** In der Bewegungstherapie soll das Zutrauen in die eigenständige Umsetzung gesundheitswirksamer Bewegung gestärkt werden. Dies betrifft die Wahrnehmung eigener motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Stärkung von Selbstwirksamkeit für konkrete Bewegungsaufgaben und für die Regelmäßigkeit des Bewegungsverhaltens.

### Hintergrund

Personen benötigen Zutrauen in die eigenen bewegungsrelevanten Fähigkeiten und Fertigkeiten, um z. B. Treppen sicher und zügig gehen zu können oder Rad zu fahren. Dieses Zutrauen wird als aufgabenbezogene Selbstwirksamkeit bezeichnet. Es ist eng mit Fähigkeiten zur Körper- und Bewegungswahrnehmung verbunden. Zusätzlich ist die sogenannte verhaltensbezogene Selbstwirksamkeit für regelmäßige Bewegung notwendig, also die Überzeugung, auch unter ungünstigen Bedingungen regelmäßig körperlich aktiv sein zu können.

**Zielgruppe:** Rehabilitand\*innen mit geringem Zutrauen in die eigenständige Umsetzung gesundheitswirksamer Bewegung.

### Inhalte und Methoden zur Steigerung von Selbstwirksamkeit

- **Angemessenen Schwierigkeitsgrad** des Bewegungsprogramms wählen; Teilnehmende nicht überfordern, aber auch nicht unterfordern.
- **Erfahrungsaustausch** zwischen Rehabilitand\*innen ermöglichen zu: Bewältigung bewegungsbezogener Aufgaben, Integration von körperlicher Aktivität in den Alltag etc.
- **Feedback** zur aktuellen Bewegungsleistung geben, z. B. positive Rückmeldung zu durchgeführter Bewegung oder erbrachten Leistungen.
- Rehabilitand\*innen mit vielfältigen situativ angepassten Bewegungsformen bekanntmachen
- **Rehabilitand\*innen darüber informieren**, wie Aktivitäten des täglichen Lebens mit ihrer konkreten körperlichen Beeinträchtigung ausgeführt werden können, z. B. Treppensteigen mit einer Hüftprothese.

### Inhalte und Methoden zur Verbesserung von Körper- und Bewegungswahrnehmung

- **Vielfältige Ausführungsformen von Bewegung** anbieten (z. B. Unterschiedliche Bewegungsamplituden und kontrastierende Bewegungen) und die Aufmerksamkeit auf verschiedene Bewegungsmerkmale (z. B. Muskelspannung) oder Körperreaktionen (z. B. Atmung) lenken.

Weitere und vertiefte Informationen (siehe [Langversion](#) S. 40f.)

## C5: Wissen vermitteln und Steuerungskompetenz fördern

**(C5)** In der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand\*innen dazu befähigt werden, ihre körperliche Aktivität so zu gestalten, dass körperliche und psychische Gesundheitswirkungen optimiert und Gesundheitsrisiken minimiert werden. Dies schließt auch ein, wie Bewegung individuell zur Bewältigung von Gesundheitsproblemen und Missbefinden beitragen kann.

### Hintergrund

Die Rehabilitand\*innen sollen darin unterstützt werden, die individuellen Potenziale von Bewegung für einen positiven Umgang mit Gesundheitsproblemen und zur Krankheitsbewältigung auszuschöpfen. Im Vordergrund steht dabei die Stärkung der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (→ A2). Dabei soll das „richtige Maß“ für eine sichere und gesunde Bewegung gefunden werden, z. B. bei Neu- oder Wiedereinstieg in Bewegungsprogramme oder in Phasen der Krankheitsprogression (→ A1).

**Zielgruppe:** Rehabilitand\*innen, die nicht regelmäßig aktiv sind oder angesichts ihrer Gesundheitssituation Anpassungsbedarfe für regelmäßige körperliche Aktivitäten haben.

### Inhalte und Methoden zur Vermittlung von Wissen über die Gesundheitswirkungen von körperlicher Aktivität (»Effektwissen«)

Rehabilitand\*innen sollten über die Gesundheitswirkungen von Bewegung informiert werden. Wichtige Informationsbereiche sind:

- Auswirkungen verschiedener Bewegungsarten auf die Gesundheit und chronische Erkrankungen
- Optimale Bewegungsdosis basierend auf allgemeinen oder spezifischen Empfehlungen
- Konsequenzen von Bewegungsmangel für chronische Erkrankungen

Für die Wissensvermittlung sollten aktivierende Methoden eingesetzt werden, und es wird eine enge Verbindung zwischen Wissensvermittlung und praktischer Bewegungserfahrung empfohlen, um das Verständnis zu erhöhen und positive Effekte direkt erlebbar zu machen. Wichtig ist dabei eine konsistente Kommunikation im Reha-Team (→ A4).

### Inhalte und Methoden zur Vermittlung und Anwendung von Wissen für die gesundheitswirksame Durchführung (Planung, Umsetzung, Steuerung) von körperlicher Aktivität (»Handlungswissen«)

Rehabilitand\*innen benötigen Wissen, wie körperliche Aktivitäten gesundheitsorientiert durchgeführt und gesteuert werden können. Dies geht über die reine Informationsdarstellung (→ C3) hinaus und erfordert körper- und bewegungsbezogene Fähigkeiten, wie das Messen des eigenen Pulses oder das Einschätzen der Anstrengung. Wichtig ist auch das Zutrauen in die eigenständige Umsetzung gesundheitswirksamer Bewegung (→ C4).

Tabelle 2 zeigt ausgewählte Inhalte und Methoden zur Förderung von Steuerungskompetenz für gesundheitswirksame Bewegung.

Weitere und vertiefte Informationen (siehe [Langversion](#) S. 43f.)

**Tabelle 2: Beispiele für Inhalte und Methoden zum Aufbau von Steuerungskompetenz für gesundheitswirksame Bewegung**

Bereiche	Beispiele
Methoden zur Verdeutlichung des Zusammenhangs von körperlicher Belastung und Reaktionen	Wissensvermittlung und Schulung der Körperwahrnehmung, z. B. Herzfrequenz, Atmung, Muskelermüdung bei unterschiedlichen Belastungsreizen
	Kombination von subjektiven Anstrengungseinschätzungen mit objektiven Körperreaktionen
	Schulung, wie man ein Krafttraining steuern kann
Kenntnisse zur eigenständigen Planung von Kräftigungs-, Ausdauer-, Koordinations- und Gleichgewichtstraining	Grundsätze über Belastungsnormative
	Nutzung von Materialien zur Trainingsplanung und -dokumentation
Kenntnissen zur individuell optimalen Art und Dosis gesundheitsförderlicher Bewegung	Informationen zur Durchführung gesundheitswirksamer Bewegung; individuelle Nutzung von Bewegungs- und Trainingsempfehlungen
Indikationsspezifische Besonderheiten für Alltagsbewegungen	Informationen zu gelenkschonender Realisation von Alltagsbewegungen und deren Erprobung
Methoden zur Sensibilisierung für körperliche Verfassung und Befindenszustände	Wahrnehmung von sich ändernden Symptomen und Befindenszuständen
	Achtsamkeitsorientierte Verfahren
	Zusammenspiel von körperlicher Beanspruchung, Erholung und Krankheitssymptomatik; optimale Balance zwischen körperlicher Beanspruchung und Erholung
	Wissensvermittlung und Sensibilisierung, auch für Zusammenhänge zur Chronifizierung von Gesundheitsproblemen haben können
Vermittlung typischer Bewältigungs- und Verhaltensmuster bei bestimmten Erkrankungen (z. B. Fear-Avoidance / Endurance bei Menschen mit chronischem Schmerz)	Achtsamkeit für eigene Bewältigungs- und Verhaltensmuster; auf Neubewertung von kritisch erlebten Situationen hinwirken oder alternative Strategien entwickeln
Einsatz von Methoden, um individuelle Veränderungen des aktuellen Befindens vor, während und nach Aktivität erlebbar zu machen, auch im Hinblick auf die Art der Aktivität (Intensität, Typ, Dauer, Organisationsformen etc.)	Beobachtung und Reflexion der eigenen Befindensveränderungen, z. B. durch den Einsatz von Befindensskalen vor, während und nach körperlicher Aktivität (und deren Variation)
	Affektbasierte Steuerung körperlicher Aktivität, Nutzung einer ‚Feeling Scale‘ zur Belastungssteuerung
Bewegung als Mittel zur Stressbewältigung	Vermittlung von Kenntnissen zur Rolle von Bewegung für Stressreaktionen und Stressbewältigung
	Stressregulations- und Erholungspotenziale erlebbar machen durch Beobachtung physischer und psychischer Reaktionen auf körperliche Aktivität

## C6: Motivation und positive Bewegungserfahrungen

**(C6)** In der Bewegungstherapie soll die Motivation der Rehabilitand\*innen zu selbstbestimmter gesundheitswirksamer Bewegung gefördert werden. Insbesondere sollen dabei positive Bewegungserfahrungen ermöglicht und bewusst gemacht werden.

### Hintergrund

Je nach Stadium der Verhaltensänderung können unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt werden. So kann unterschieden werden in:

- Personen, die sich noch keine Gedanken über eine Verhaltensänderung machen und ihr teils eher negativ gegenüberstehen,
- Personen, die sich mit der Thematik befassen, aber noch keine Absicht für eine Verhaltensänderung gebildet haben
- Personen, die bereits eine Absicht für eine Verhaltensänderung gebildet haben, und weitere Schritte für die Initiierung angehen können.

Daneben können Personen ausreichend motiviert und bereits regelmäßig körperlich aktiv sein oder dies bereits über einen längeren Zeitraum als eine Art Gewohnheit tun.

Um vom Stadium der Absichtslosigkeit zur Handlung zu kommen, ist es wesentlich, Selbstwirksamkeitserwartungen aufzubauen (→ C4), positive Einstellungen und Ergebniserwartungen gegenüber körperlicher Aktivität zu entwickeln und positive affektive Bewegungserfahrungen (→ B2) zu sammeln. Dafür eignen sich die nachstehenden Inhalte und Methoden.

**Zielgruppen:** Rehabilitand\*innen in den Stadien der Absichtslosigkeit, Absichtsbildung oder Vorbereitung.

### **Inhalte und Methoden zur Aufklärung über Gesundheitsrisiken körperlicher Inaktivität (Steigerung des Problembewusstseins und von Risikowahrnehmungen)**

Informationen zu Folgen von Bewegungsmangel und zu den Effekten körperlicher Aktivität (→ C5: Effektwissen).

- Informationen zu Zusammenhängen von körperlicher Aktivität und Erkrankungen; Problembewusstsein steigern
- Individuelle Daten zum Aktivitätsverhalten oder zu Körperfunktionen nutzen, um persönliche Risiken zu veranschaulichen und Motivationsimpulse zu setzen.
- Informationen zu den gesundheitsförderlichen Wirkungen von Bewegung

### **Inhalte und Methoden zur Veränderung von (kognitiven) Einstellungen und Ergebniserwartungen**

**Entscheidungsbalance** (Abwägen von Vor- und Nachteilen). Gelegenheit geben, die eigene Sichtweise auf den Nutzen von Bewegung (z. B. Gesundheitsnutzen, Wiedererlangung von Fähigkeiten und Aktivitäten, soziale Teilhabe in Sport- und Bewegungsgruppen) zu besprechen und festzuhalten.

Thematisierung von positiven Konsequenzen und Ergebnissen eigenen Verhaltens. Gelegenheiten schaffen, um die bisher erreichten Ergebnisse z. B. mit Blick auf Gesundheitsziele (→ C2) zu thematisieren.

### **Inhalte und Methoden zur Ermöglichung positiver (affektiver) Bewegungserfahrungen (tätigkeitsbezogen)**

Methoden nutzen, die Veränderungen des Befindens direkt nach sportlicher Aktivität verdeutlichen (z. B. durch Einsatz von Befindensskalen vor und nach der Aktivität).

### **Strategien zur Ermöglichung positiver affektiv-emotionaler Reaktionen auf körperliche Aktivität**

- Einsatz von Outdoor-Aktivitäten
- Einsatz von Musik
- Selbständige Wahl der Intensität der körperlichen Aktivität
- Positives, aufmunterndes Feedback
- Nutzung neuer digitaler Technologien (z. B. immersive virtuelle Realitäten)

### **Strategien zur Aufmerksamkeitslenkung auf den Bewegungsvollzug**

- Aktivitäten, die „fließende“ kontrollierte Bewegungsformen beinhalten und das „Versinken“ in die Bewegungsaktivität ermöglichen (z. B. Qi Gong).
- Rhythmische Aktivitäten (z. B. mit Harmonisierung zur Musik).
- Aktivitäten in der Gruppe, durch die ein Mehrwert für das Erleben von Bewegung entsteht

### **Spielerorientierte Ansätze in bewegungstherapeutischen Gruppen**

- „Kleine Spiele“, die wenig körperlich-motorische Vorerfahrungen und keine Regelkenntnisse der „Großen Spiele“ (wie Volleyball, Basketball etc.) verlangen
- Bewegungsaufgaben in Gruppen, in denen für die Aufgabenbewältigung eine Zusammenarbeit erforderlich ist
- Koordinationsaufgaben mit spielerischer Einbettung.

Weitere und vertiefte Informationen (siehe [Langversion](#) S. 49f.)

## C7: Individuelle Präferenzen berücksichtigen und passende Aktivität finden

**(C7)** In der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand\*innen dazu befähigt werden, Bewegungsformen im Einklang mit ihren Motiven, Präferenzen und Möglichkeiten beurteilen, auswählen und betreiben zu können.

### Hintergrund

Rehabilitand\*innen werden in der Regel mit einer Vielfalt unterschiedlicher Bewegungsformen bekannt gemacht, so dass sie besser einschätzen können sollen, welche Art der sportlichen Betätigung sie sich zukünftig vorstellen können.

Eine gezielte Befähigung der Rehabilitand\*innen, Bewegungsformen im Einklang mit ihren Motiven, Präferenzen und Möglichkeiten auswählen und betreiben zu können, kann auf eine Steigerung der motivationalen Kompetenz für Sport und Bewegung ausgerichtet sein (→ A2). Inhalte und Methoden dazu können in bewegungstherapeutischen Gruppenangeboten erfolgen. Erleichtert wird die Umsetzung durch unterstützende Arbeitsmaterialien für Rehabilitand\*innen sowie für Therapeut\*innen (siehe dazu die Langversion).

Zielgruppe: Rehabilitand\*innen, die eine Absicht für die Weiterführung sportlicher Aktivität aufbauen bzw. verfolgen, aber nicht sicher benennen können, welche Sport- und Bewegungsformen für sie attraktiv sind.

Rehabilitand\*innen, die angesichts eines veränderten Gesundheitszustands unsicher sind, welche Sport- und Bewegungsformen für sie passend sein können bzw. wie diese auf ihre individuellen Möglichkeiten angepasst werden könnten.

### Inhalte und Methoden zur Identifikation der individuellen Motiv- und Zielstruktur und Präferenzen

- Auseinandersetzung mit den eigenen Motiven, Zielen und Präferenzen (z. B. anhand standardisierter Fragebogen mit Rückmeldung zum Motiv- und Zielprofil (→ C1))
- Thematisierung von Vorerfahrungen mit Sport/Bewegung sowie Präferenzen und Abneigungen (z. B. in einem Eingangsgespräch und/oder Assessment)
- Sensibilisierung für die Wichtigkeit einer Passung zwischen individuellen Motiven bzw. Zielen und den Sport- und Bewegungsformen für das Dabeibleiben und Wohlbefinden bei sportlicher Betätigung

### Inhalte und Methoden zur Bekanntmachung, Erprobung und Reflexion vielfältiger Bewegungserfahrung

- Bekanntmachung mit unterschiedlichen Sport- und Bewegungsformen und sammeln vielfältiger Bewegungserfahrungen
- Anregung zur Reflexion der verschiedenen Sport- und Bewegungsformen vor dem Hintergrund der eigenen Motive, Ziele und Präferenzen und Befähigung zur Identifikation passender Sportaktivitäten
- Empfehlung zur Erprobung bzw. Auswahl spezifischer Therapieangebote und geeigneter Bewegungsformen für den Reha-Zeitraum auf Basis der individuellen Ziele, Motive und Präferenzen

Weitere und vertiefte Informationen (siehe [Langversion](#) S. 54f.)

## C8: Absichten abschirmen und Verhalten planen

**(C8)** In der Bewegungstherapie sollen die Rehabilitand\*innen dazu befähigt werden, ihre bewegungsbezogenen Absichten in tatsächliches regelmäßiges Bewegungsverhalten umzusetzen. Dies beinhaltet die Überwindung von inneren und äußeren Barrieren und das Abschirmen bewegungsbezogener Absichten gegenüber konkurrierenden Betätigungsmöglichkeiten.

### Hintergrund

Für das Bewegungsverhalten zeigt sich häufig das Phänomen, dass gefasste Absichten nicht in die Tat umgesetzt werden. Personen gelingt es somit häufig nicht, situative Barrieren zu überwinden, die sie von körperlichen Aktivitäten abhalten.

Zur Unterstützung der Zielverfolgung können volitionalen Strategien eingesetzt werden. Dabei handelt es sich um Inhalte und Methoden zur Handlungs- und Bewältigungsplanung sowie zur Selbstbeobachtung des Verhaltens oder von Verhaltensergebnissen. Rehabilitand\*innen können zur Stärkung volitionaler Prozesse dadurch unterstützt werden,

- Dass Therapeut\*innen volitionale Techniken während der Reha nutzen und anleiten (z. B. konkrete Planungsschritte für die Verhaltensumsetzung besprechen und gemeinsam festhalten);
- Dass Rehabilitand\*innen dazu befähigt werden, für sie passende Strategien auch nach einer Reha zu nutzen.

Für die Bewegungstherapie liegen einige Arbeitsmaterialien zur Umsetzung solcher Inhalte und Methoden vor. Sie sind häufig in umfassendere Programme zur Unterstützung von Verhaltensänderungen eingebunden.

**Zielgruppe:** Rehabilitand\*innen, die bereits für eine Verhaltensänderung motiviert sind und erste bewegungsbezogene Ziele und Absichten formulieren können (→ C2).

### Inhalte und Methoden zur Handlungs- und Bewältigungsplanung

Im Kern der **Handlungsplanung** werden bewegungsbezogene Ziele konkretisiert und darauf aufbauend ein Handlungsplan erstellt. Hilfreich dafür sind die 5 W-Fragen: Was?, Wo?, Wann?, Mit wem? und Wie?. Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Dabei sollte der Handlungsplan auch die Zeit nach dem Rehabilitationsaufenthalt berücksichtigen.

Mit der **Bewältigungsplanung** werden mögliche Barrieren gegen die Umsetzung des Handlungsplans identifiziert und konkrete Bewältigungsstrategien entwickelt.

### **Inhalte und Methoden zur Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstbelohnung**

- **Selbstbeobachtung** des Verhaltens, z. B. durch Anwendung von Aktivitätstagebüchern, Trainingsdokumentationen oder app-basierten Aktivitätstrackern, um das tatsächlich umgesetzte Verhalten mit den Zielen und Plänen abzugleichen.
- **Selbstbelohnungen**. Positive Selbstbewertungen oder sog. extrinsische Selbstbelohnungen („sich etwas gönnen“) bei erfolgreicher Verfolgung von (Teil-)Zielen.
- **Umgang mit Misserfolgen**, Rückfallprophylaxe. Selbstbeobachtung zur Analyse der Ursachen und als Basis für die Entwicklung von Gegenmaßnahmen

### **Weitere Inhalte und Methoden zur Unterstützung einer Verhaltensumsetzung**

- **Ermunterung** für soziale Unterstützung (z. B. im Rahmen der Handlungs- und Bewältigungsplanung).
- **Verbindlichkeit** schaffen mit Verhaltensverträgen (z. B. Erreichen selbstständig formulierter Aktivitätsziele).

Weitere und vertiefte Informationen (siehe [Langversion](#) S. 56f.)

## C9: Weiterführung am Wohnort

**(C9)** In der Bewegungstherapie sollten Rehabilitand\*innen umfassend über Bewegungsangebote und -möglichkeiten für die Zeit nach ihrer medizinischen Rehabilitation beraten werden. Dies beinhaltet Informationen zur Rehabilitationsnachsorge, zur Teilnahme am Rehabilitationssport und Gesundheitssport sowie zu weiteren passenden Bewegungsangeboten.

### Hintergrund

Für die Nachhaltigkeit der in der medizinischen Rehabilitation erzielten Wirkungen und die Verfolgung individueller Ziele sind Angebote der Rehabilitationsnachsorge von großer Bedeutung. Daher sollten Rehabilitand\*innen umfassend über Möglichkeiten zur Fortführung ihrer körperlichen Aktivität informiert und beraten werden.

**Zielgruppe:** Alle Rehabilitand\*innen.

### Hinweise für Bewegungsmöglichkeiten nach der Reha:

- Die Nachsorgeangebote der DRV wie IRENA und T-RENA bzw. die Möglichkeiten der digitalen Reha-Nachsorge (siehe [www.nachderreha.de](http://www.nachderreha.de)).
- Die Angebote des Rehabilitationssports und Funktionstrainings gemäß der BAR-Rahmenempfehlung ([www.bar-frankfurt.de](http://www.bar-frankfurt.de)). Für weitere Informationen siehe [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Reha-Nachsorge/Reha-Sport/reha-sport\\_node.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Reha-Nachsorge/Reha-Sport/reha-sport_node.html)
- Das breite Angebot des Gesundheitssports in den Sportvereinen mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT des Deutschen Olympischen Sportbunds (DOSB). Für wohnortnahe Angeboten siehe die Bewegungslandkarte des DOSB: <https://bewegungslandkarte.de/>
- Die Angebote von Fitness- und Gesundheitseinrichtungen. Diese können geeignet sein, wenn eine qualifizierte Betreuung durch Personen aus Bewegungsfachberufen (Sportwissenschaft, Physiotherapie) vorhanden ist. Rehabilitand\*innen können beraten werden, auf eine entsprechende qualifizierte Betreuung zu achten. Auch können Güte- oder Qualitätssiegel anerkannter Institutionen Hinweise auf qualitätsgesichertes Vorgehen geben.
- Zunehmend entstehen auch digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) für den Bereich der Bewegungsförderung, siehe <https://diga.bfarm.de/de>. Bzgl. Eignung für die Reha-Nachsorge bedarf es hier einer fachlichen Einschätzung durch Akteure des Reha-Teams.

Nach der Rehabilitation können auch Präventionskurse der Krankenkassen gemäß § 20 SGB V Unterstützung für eigenständige Bewegung bieten. Zudem bieten Selbsthilfeorganisationen Beratung zu Bewegung und Kontakt zu Bewegungsanbietern an.

Weitere und vertiefte Informationen (siehe [Langversion](#) S. 60f.)

# Literatur

Die Quellenangaben zu der im Text verwendeten Literatur finden sich in der Langversion.

Weitere und vertiefte Informationen (siehe [Langversion S. 62ff.](#))





Deutsche  
Rentenversicherung