



Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation

→ Praxisempfehlungen für die Bewegungstherapie





Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation – Praxisempfehlungen für die Bewegungstherapie

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.

Erarbeitet von:

Prof. Dr. Klaus Pfeifer, Dr. Wolfgang Geidl, Dr. Andrés Jung

Department für Sportwissenschaft und Sport, Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg

Prof. Dr. Gorden Sudeck, Leon Matting

Institut für Sportwissenschaft, Eberhard Karls Universität Tübingen

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Klaus Pfeifer

Department für Sportwissenschaft und Sport

Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg

Gebberstr. 123b, 91058 Erlangen

Tel.: +49-9131-8525456

E-Mail: klaus.pfeifer@fau.de

An der Entwicklung der Praxisempfehlungen beteiligte Expertinnen und Experten sowie Institutionen:

Natalie Boß (Frankenland-Klinik Bad Windsheim), **Lukas Born** (Deutsche Rentenversicherung Bund), **Anna Brandmeier** (Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg), **Dr. Susanne Dibbelt** (Institut für Rehabilitationsforschung Norderney (IfR)), **Gabi Eichner** (Rehafachzentrum Bad Füssing – Passau), **Dr. Eva Grüne** (Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg), **Daniela Hauff** (Klinik Hochstaufen Bayerisch Gmain), **Jörg Heimsoth** (Reha-Zentrum Oldenburg), **Prof. Dr. Meike Hoffmeister** (Dr. Becker Klinik Norddeich, Klinik für Orthopädie), **Dr. Stephan Kinkel** (Schwarzwaldklinik Reha-Zentrum), **Martin Kleinhans** (Reha-Zentrum Schömburg der DRV-Bund, Klinik Schwarzwald), **Werner Kreutter** (BWLV Fachklinik Tübingen), **Florian Langhirt** (Universität Tübingen), **Matthias Limbach** (Klinik Bad Reichenhall), **Eva Lorenz** (Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg), **Julian Resch** (Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg), **Dr. Stephanie Rosenstiel** (Institut für Sportwissenschaft – Eberhard Karls Universität Tübingen), **André Arik Schuber** (Universität der Bundeswehr München), **Dr. Wilfried Schupp** (Privatpraxis „Neurologie & Rehabilitation“ Fürth), **Konstantin Skriptschenko** (Asklepios Klinik Am Kurpark Bad Schwartau), **Thomas Sommer** (Friedrich-Alexander Universität Erlangen-Nürnberg), **Tilo Späth** (VITREA Rehazentren Karlsruhe und Ulm GmbH), **Dr. Rene Streber** (Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS)), **Michael Stürmer** (MEDIAN Klinik Wied), **Eva Volke** (Deutsche Rentenversicherung Bund), **Ina Zurmühlen** (Klinik Teutoburger Wald),

Arbeitsgruppe Bewegungstherapie der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW); Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS), Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung e.V. (ZePG).

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Einleitung	6
Hintergrund	6
Ziele der Praxisempfehlungen	7
Indikationsübergreifende Ausrichtung	7
Entwicklung der Praxisempfehlungen	7
Struktur der Praxisempfehlungen	8
Gesamtübersicht aller Praxisempfehlungen	10
Glossar	11
Praxisempfehlungen Teil A:	
Grundprinzipien einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie	13
A1: Individuell angepasstes Bewegungsverhalten unterstützen	13
A2: Rehabilitand*innen befähigen	14
A3: Person-Orientierung	18
A4: Interdisziplinäre Zusammenarbeit	21
Praxisempfehlungen Teil B:	
Didaktisch-methodische Umsetzung	23
B1: Verknüpfung von Trainieren, Üben, Lernen und Erleben	23
B2: Bedeutung von Bewegungserfahrungen	26
Praxisempfehlungen Teil C:	
Konkrete Therapigestaltung	28
C1: Assessment	28
C2: Bewegungsbezogene Therapieziele	33
C3: Körperlich-motorische Voraussetzungen optimieren	38
C4: Zutrauen fördern	40
C5: Wissen vermitteln und Steuerungskompetenz fördern	43
C6: Motivation und positive Bewegungserfahrungen	49
C7: Individuelle Präferenzen berücksichtigen und passende Aktivität finden	54
C8: Absichten abschirmen und Verhalten planen	56
C9: Weiterführung am Wohnort	60
Literatur	62

Vorwort

Regelmäßige körperliche Aktivität zählt zu den wirkungsvollsten Interventionen zur Förderung der Gesundheit. Für Menschen mit chronischen Erkrankungen ist nachgewiesen, dass Bewegung die körperliche Funktionsfähigkeit verbessert, die Krankheitsbewältigung unterstützt und langfristig zur Stabilisierung der Gesundheit beiträgt. Bewegungstherapie stellt mit einem breiten Spektrum an therapeutischen Leistungen deshalb ein zentrales Behandlungselement für alle Indikationen in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung dar.

Um die Bewegungstherapie mit dem Ziel einer nachhaltigen Bewegungsförderung zukünftig noch stärker in den Fokus der medizinischen Rehabilitation zu stellen, hat die Deutsche Rentenversicherung die Entwicklung von Praxisempfehlungen für die Bewegungstherapie als wissenschaftliches Projekt gefördert.

Als Orientierungshilfe unterstützen die Praxisempfehlungen Reha-Einrichtungen und Bewegungstherapeut*innen bei der Gestaltung und Umsetzung einer bewegungsförderlichen, kompetenzorientierten Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation. Sie ermöglichen effektives Handeln und geben dem interprofessionell zusammenarbeitenden Reha-Team konkrete Impulse für eine qualitativ hochwertige Bewegungsförderung.

Die Praxisempfehlungen beziehen sich thematisch auf die Bereiche Grundprinzipien, Didaktisch-methodische Umsetzung und Konkrete Therapiegestaltung. Erläuternde Hintergrundtexte und vertiefende Informationen runden die Empfehlungen ab.

Aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung leisten die Praxisempfehlungen damit einen wichtigen Beitrag zur evidenzbasierten Weiterentwicklung der Bewegungstherapie sowie mittelbar auch der medizinischen Rehabilitation. Rehabilitationseinrichtungen und Bewegungstherapeut*innen wird empfohlen, ihre Konzepte an den Praxisempfehlungen für die Bewegungstherapie auszurichten.

Dr. Marco Streibelt
Leiter des Dezernats Reha-Wissenschaften

Einleitung

Hintergrund

Bewegungstherapie ist ein substanzieller Bestandteil der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Über alle Indikationsbereiche hinweg machen bewegungstherapeutische Leistungen den größten Anteil an den gesamten Leistungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation aus (Brüggemann et al. 2018). Eine zentrale Zielstellung der Bewegungstherapie ist dabei die Bewegungsförderung, basierend auf der Entwicklung individueller Kompetenzen für die Initiierung und Aufrechterhaltung eines körperlich aktiven Lebensstils (Deutsche Rentenversicherung 2014).

Bewegungsförderung als Ziel der medizinischen Rehabilitation ist eine Chance und Herausforderung zugleich. Die Chance der Bewegungsförderung besteht in der nachhaltigen Nutzung der umfassenden gesundheitsförderlichen Wirkungen regelmäßiger körperlicher Aktivität, die für eine Vielzahl nicht-übertragbarer Erkrankungen nachgewiesen sind (Pedersen und Saltin 2015; Dibben et al. 2024). Ein körperlich inaktiver Lebensstil ist insbesondere bei Menschen mit nichtübertragbaren Erkrankungen aber weit verbreitet (Brawner et al. 2016; Barker et al. 2019; Sudeck et al. 2021; Marks-Vieeen et al. 2024), was die Bedeutung der Bewegungsförderung noch einmal verdeutlicht. Die Herausforderung liegt in der anspruchsvollen Aufgabe, das Bewegungsverhalten von Rehabilitand*innen nachhaltig zu fördern.

Maßnahmen der Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie beruhen – wie die gesamte Rehabilitation – auf einem biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit, das auch dem Modell der funktionalen Gesundheit bzw. der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (WHO 2001) zugrunde liegt. Diese ganzheitliche, biopsychosoziale Zugangsweise ermöglicht eine Einbeziehung der vielfältigen person- und umweltbezogenen Einflussfaktoren des Bewegungsverhaltens. So können neben den körperlichen Voraussetzungen der Rehabilitand*innen z. B. auch deren bewegungsbezogene Einstellungen, Überzeugungen und Wissensbestände sowie deren soziale und bauliche Umwelt am Wohnort berücksichtigt werden.

Darauf aufbauend zielen kompetenzorientierte Interventionsansätze in der Bewegungstherapie darauf ab, Rehabilitand*innen zu befähigen, einen körperlich aktiven Lebensstil zu entwickeln und beizubehalten, um die Gesundheitsressourcen zu stärken und die Krankheitsbewältigung zu unterstützen (Deutsche Rentenversicherung 2014). Eine solchermaßen gestaltete Bewegungstherapie zeichnet sich durch eine systematische Kombination von Trainieren und Üben, Lernen und Erleben und Erfahren aus (Pfeifer und Sudeck 2020). In einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie wird gelernt und beraten, motiviert und diskutiert, geübt und trainiert, unterstützt und geplant, gespielt und gelacht, erlebt und reflektiert. Entsprechende, biopsychosozial ausgerichtete Konzepte werden zunehmend auch in der Gesundheitsversorgung im internationalen Raum diskutiert und gefordert, um die Wirkungen der Bewegungstherapie bzw. die positiven Gesundheitswirkungen von körperlicher Aktivität nachhaltig zu sichern (Dean 2009; Dean et al. 2011; Elvén et al. 2015; McGrane et al. 2015; Lein et al. 2017; Rethorn et al. 2022).

Ziele der Praxisempfehlungen

Die hier vorliegenden **Praxisempfehlungen Bewegungsförderung** sollen zur Verbesserung der Planung, Durchführung und Qualitätssicherung einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie beitragen (Geidl et al. 2022). Sie zielen darauf ab, das Rehabilitationsteam und insbesondere die Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten bei der Gestaltung, Umsetzung und Bewertung einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie zu unterstützen. Dies betrifft insbesondere die folgenden Kernprozesse bzw. -elemente (Werle et al. 2006): 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 somit auf alle Indikationsbereiche in der medizinischen Rehabilitation und sind deshalb indikationsübergreifend formuliert. Sie greifen zentrale und indikationsübergreifend relevante Problemlagen der Rehabilitand*innen auf (z. B. reduzierte Fitness, bewegungsbezogene Unsicherheit und Ängste oder Vermeidungsüberzeugungen, geringe Motivation etc.) und ermöglichen eine gezielte Nutzung passender Therapieelemente.

Entwicklung der Praxisempfehlungen

Die Praxisempfehlungen 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 Rehabilitand*innen eine große Rolle.

Als Ausgangspunkt dienten zwei systematische Literaturübersichten zu den Konzepten (Matting et al. 2025) und der Wirkung (Jung et al. 2024) bewegungsförderlicher Bewegungstherapie sowie die in einem vorhergehenden Projekt identifizierten Optimierungspotenziale der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation (Geidl et al. 2022). Eine auf dieser Basis entwickelte Entwurfsfassung der Praxisempfehlungen wurde in zwei Expertenworkshops gemeinsam mit insgesamt 26 Expertinnen und Experten aus der Rehabilitationspraxis und Wissenschaft diskutiert und weiterentwickelt. Zusätzlich flossen die Rückmeldungen aus drei Fokusgruppen mit insgesamt 21 Rehabilitand*innen in die Entwicklung ein. In einem nachfolgenden Online-Abstimmungsverfahren und einem dritten Online-Treffen mit den Akteurinnen und Akteuren aus Wissenschaft und Praxis wurden die Praxisempfehlungen konsentiert und in eine Konsultationsfassung mit Hintergrundtexten überführt. Schließlich wurden die Praxisempfehlungen und Hintergrundtexte in einem bundesweiten Konsultationsverfahren den leitenden Bewegungstherapeuten und Bewegungstherapeutinnen sowie den Chefärztinnen und Chefarzten aller (ca. 1200) Fachabteilungen der medizinischen Rehabilitation für Erwachsene zur Bewertung und Kommentierung zugänglich gemacht. Basierend auf den Rückmeldungen erfolgte eine weitere Anpassung und im abschließenden Expertenworkshop eine finale Konsentierung.

Struktur der Praxisempfehlungen

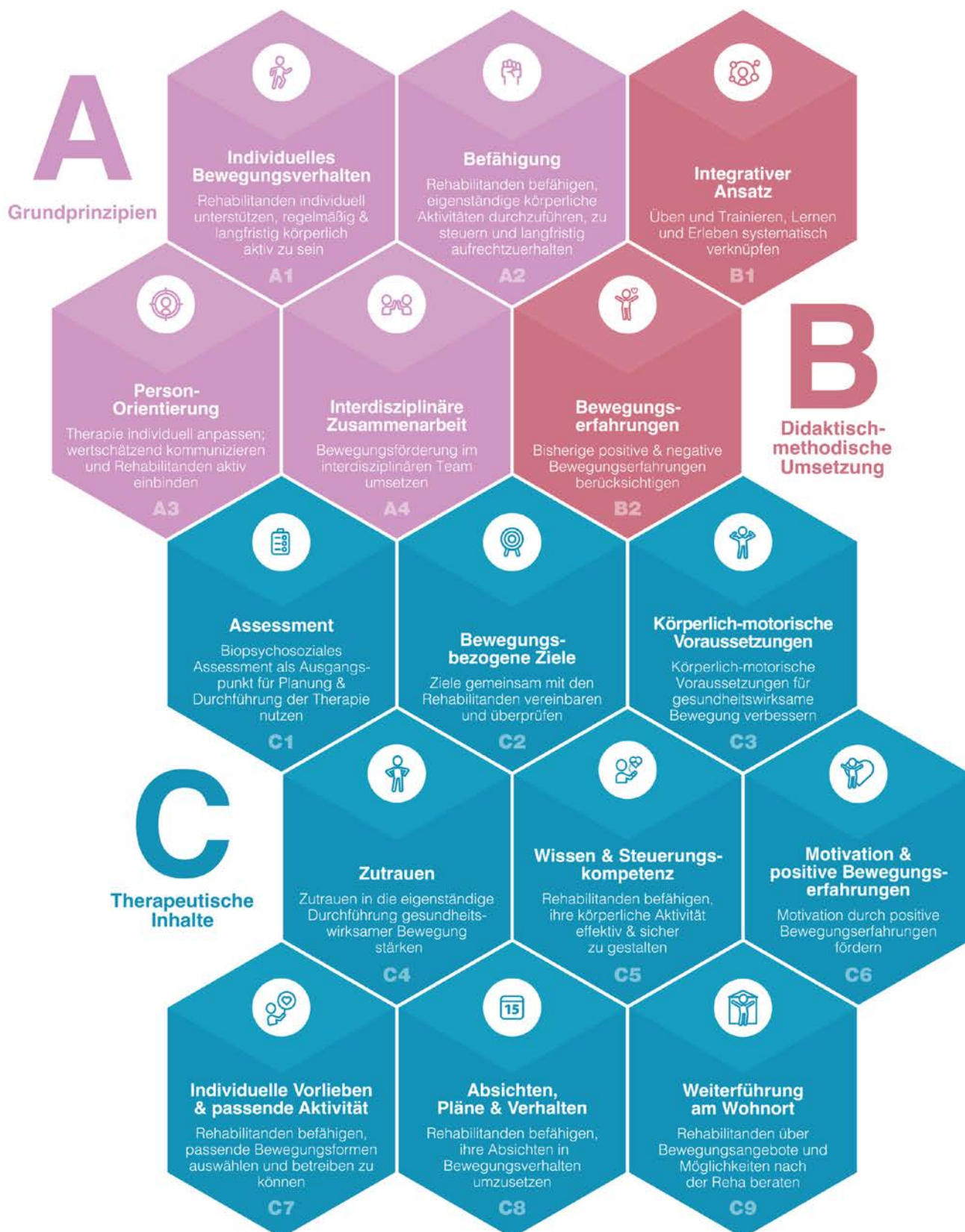
Die Praxisempfehlungen sind in drei Bereiche untergliedert (siehe Abbildung 1).

- 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, Therapiedurchführung 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 Rehabilitand*innen im Rahmen der bewegungstherapeutischen Praxis.

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

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.

Glossar

Begriff	Erläuterung
Affektive Einstellungen	Emotionale Reaktionen oder Gefühle gegenüber einem bestimmten Verhalten, z. B. Freude an Bewegung oder auch Abneigung gegenüber körperlicher Aktivität.
Affektiv-emotional	Bezieht sich auf Gefühle und Emotionen, die eine Handlung oder Entscheidung beeinflussen.
Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz (BGK)	Zusammenspiel kognitiver und motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten, die nötig sind, um gesundheitsförderliche körperliche Aktivitäten ausführen zu können, sowie den damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften bzw. Fähigkeiten zur erfolgreichen und kritisch-reflektierten Einbettung gesundheitsförderlicher körperlicher und sportlicher Aktivität in variable Situationen des Alltags.
Bewegungskompetenz	Motorische Fähigkeiten und Fertigkeiten inkl. Fähigkeiten zur Körper- und Bewegungswahrnehmung und zur sensomotorischen Steuerung, die zur Bewältigung motorischer Anforderungen gesundheitswirksamer Bewegung erforderlich sind. Menschen mit einer hohen Bewegungskompetenz sind in der Lage, eine Vielzahl gesundheitsförderlicher körperlicher und sportlicher Aktivitäten auszuüben.
Effektwissen	Wissen über die Wirkungen und Vorteile von körperlicher Aktivität auf Gesundheit und Wohlbefinden.
Externaler Motivationsmodus	Motivation, die durch äußere Faktoren wie Belohnung, Druck oder soziale Anerkennung bestimmt ist.
Handlungswissen	Praktisches Wissen darüber, wie man ein bestimmtes (Bewegungs-)Verhalten im Alltag umsetzen kann.
Identifizierter Motivationsmodus	Form der Motivation, bei der ein Verhalten als persönlich wichtig erkannt und deshalb ausgeführt wird.
Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	Klassifikationssystem der WHO zur Beschreibung von Komponenten von Gesundheit: Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe, sowie person- und umweltbezogener Kontextfaktoren.
Interner Motivationsmodus	Motivation, die aus eigenem Interesse oder Freude an der Handlung selbst entsteht.
Kognitiv-rationale Einstellungen	Auf Überlegungen und Bewertungen beruhende Haltungen gegenüber einem Verhalten (z. B. „Bewegung ist gesund“).
Körperliche Aktivität	Jegliche durch Skelettmuskulatur erzeugte Bewegung, die zu einem Anstieg des Energieverbrauchs führt. Körperliche Aktivität umfasst das gesamte Spektrum von sportlichen Aktivitäten bis hin zu Alltagsaktivitäten in der Freizeit, bei der eigenständigen Fortbewegung oder bei Haus- und Gartenarbeit.
Körperlich-aktiver Lebensstil	Lebensweise, die regelmäßige körperliche Aktivität in den Alltag integriert.
Motivation	Innerer Antrieb, der Verhalten initiiert, lenkt und aufrechterhält.
Motivationale Verhaltensdeterminanten	Faktoren, die die Entstehung von Motivation für ein bestimmtes Verhalten beeinflussen (z. B. Einstellungen, Ziele).

Begriff	Erläuterung
Selbstregulationskompetenz	Fähigkeit, sich auf der Grundlage selbstbestimmter Motivation persönliche Ziele für gesundheitsfördernde körperliche Aktivität zu setzen und diese regelmäßig im Alltag umzusetzen, auch wenn Hindernisse (z. B. schlechtes Wetter) und konkurrierende Absichten (z. B. die Lieblingsserie im Fernsehen) auftreten. Diese Teilkompetenz der BGK baut auf motivationalen und volitionalen Determinanten des Bewegungsverhalten (z. B. Einstellungen, Motivstruktur, Selbstwirksamkeit) auf.
Selbstwirksamkeit / Selbstwirksamkeitsüberzeugungen	Überzeugung, eine bestimmte Handlung erfolgreich ausführen zu können.
Steuerungskompetenz	Fähigkeit, körperliche Belastungen basierend auf Kenntnissen über körperliche und sportliche Aktivitäten (z. B. Kenntnisse über Trainingsmethoden, Belastungsdosierung, Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden) und mithilfe einer gut entwickelten Körper- und Bewegungswahrnehmung zu kontrollieren (z. B. Bewegungsausführung, Herzfrequenz, wahrgenommene Anstrengung, affektiver Zustand), wodurch Über- oder Unterforderung sowie Unbehagen oder unangemessene körperliche Beanspruchung vermieden werden.
Volition	Willensprozesse, die notwendig sind, um eine motivierte Handlung auch tatsächlich auszuführen.
Volitionale Verhaltensdeterminanten	Faktoren, die die Umsetzung von Verhalten beeinflussen, z. B. Handlungsplanung oder Umgang mit Barrieren.

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 als Gesundheitsstrategie zielt darauf ab, die Funktionsfähigkeit von Menschen, die mit einer Erkrankung leben, im Sinne des biopsychosozialen Gesundheitsmodells der ICF zu optimieren (Deutsche Rentenversicherung Bund 2009). Dazu gehört, die Auswirkungen der Erkrankung auf den Alltag der Betroffenen zu verringern und sie dabei zu unterstützen, trotz etwaiger Einschränkungen möglichst unabhängig zu bleiben und ihre berufliche Funktionen sowie die Ausübung ihrer Rollen in Familie und Gesellschaft bestmöglich aufrechtzuerhalten (ebd.). Dies beinhaltet die Verlangsamung des Fortschreitens der Erkrankung, die Verringerung bereits aufgetretener Beeinträchtigungen von Funktionen und Aktivitäten sowie die Verhinderung langfristiger Benachteiligungen in Bezug auf die gesellschaftliche Teilhabe (ebd.).

Körperliche Aktivität ist ein Schlüssel für die Verbesserung der Funktionsfähigkeit und das Erreichen der Rehabilitationsziele. So profitieren Menschen mit unterschiedlichsten Erkrankungen von körperlichem Training und einem körperlich aktiven Lebensstil. Für die in der Rehabilitation dominierenden nichtübertragbaren Erkrankungen, wie etwa kardiovaskuläre Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Atemwegserkrankungen, Typ-2-Diabetes mellitus, Depression, Rückenschmerzen und Arthrose, verbessern körperliche Aktivitäten den Krankheitsverlauf, die Symptomatik sowie das Risiko für Folge- und Begleiterkrankungen sowie das Sterblichkeitsrisiko (Pedersen und Saltin 2015; U.S. Department of Health and Human Services 2018; Geidl et al. 2020b; Dibben et al. 2024).

Körperlich inaktive Lebensstile sind allerdings insbesondere bei Menschen mit nichtübertragbaren Erkrankungen weit verbreitet (Brawner et al. 2016; Barker et al. 2019; Sudeck et al. 2021; Marks-Vieveen et al. 2024). Deshalb ist die Förderung regelmäßiger körperlicher Aktivität ein zentrales Ziel in aktuellen Rehabilitationskonzepten, um das Potenzial zur Erreichung der ICF-basierten Rehabilitationsziele (d. h. Aufrechterhaltung von Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten und Teilhabe der Rehabilitand*innen) langfristig auszuschöpfen.

Einen allgemeinen Orientierungspunkt für die Bewegungsförderung bieten die Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (Rütten und Pfeifer 2017). Für Menschen mit einer nichtübertragbaren Erkrankung wird – genauso, wie für die gesamte erwachsene Bevölkerung – empfohlen,

- Möglichst mindestens 150 Minuten/Woche aerobe körperliche Aktivität mit moderater Intensität (z. B. 5x30 Minuten/Woche) **oder**
- Mindestens 75 Minuten/Woche aerobe körperliche Aktivität mit höherer Intensität **oder**
- Eine entsprechende Kombination aerober körperliche Aktivität beider Intensitäten **und**
- Zusätzlich zweimal wöchentlich muskelkräftigende Übungen durchzuführen.

Allerdings wird nicht jede Rehabilitandin und jeder Rehabilitand immer in der Lage sein, diese allgemeinen Bewegungsempfehlungen zu erfüllen. Für einige und in bestimmten Lebenslagen kann ein geringeres Ausmaß an Bewegung genau richtig sein. Entsprechend wird in den Empfehlungen ebenfalls gefordert, die Einzigartigkeit eines jeden Menschen mit einer nichtübertragbaren Erkrankung und mögliche Anpassungsbedarfe zu berücksichtigen (Pfeifer und Geidl 2017; Geidl et al. 2020a):

- Erwachsene mit einer chronischen Erkrankung sollten in Phasen, in denen sie sich nicht so bewegen können, wie es die Empfehlungen nahelegen (z. B. aufgrund der Krankheitsschwere, Symptomatik oder körperlicher Funktionsfähigkeit), so aktiv sein, wie es ihre aktuelle Situation zulässt.
- Sie sollten beim Einstieg in einen körperlich aktiven Lebensstil bzw. in ein körperliches Trainingsprogramm gemeinsam mit einer Person aus einem Bewegungsfachberuf die Bewegungsdosis (d. h. Bewegungsart, Trainingsintensität, -dauer und -frequenz) individuell anpassen, um die Sicherheit und Effektivität körperlicher Aktivität zu gewährleisten.
- In Phasen der Krankheitsprogression, mangelnder Krankheitskontrolle oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes sollten sie einen professionellen Rat von Personen aus Gesundheitsfachberufen einholen, da z. B. veränderte körperliche Aktivitäten oder sogar eine Aktivitätspause notwendig sein können.

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 (BGK) als Ziel der Bewegungstherapie

Eine bedeutende Zielsetzung der Rehabilitation besteht darin, Rehabilitand*innen zu befähigen, angemessen und eigenverantwortlich mit ihrer Erkrankung umzugehen. Deshalb ist der Aufbau von individuellen Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung ein zentrales Element der Rehabilitation.

Im Einklang damit ist eine kompetenzorientierte Ausrichtung auch für die Bewegungstherapie von Bedeutung. In der aktuellen Version der Klassifikation therapeutischer Leistung (KTL) der Deutschen Rentenversicherung (Deutsche Rentenversicherung 2025) werden bewegungsbezogene Zielsetzungen beschrieben. Dabei werden Aspekte der Kompetenzorientierung in Verbindung mit Bewegungsförderung sowie der Bewältigung von Gesundheitsbeeinträchtigungen gebracht:

„Leistungen der Sport und Bewegungstherapie adressieren ausdrücklich sowohl körperliche als auch emotionale, soziale und verhaltensbezogene Zielsetzungen. Im Zentrum steht die Entwicklung individueller Kompetenzen, welche 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).

Vor diesem Hintergrund kann die bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz als ein ressourcenorientiertes Ziel für bewegungstherapeutische Maßnahmen betrachtet werden (Pfeifer et al. 2013; Pfeifer und Sudeck 2022). Damit sind individuelle Kompetenzen gemeint, die für die Initiierung und Aufrechterhaltung eines gesundheitswirksamen Bewegungsverhaltens von Bedeutung sind (Sudeck et al. 2023). Dementsprechend bezieht sich die KTL der Deutschen Rentenversicherung bei der Formulierung der Ziele einzelner bewegungstherapeutischer Leistungen auf die bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz bzw. auf deren Teilkompetenzen (d. h. Bewegungskompetenz, Steuerungskompetenz, Selbstregulationskompetenz). Diese drei Teilkompetenzen bilden auch die inhaltlichen Bezugspunkte der Praxisempfehlung A2.

Was genau ist bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz?

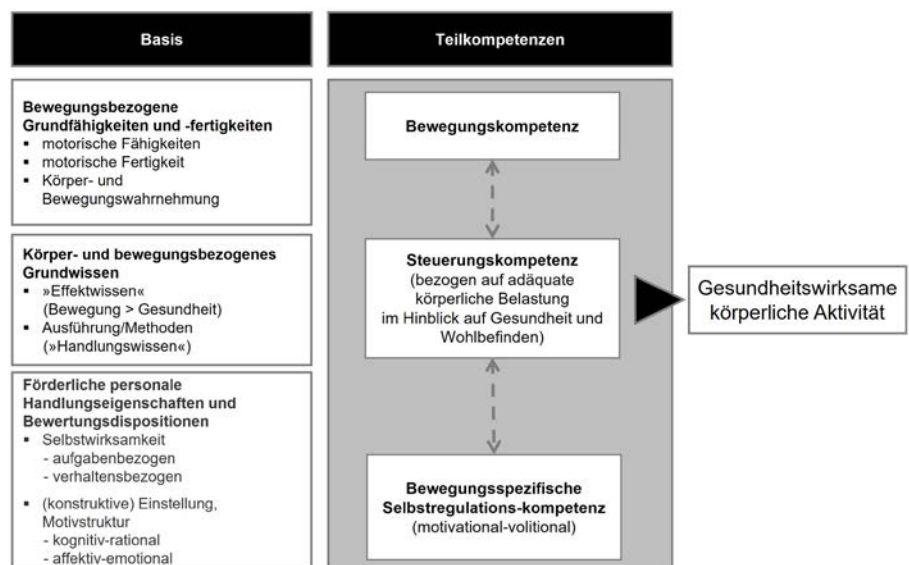
Die bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz umfasst drei Teilkompetenzen. Diese können aus den persönlichen Voraussetzungen für eigenständige gesundheitswirksame Bewegung abgeleitet werden (Pfeifer und Sudeck 2020; Pfeifer und Sudeck 2022):

Bewegungskompetenz für die Bewältigung der unmittelbaren motorischen Anforderungen von körperlichen Alltagsaktivitäten (z. B. Radfahren oder Treppensteigen) und sportlichen Aktivitäten (z. B. Nordic Walking, Jogging, Übungen zur Muskelkräftigung, Ballspiele). Die Bewegungskompetenz setzt sich aus motorischen Fähigkeiten und -fertigkeiten sowie Fähigkeiten zur Körper- und Bewegungswahrnehmung und zur sensomotorischen Kontrolle zusammen (Pfeifer et al. 2013). Personen mit hoher Bewegungskompetenz sind in der Lage, vielfältige gesundheitswirksame körperliche und sportliche Aktivitäten durchzuführen.

Steuerungskompetenz für eine adäquate Gestaltung und Steuerung körperlicher Belastungen, um biopsychosoziale Gesundheitsgewinne zu optimieren und Gesundheitsrisiken zu minimieren. Bei diesem Kompetenzbereich geht es vor allem um die Nutzung von Informationen aus Prozessen der Körper- und Bewegungswahrnehmung sowie um die gleichzeitige zielgerichtete Nutzung von Wissen für eine selbstständige Steuerung körperlicher Belastungen, so dass diese positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden wirken. Konkret verfügen Personen mit einer hohen Steuerungskompetenz über Handlungs- und Effektwissen (z. B. Kenntnisse über Trainingsmethoden, Belastungsdosierung und Wirkungen sportlicher Aktivität auf Gesundheit und Wohlbefinden; vgl. auch Empfehlung C5). Außerdem sind sie in der Lage, mithilfe einer gut ausgeprägten Körper- und Bewegungswahrnehmung (z. B. in Bezug auf Bewegungsausführung, Herzfrequenz, Anstrengungsempfinden oder affektives Befinden) die entsprechende Belastung zu kontrollieren, zu steuern und auf diese Weise etwa Fehlbelastungen und Über- oder Unterforderungen zu vermeiden.

Selbstregulationskompetenz für die Sicherstellung der erforderlichen Regelmäßigkeit gesundheitswirksamer körperlicher und sportlicher Aktivität. Personen mit einer hohen Selbstregulationskompetenz sind auf Basis einer selbstbestimmten Motivation in der Lage, persönliche Ziele für gesundheitswirksame Aktivitäten zu setzen. Die Ziele können sie auch gegen konkurrierende Absichten (z. B. Lieblingsserie im TV) abschirmen und bei auftretenden Barrieren (z. B. schlechtes Wetter) erreichen. Dieser Kompetenzbereich umfasst motivationale und Volitionale Verhaltensdeterminanten, die sich in enger Anlehnung an psychologische Modelle des Gesundheitsverhaltens beschreiben lassen (z.B. Pfeffer und Wagner 2020). Als handlungsförderliche Merkmale werden im Modell positive Kognitiv-rationale Einstellungen (z. B. wahrgenommener Nutzen), Affektive Einstellungen (z. B. Freude an Bewegung), eine förderliche Motivstruktur sowie Selbstwirksamkeitsüberzeugungen hervorgehoben.

Abbildung 2: Modell der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (adaptiert nach Pfeifer et al. 2013)



Die beschriebenen Kompetenzen sind weder rein motorisch, noch rein kognitiv oder rein motivational zu verstehen. Ein kompetentes Verhalten setzt vielmehr ein gutes Zusammenspiel von verschiedenen Basiselementen voraus (siehe Abbildung 2), die für die jeweilige „Funktion“ der Teilkompetenzen wichtig sind. Diese jeweilige Bedeutung der Teilkompetenzen wird in der Praxisempfehlung A2 kurz benannt.

Am Beispiel eines eigenständigen Krafttrainings wird dieser Grundgedanke im folgenden Kasten verdeutlicht (Sudeck et al. 2023).

Beispiel: Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz für ein eigenständiges Krafttraining fördern

- **Bewegungskompetenz:** Eine kompetente Bewegungskompetenz beim Krafttraining (an Geräten, oder bei Übungen mit dem eigenen Körpergewicht) basiert auf der Einübung (motorisches Lernen) der jeweiligen Übungsformen. Damit werden die motorischen Voraussetzungen dafür geschaffen, dass Personen sich die Übungsdurchführung zutrauen (aufgabenspezifische Selbstwirksamkeit) und nicht durch Ängste bei der Bewegungskompetenz gehemmt werden.
- **Steuerungskompetenz:** Eine hohe Steuerungskompetenz verlangt Wissen über die Effekte und die Methoden eines gesundheitsorientierten Krafttrainings (Effekt- und Handlungswissen). Personen, denen dieses Wissen vermittelt wurde, können den Gesundheitsnutzen ihrer körperlichen und sportlichen Aktivitäten optimieren und Gesundheitsrisiken minimieren. Dafür sind die Wahrnehmung des eigenen psychophysischen Zustands und die Verarbeitung von Körpersignalen unter Belastung (z. B. über die lokale Muskelermüdung als wichtiger Anpassungsreiz oder über eine dysfunktionale Körperhaltung bei zunehmender Ermüdung) und eine Anpassung der individuellen Belastungsdosierung (z. B. in Abhängigkeit von Trainingsziel und Anstrengungsempfinden) notwendig.
- **Selbstregulationskompetenz:** Die regelmäßige Einbindung eines eigenständigen Krafttrainings in die Alltagsroutinen erfordert ein flexibles Zusammenspiel motivationaler und volitionaler Prozesse. Motivationale Prozesse beziehen sich dabei auf die inneren Beweggründe, Wünsche und Ziele, die das Verhalten einer Person anregen. Volitionale Prozesse beziehen sich auf die Fähigkeiten einer Person, ihre Motivation in tatsächliche Handlungen umzusetzen. Die Vermittlung von Wissensselementen (z. B. Kenntnisse über Wirkungen des Krafttrainings oder über volitionale Techniken zur Selbstbeobachtung des Trainings) kann eng verknüpft sein mit der Entwicklung einer positiven Einstellung zum Krafttraining und einer hohen Selbstwirksamkeit. Im Sinne einer **motivationalen Kompetenz** (Rheinberg und Engeser 2010) ist es von Vorteil, die Vielfalt der Möglichkeiten für ein körperliches Training und dessen unterschiedliche Anreize und Anforderungen kennenzulernen. So kann ein Abgleich mit der eigenen Motiv- und Zielstruktur erfolgen und bestenfalls kann das selbstbestimmt ausgewählte Krafttraining in Übereinstimmung mit den eigenen Zielen und Werten verfolgt werden.

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

Die Personorientierung ist ein zentrales Handlungsprinzip eines modernen Rehabilitationsansatzes (Farin 2014; Kayes und Papadimitriou 2023). Dabei wird nicht nur die Erkrankung der jeweiligen Rehabilitand*innen und deren unmittelbare Folgewirkungen betrachtet, sondern es werden im Sinne des biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses der ICF insbesondere die individuellen person- und umweltbezogenen Kontextfaktoren einbezogen. Ein personorientierter Rehabilitationsansatz berücksichtigt explizit die Erfahrungen, das Wissen, die Präferenzen und die individuellen Sichtweisen der Rehabilitand*innen (Farin 2014). Die individuellen Bedarfe bilden dabei den Ausgangspunkt für die Auswahl und den Einsatz therapeutischer Interventionen.

Im Folgenden werden die Aspekte a), b) und c) der Empfehlung A3 ausgeführt:

a) „die Berücksichtigung der individuellen bewegungsbezogenen Ziele, Motive und Präferenzen als auch der körperlichen, psychischen, sozialen und umweltbezogenen Möglichkeiten der Rehabilitand*innen“

Die individuellen bewegungsbezogenen Ziele, Motive und Präferenzen spielen für die Bewegungsförderung im Rahmen der medizinischen Rehabilitation eine herausragende Rolle. Als Grundlage für die Planung der Bewegungstherapie können die Erfassung relevanter psychischer Faktoren (siehe Assessment in Empfehlung C1) und die Herausarbeitung individueller bewegungsbezogener Ziele (siehe konkrete Inhalte und Methoden in Empfehlung C2) dienen. Unter Berücksichtigung der individuellen Motivlagen und Präferenzen für Bewegung (siehe konkrete Inhalte und Methoden in Empfehlung C8) sowie der körperlichen und psychischen Möglichkeiten (siehe Assessment in Empfehlung C1) können geeignete bewegungstherapeutische Inhalte und Methoden für den Zeitraum der medizinischen Rehabilitation ausgewählt werden.

Für die Weiterführung regelmäßiger körperlicher Aktivität im Anschluss an die medizinische Rehabilitation sollen zusätzlich die sozialen und umweltbezogenen Möglichkeiten der Rehabilitand*innen berücksichtigt werden. Diese spielen z. B. für die Erarbeitung konkreter Handlungs- und Bewältigungspläne für das Bewegungsverhalten sowie für die Beratung zu Bewegungsangeboten und -möglichkeiten eine wichtige Rolle (siehe Empfehlung C9).

Aspekt b) „eine wertschätzende und aktivierende Kommunikation“

Eine wertschätzende und aktivierende Kommunikation fördert eine vertrauensvolle Beziehung zwischen der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden und den jeweiligen Therapeutinnen und Therapeuten (Härter und Dirmaier 2022). Ein hohes Vertrauen erleichtert eine gute Zusammenarbeit und trägt dazu bei, die Therapieziele effektiver zu erreichen. Eine entsprechende Kommunikation schafft zudem ein positives Therapieumfeld, welches das Wohlbefinden der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden verbessert und die Motivation zur Teilnahme an der Therapie steigert (Laitakari und Asikainen 1998; Elsman et al. 2014).

In einer personorientierten Versorgung verstehen sich die Mitglieder des therapeutischen Teams nicht nur als Untersuchende und Behandelnde, sondern sie begeben sich in eine „wirkliche“ Interaktion mit den Rehabilitand*innen. Dies beinhaltet nach Farin et al. (2014), a) Fragen zu stellen, b) auf Rückfragen einzugehen, c) unausgesprochene Sorgen zu erkunden und d) einen Austausch über die Beteiligung am Behandlungsprozess zu führen.

Beispiele für Umsetzungen angemessener Interaktion und Kommunikation im Rahmen bewegungstherapeutischer Konzepte finden sich in Tabelle 1.

Tabelle 1: Beispiele für Inhalte und Methoden angemessener Interaktion und Kommunikation.

Offene, informelle Gespräche führen	Förderung offener und informeller Gespräche zum Thema Bewegung, auch zur Vertrauensbildung und Beziehungsaufbau (Laitakari und Asikainen 1998).
Zuhören und sich empathisch verhalten	Der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden beim Thema Bewegung aktiv zuhören und sich in ihre bzw. seine Lage versetzen (Elsman et al. 2014).
Personalisierung („Tailoring“)	Bereitstellung von Möglichkeiten für Rehabilitand*innen, persönliche Fragen zu Bewegung und Sport beantwortet zu bekommen und Instruktionen und Rückmeldungen entsprechend ihres individuellen Fortschritts zu erhalten (Laitakari und Asikainen 1998; Elsman et al. 2014).
Zusammenarbeit mit Klienten	Gemeinsam mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden Assessmentergebnisse zum Bewegungsverhalten besprechen, die Bereitschaft zur Veränderung erkunden und einen Therapieplan ausarbeiten (Stevens et al. 2018).
Aktivierende Kommunikation	Ermutigung zur Äußerung von Ideen zur Festlegung von Bewegungszielen und -planung (Elvén et al. 2015; Stevens et al. 2018).
Entscheidungshilfen	Vermittlung von präzisen, evidenzbasierten Informationen (z. B. zu Effektwissen und Handlungswissen im Kontext Bewegung) in verständlicher Sprache, um eine informierte Entscheidungsfindung zu erleichtern (Moore und Kaplan 2018).
Unterstützende Sprache	Nutzung von unterstützenden Kommunikationsformen und Gesprächsinhalten zum Thema Bewegung, um die Gefühle von Kompetenz, Autonomie und Verbundenheit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden zu stärken (Elsman et al. 2014; Moore und Kaplan 2018)

Aspekt c) „eine aktive und mitbestimmende Rolle der Rehabilitand*innen“

Die aktive Beteiligung der Rehabilitand*innen ist bedeutsam für eine qualitativ hochwertige rehabilitative Behandlung (Härter und Dirmaier 2022). Innerhalb einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie gilt dies für eine aktive und mitbestimmende Rolle in unterschiedlichen Behandlungssituationen, z. B. bei der Erarbeitung von Therapiezielen (vgl. Empfehlung C2), bei der Therapieauswahl und -planung, bei Schulungsinhalten und Informationen (vgl. Empfehlung C5), beim Erleben und Reflektieren unterschiedlicher körperlicher Aktivitäten (vgl. Empfehlung C6) oder bei der eigenständigen Steuerung von Übung und Training (vgl. Empfehlung C5). Auch die bewegungstherapeutische Gruppensituation bietet vielfältige aktivierende Möglichkeiten und potenzielle Interaktionen zwischen den Rehabilitand*innen (z. B. Gruppendiskussionen, gemeinsames Üben und Trainieren, bewegungsbezogener Erfahrungsaustausch).

Die Ermöglichung von Mitbestimmung bedeutet z. B., dass die Mitglieder eines personorientiert agierenden therapeutischen Teams

- Die Rehabilitandin bzw. den Rehabilitanden transparent und umfassend informieren,
- Mit der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden besprechen, inwieweit diese bzw. dieser in die Planung der Behandlung einbezogen werden möchte,
- Angemessen auf die Erfahrungen und das Vorwissen der Rehabilitandin bzw. des Rehabilitanden eingehen (Farin 2014; Moore und Kaplan 2018),
- Eine schrittweise Steigerung der Eigenverantwortung der Rehabilitand*innen für ihre körperliche Aktivität anstreben und damit verbunden die Abhängigkeit von therapeutischer Unterstützung im Laufe der Zeit reduzieren (Focht et al. 2004).

Dies bedeutet nicht zwangsläufig, dass die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand bei allen Entscheidungen aktiv mitwirken muss. Eine personorientierte Versorgung kann auch bedeuten, zu akzeptieren, dass die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand bereit ist, Verantwortung und Entscheidungsbefugnis abzugeben.

In diesem Zusammenhang werden an die Rehabilitandin bzw. den Rehabilitanden gewisse Anforderungen bezüglich der Gestaltung des Therapieprozesses gestellt. Um Präferenzen einzubringen und an Entscheidungen zur Behandlung teilzuhaben, muss die Rehabilitandin bzw. der Rehabilitand über bestimmte kognitive und sozial-kommunikative Fähigkeiten verfügen. Eine gewisse Ungleichheit in der Beziehung bleibt insofern bestehen, als dass diese Fähigkeiten nicht zwangsläufig von der Rehabilitandin bzw. dem Rehabilitanden erwartet werden können (im Gegensatz zu den Mitgliedern des therapeutischen Teams, bei denen solche Fähigkeiten beruflich vorausgesetzt werden). So gibt es Rehabilitand*innen, die aufgrund kognitiver oder psychischer Einschränkungen nicht in der Lage sind, aktiv am Entscheidungsprozess teilzunehmen, oder die bewusst solche Verhaltensweisen nicht zeigen möchten (Farin 2014).

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 unterschiedliche Berufsgruppen in einem interprofessionellen Team zusammen. Dies erfordert im Allgemeinen komplexe Organisations- und Abstimmungsbedarfe (Deutsche Rentenversicherung Bund 2023). Die interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglicht die Umsetzung eines umfassenden, biopsychosozialen Behandlungsansatzes und kann sowohl die Behandlungsergebnisse auf Seite der Rehabilitand*innen verbessern als auch die Teamleistung und die Zufriedenheit im therapeutischen Team erhöhen (Körner 2022; Worringen et al. 2024).

Auch Bewegungsförderung ist eine Zielsetzung, die interprofessionell angestrebt werden sollte und für die Leistungen aus verschiedenen Bereichen innerhalb der KTL (Deutsche Rentenversicherung Bund 2025) beschrieben werden. Insbesondere Leistungen aus den KTL-Kapiteln A (Sport- und Bewegungstherapie), C (Information und Schulung) sowie L (Rekreativtherapie) zielen direkt auf die Veränderung des Bewegungsverhaltens. Physiotherapeutische Leistungen (KTL Kapitel B) können eine unterstützende Rolle bei der Hinführung zu einem körperlich aktiven Lebensstil spielen, insofern sie auf eine Verbesserung bzw. Wiederherstellung körperlicher Funktionen sowie die Reduktion von Schmerzen abzielen. Bei psychischer Komorbidität und Problemen bei der Krankheitsbewältigung können auch Leistungen aus dem KTL-Kapitel F (Klinische Psychologie, Neuropsychologie) und G (Psychotherapie) eine nachhaltige gesundheitsorientierte Verhaltensänderung unterstützen. Darüber hinaus können einzelne Leistungen aus den KTL-Kapiteln E (Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapie), H (Reha-Pflege und Pädagogik) und D (Klinische Sozialarbeit, Sozialtherapie) die Hinführung zu eigenständiger Bewegung unterstützen.

An der Erbringung der therapeutischen Leistungen sind Akteurinnen und Akteure aus den verschiedenen Gesundheitsberufen beteiligt. Neben Personen aus der Sport- und Bewegungstherapie und der Physiotherapie arbeiten Psychologinnen und Psychologen, Ärztinnen und Ärzte und ggf. auch Personen aus anderen qualifizierten Berufsgruppen (z. B. Sozialarbeit oder Sozialpädagogik) gemeinsam am Ziel der Bewegungsförderung. Während manche Leistungen nur von einer eng definierten Berufsgruppe erbracht werden können (z. B. die ärztliche Beratung nur von Ärztinnen und Ärzten oder die Sport- und Bewegungstherapie nur von qualifizierten Bewegungsfachkräften) können andere Leistungen von allen qualifizierten Berufsgruppen erbracht werden (z. B. Leistungen zur Information und Schulung). Außerdem können sich Inhalte einzelner KTL-Leistungen überschneiden. Beispielsweise werden bewegungsbezogene Lerninhalte sowohl im KTL-Kapitel C als auch im Kapitel A adressiert. Diese besondere Konstellation in der Leistungserbringung beim Thema Bewegungsförderung führt zu einem hohen Abstimmungsbedarf zwischen den in der Rehabilitation tätigen Berufsgruppen.

Eine zentrale Rolle für das Ziel der Bewegungsförderung spielen die Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten. So können nur sie die bewegungsförderlichen therapeutischen Leistungen aus den KTL Kapiteln A, B und L erbringen. Gleichzeitig können sie oftmals auch entsprechende Leistungen aus dem Kapitel C (Information, Motivation, Schulung) für das Thema Bewegung angemessen adressieren. Mit den anderen Berufsgruppen der Rehabilitation sollten sich Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten bzgl. der folgenden Aspekte beim Thema Bewegungsförderung austauschen:

- Eine gemeinsame Sprache beim Thema Bewegung sprechen, d. h. beispielsweise eine abgestimmte gemeinsame Botschaft vermitteln.
- Nutzung aller für Bewegungsförderung relevanten diagnostischen Informationen aus den verschiedenen Therapiebereichen (siehe Empfehlung C1).
- Abstimmung von allgemeinen Rehabilitationszielen mit konkreten bewegungsbezogenen Zielen der Rehabilitand*innen (siehe Empfehlung C2).
- Abstimmung der bewegungsförderlichen Inhalte, die in Verantwortung der Sport- und Bewegungstherapie sowie der Physiotherapie erbracht werden, mit jenen therapeutischen Inhalten der anderen Professionen (insbesondere die Abstimmung von Lerninhalten aus dem KTL-Kapitel A (Sport- und Bewegungstherapie) mit jenen aus Kapitel C (Information-, Motivation, Schulung)).
- Abstimmung zum Einsatz von Verhaltensänderungstechniken, die sowohl in einer bewegungsförderlichen Sport- und Bewegungstherapie als auch in psychologischen Interventionen etabliert sind (z. B. die Erarbeitung von Handlungs- und Bewältigungsplänen (siehe Empfehlung C8).
- Therapeutisches Vorgehen für die Bewegungsförderung bei spezifischen Problemlagen, wie beispielsweise psychologischen und anderen Komorbiditäten (z. B. Depression, Fatigue, chronischer Schmerz).

Formate und Gelegenheiten, die für eine interprofessionelle Abstimmung genutzt werden können, finden sich im aktuellen Leitfaden „Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation und ihre interprofessionelle Zusammenarbeit“ der DRV (Deutsche Rentenversicherung Bund 2023). Dazu gehören u. a.:

- Interdisziplinäre Teambesprechungen,
- Fort- und Weiterbildungen oder
- Erarbeitung und Abstimmung des Behandlungskonzepts der einzelnen Fachabteilungen und des übergeordneten Schulungs- und Therapiekonzepts.

Praxisempfehlungen Teil B:

Didaktisch-methodische Umsetzung

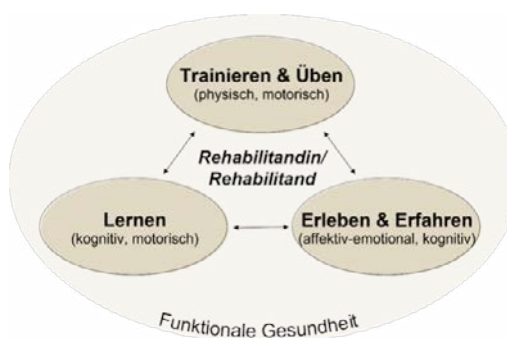
B1: Verknüpfung von Trainieren, Üben, Lernen und Erleben

(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 der Rehabilitand*innen für eine kompetente, gesundheitsorientierte Gestaltung körperlicher und sportlicher Aktivität geschieht nicht beiläufig beim körperlichen Trainieren und Üben, sondern erfordert einen zielgerichteten Interventionsansatz (Huber 2012). Das Handlungsmodell zur Förderung bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz (BGK) (Pfeifer et al. 2013; Pfeifer und Sudeck 2020; Sudeck et al. 2023) beschreibt die Verknüpfung von Inhalten und Methoden des Trainierens und Übens mit Elementen des Lernens (d. h. kognitiv und motorisch) und des eigenen Erlebens und Erfahrens (d. h. kognitiv und Affektiv-emotional). Diese Verknüpfung wird als elementare Voraussetzung für den Kompetenzaufbau betrachtet (siehe Abbildung 3).

Abbildung 3: Handlungsmodell für die Förderung bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz (adaptiert nach Pfeifer et a. 2013)



Für die bewegungstherapeutischen Praxis bedeutet dies, Inhalte und Methoden auf allen drei Interventionsebenen (d. h. Üben und Trainieren, Lernen, Erleben und Erfahren) didaktisch-methodisch so zu kombinieren und zu arrangieren, dass der Aufbau bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz gelingt.

Dies bedeutet beispielsweise, dass

- a) Übungsformen für eine eigenständige Funktionsgymnastik und die Methodik der Trainingsteuerung (d. h. Intensität, Wiederholungen, Serien) eines submaximalen Krafttrainings erlernt werden,

- b) dieses Training dann unter Nutzung von Selbstbeobachtung durch schriftliche Dokumentation der ausgeführten Wiederholungen und der dabei wahrgenommenen Beanspruchung durchgeführt wird und
- c) individuell oder gemeinsam in einer Gruppe eine Reflexion zu den Erfahrungen im Training, zu den erlebten Erfolgen oder dem Umgang mit Schwierigkeiten angeregt wird.

Gelingt über ein solches Vorgehen eine Förderung bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz, so führt dies zur Verbesserung der individuellen Möglichkeiten zur Bewältigung von Gesundheitsstörungen und zur Stärkung des biopsychosozialen Gesundheitsstatus.

Für die drei Bereiche Üben und Trainieren, Lernen sowie Erleben und Erfahren lassen sich die in Tabelle 2 benannten Zielbereiche charakterisieren. Sie verdeutlichen die Mehrdimensionalität einer ressourcenorientierten Sport- und Bewegungstherapie (Schüle und Huber 2012) und deuten die Verbindungen zur bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz an (Pfeifer und Sudeck 2022).

Im Teil C der Praxisempfehlungen werden weiterführend Inhalte und Methoden benannt, die Umsetzungen und Verbindungen aus den drei Bereichen beschreiben.

Tabelle 2: Übergeordnete Zielbereiche und spezifische Ziele beim Üben und Trainieren, Lernen, Erleben und Erfahren in der Bewegungstherapie

Bereich	Ziele
Üben und Trainieren. (Psycho-)Physischer und motorischer Zielbereich; Stärkung physischer Ressourcen sowie von Körper- und Bewegungswahrnehmung; Aufbau von Bewegungskompetenz	<ul style="list-style-type: none"> → Erzeugung struktureller und physiologischer Anpassungen (z. B. muskuloskelettal, sensomotorisch, kardiopulmonal, hämatologisch, metabolisch, endokrinologisch, immunologisch) an adäquate überschwellige Beanspruchungen des Organsystems durch Training; Verbesserung der motorischen Fähigkeiten → Verbesserung von Koordination und sensomotorischer Kontrolle für alltagsrelevante und gesundheitssportlich relevante Bewegungsaufgaben/-anforderungen; Anbahnung der Vermittlung von motorischen Fertigkeiten als Basis für eigenständiges Bewegungshandeln → Verbesserung der Körper- und Bewegungswahrnehmung
Lernen. Motorischer, kognitiver und motivational-volitionaler Zielbereich; Aufbau von Bewegungskompetenz, Steuerungskompetenz und Selbstregulationskompetenz	<ul style="list-style-type: none"> → Vermittlung motorischer Fertigkeiten für eigenständige gesundheitsförderliche körperliche/sportliche Aktivität (z. B. Bewegungstechniken für Nordic Walking, Radfahren oder Schwimmen, Übungsformen für ein eigenständiges Fitnesstraining) → Vermittlung von Wissen in Bezug auf die Wirkung von Bewegung (sog. Effektwissen) und auf die (bewegungsbezogene) Bewältigung der Gesundheitsstörung → Vermittlung von Wissen in Bezug auf die Durchführung (d. h. Planung, Umsetzung, Steuerung) von körperlicher/sportlicher Aktivität bzw. Training (sog. Handlungswissen) → Vermittlung von Wissen und Verhaltensänderungstechniken für eine regelmäßige Einbindung von Bewegung in die eigenen Alltagsroutinen in Arbeit und Freizeit (z. B. Planungstechniken, Trainingsdokumentation und Selbstbeobachtung für die bewegungsspezifische Selbstregulation)
Erleben und Erfahren. Affektiv-emotionaler, kognitiver sowie motivational-volitionaler Zielbereich; Aufbau von Steuerungskompetenz und Selbstregulationskompetenz	<ul style="list-style-type: none"> → Vermittlung von positiver Bewegungserfahrung und Bewegungsfreude → Vermittlung bewegungs- und sportbezogener Selbstwirksamkeitserfahrungen → Aufbau von Motivation und Volition für gesundheitswirksame Bewegung (z. B. Internalisierung von Beweggründen für regelmäßige Sportaktivitäten)

Für die gezielte Ansteuerung der drei Zielbereiche (d.h. Üben und Trainieren, Lernen, Erleben und Erfahren; vgl. Abb. 3) sind verschiedene Perspektiven bzw. die Nutzung von Methoden und Theorien aus verschiedenen Wissensbereichen nötig. Grundlegend für den sicheren und effektiven Einsatz von Übungs- und Trainingsformen sind zunächst Inhalte aus der Trainingswissenschaft, Bewegungswissenschaft und Medizin. Darüber hinaus integriert eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie insbesondere auch pädagogische, psychologische und sozial-ökologische Perspektiven.

Trainings- und bewegungswissenschaftliche Perspektive:

- Fokus auf die Optimierung von körperlichen Funktionen und Strukturen
- Einsatz von Methoden und Inhalten zur Verbesserung von motorischen Fähigkeiten und die Vermittlung motorischer Fertigkeiten
- Nutzung trainingswissenschaftlicher Konzepte für die Entwicklung optimaler Belastungsdosierungen und Trainingspläne
- Nutzung bewegungswissenschaftlichen Wissens zur Ermöglichung optimalen motorischen Lernens

Medizinische Perspektive:

- Fokus auf die körperliche Gesundheit und die medizinischen Aspekte der Bewegungstherapie
- Nutzung medizinischer Konzepte und Erkenntnisse (insbesondere aus der Sportmedizin) zur Erreichung biomedizinischer Gesundheitsziele und Gewährleistung eines sicheren Einsatzes von Bewegung bei Menschen mit nichtübertragbaren Erkrankungen

Pädagogische und psychologische Perspektive:

- Fokus auf die für eigenständige körperliche Aktivität relevanten edukativen Inhalte und die zugehörigen Lehr-/Lernwege sowie auf die Möglichkeiten zur Beeinflussung der motivational-volitionalen Situation für einen körperlich-aktiven Lebensstil
- Nutzung pädagogischer und psychologischer Konzepte für die Berücksichtigung individueller Verhaltensänderungen, Motivation und emotionaler Aspekte im Zusammenhang mit der Bewegungstherapie
- Berücksichtigung der psychischen Gesundheitswirkungen bzw. die Steigerungen des körperlichen und psychischen Wohlbefindens, die mit körperlicher Aktivität erzeugt werden können
- Betrachtung des Zusammenspiels physischer und psychischer Aspekte und deren Beeinflussung (z. B. Affektiv-emotionalen Bewertungen unterschiedlicher Belastungsintensitäten)

Sozial-ökologische Perspektive:

- Fokus auf die umweltbezogenen Faktoren, die einen Einfluss auf das Bewegungsverhalten ausüben
- Berücksichtigung der räumlichen Umgebungsbedingungen am Wohnort der Rehabilitand*innen
- Berücksichtigung relevanter sozialer Umweltfaktoren (z. B. Beziehungen in der Familie, zu Freunden oder im Beruf) hinsichtlich ihrer förderlichen und hinderlichen Einflüsse auf einen körperlich aktiven Lebensstil

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 weisen jeweils eine einzigartige Bewegungsbiografie auf, denn sie haben in ihrem Lebensverlauf in der Regel bereits in unterschiedlichen Bereichen (z. B. Schulsport, Vereinssport, Gesundheitssport, informell selbst-organisierte Aktivitäten) sportliche Aktivitäten betrieben und dabei diverse Erfahrungen gesammelt.

Diese Erfahrungen bilden einerseits die Basis für mehr oder weniger stark ausgeprägte körperlich-motorische Merkmale (z. B. Bewegungsfertigkeiten, Bewegungskoordination), die wiederum wichtige Voraussetzungen für zukünftige körperliche und sportliche Aktivitäten darstellen. Andererseits wird aus aktuellen sportpsychologischen Arbeiten zunehmend deutlich, dass die Affektiv-emotionale Bewertung bisheriger Bewegungserfahrungen noch zu wenig für eine gezielte Bewegungsförderung berücksichtigt wird. Bisher wird häufig eher auf vorwiegend kognitiv-rationale Entscheidungsprozesse hingewirkt, um das Bewegungsverhalten positiv zu beeinflussen (Rhodes et al. 2019), z. B. auf den potenziellen gesundheitlichen Nutzen von körperlicher Aktivität. Übersichtsarbeiten zeigen aber, dass solche Maßnahmen eher kleine und wenig nachhaltige Effekte auf das Bewegungsverhalten haben (McEwan et al. 2016; Howlett et al. 2018). Es scheint bei Personen mit Bewegungsmangel nicht ausreichend zu sein, in erster Linie rational überzeugen zu wollen. Das affektive Erleben der Aktivität (z. B. Unwohlsein aufgrund körperlicher Beanspruchung oder motorischer Über- oder Unterforderung) oder des sozialen Kontexts (z. B. Scham aufgrund misslingender Bewegungsausführungen) sind daher deutlich stärker und systematischer für die Bewegungsförderung aufzugreifen (Rhodes und Kates 2015; Ekkekakis et al. 2024).

Die Rolle des affektiven Erlebens und der Verankerung von Bewegungserfahrungen im emotionalen Gedächtnis wird vor dem Hintergrund „hedonistischer Theorien“ thematisiert (Ekkekakis et al. 2021; Ekkekakis et al. 2024). Das hedonistische Grundprinzip besagt, dass Menschen dazu neigen, Aktivitäten mit unangenehmen Erfahrungen zu vermeiden und eher Aktivitäten mit angenehmen, positiven Erfahrungen (wieder) aufnehmen. So kann der Versuch, eine Person mit Übergewicht primär mit dem Argument der Gewichtsreduktion von Bewegung zu überzeugen, deutlich zu kurz greifen, wenn frühere Bewegungserfahrungen stark unangenehm erlebt wurden (Thiel et al. 2020).

Für das zukünftige Bewegungsverhalten ist auch relevant, dass bisherige Bewegungserfahrungen mit automatischen affektiven Wertungen von Bewegungsangeboten (z. B. einer Aufforderung zu mehr Aktivität oder ein bestimmtes Bewegungsangebot) verbunden sein können (Brand und Ekkekakis 2018). Solche automatischen affektiven Prozesse können in direkter Konkurrenz zu kognitiv-rationalen Überlegungen (z. B. der Einschätzung des positiven Gesundheitsnutzens) stehen. So können sich aus den bisherigen Bewegungserfahrungen und deren affektiver Wertung sehr unterschiedliche motivationale Tendenzen herausbilden, die von einer starken Ablehnung bis zu einer sehr hohen Attraktivität von Sportaktivitäten für eine einzelne Person reichen (Ekkekakis et al. 2021).

Mit Hilfe eines aktuellen Modells zu affektiven Bewegungserfahrungen (sog. „affective exercise experiences“; AFFEXX) (ebd.) können relevante Erfahrungsbereiche veranschaulicht werden. Dabei werden zunächst affektive Kernerfahrung mit Bewegung beschrieben, d. h. Befindenzustände, die grundlegend mit Bewegung verbunden sind:

- Angenehmes/positives vs. unangenehmes/negatives Befinden;
- Energiegeladenes vs. energieloses Befinden;
- Ruhiges/entspanntes vs. unruhiges/angespanntes Befinden.

Darüber hinaus können affektive Bewegungserfahrungen mit individuellen Einschätzungen verbunden sein, die sich für Sport und Bewegung entlang jeweils gegensätzlicher Erfahrungen oder Bewertungen umschreiben lassen:

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

Das AFFEXX-Modell soll exemplarisch verdeutlichen, auf welcher Basis die in der Praxisempfehlung benannten positiven und negativen Bewegungserfahrung konkreter formuliert werden können. Sie betonen die Bedeutung affektiv-emotionaler Erfahrungen mit Bewegung, welche mit kognitiven Bewertungen gekoppelt sein können. Eine bewegungsförderliche Bewegungstherapie setzt also voraus, dass Therapeutinnen und Therapeuten für die unterschiedlichen Erfahrungshorizonte sensibilisiert sind und prinzipiell auch Aversionen gegenüber Bewegung akzeptieren können bzw. diese als Ausgangspunkt des therapeutischen Handelns sehen können.

Als praktische Konsequenz ergibt sich demnach, nicht nur auf rational-reflexive Prozesse (im Sinne kognitiver Überzeugungsarbeit) zu setzen, sondern positive wie negative Vorerfahrungen mit Bewegung zu thematisieren. Dabei kann an positiven Erfahrungen mit Bewegung für die Therapiegestaltung oder Bewegungsberatung angeknüpft werden oder ein Schwerpunkt auf die Ermöglichung positiver Bewegungserfahrungen gelegt werden.

In methodischer Hinsicht setzt dies ein erfahrungszentriertes Vorgehen voraus, das bewegungspraktische Erfahrungen strukturiert ermöglicht, diese Bewegungserfahrungen bewusst macht und mit Blick auf potenzielle Lernziele reflektiert (Kolb 2015; Schön 2017). Die beschriebenen Kategorien affektiver Bewegungserfahrungen aus dem AFFEXX-Modell können relevante Orientierungspunkte für eine erfahrungszentrierte Vorgehensweise in der Bewegungstherapie liefern. So können positive Bewegungserfahrungen und Freude an der Bewegung als wichtige Ausgangspunkte für eine zunehmend selbstbestimmte Motivationsbasis gezielt angesteuert werden.

Weitere Hinweise zur Umsetzung finden sich im Teil C der Praxisempfehlungen zur konkreten Therapiegestaltung (siehe C4, C6, C7). Darüber hinaus kann ein interprofessioneller Austausch (z. B. mit Psychologinnen und Psychologen) sinnvoll sein, wenn stark negative Erfahrungen in Sport- und Bewegungsettings nicht allein in der Sport- und Bewegungstherapie aufgegriffen werden können (siehe auch Empfehlung A4).

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 beinhaltet die systematische Erfassung und Bewertung einzelner Facetten der Funktionsfähigkeit und Behinderung eines Rehabilitanden oder einer Rehabilitandin. Zu Beginn der Rehabilitation wird ein Eingangsassessment durchgeführt. Dieses bildet die Grundlage für die weiteren Therapieschritte insbesondere für die Planung und Steuerung der bewegungstherapeutischen Inhalte. Die wiederholte Durchführung von Assessments während und nach der Rehabilitation hilft dabei, Interventionen anzupassen und die Therapieergebnisse zu überprüfen.

Das Assessment sollte möglichst mit qualitätsgesicherten Testverfahren durchgeführt werden. Qualitätsgesicherte Testverfahren erfüllen bestimmte Gütekriterien. Die wissenschaftlichen Hauptgütekriterien sind Objektivität, Reliabilität und Validität. Objektivität beinhaltet Unabhängigkeit des Testergebnisses vom Prüfer oder der Prüferin. Reliabilität bedeutet, dass der Test präzise und zuverlässig misst. Unter Validität versteht man, dass der Test auch tatsächlich das Konstrukt misst, was er vorgibt zu messen. Neben den wissenschaftlichen Gütekriterien ist für den Einsatz im Rehabilitationsalltag auch die schnelle und einfache Durchführung (Test-Ökonomie) der Testverfahren bedeutsam. Kürzere Testverfahren können im Sinne eines Screenings wertvolle erste Informationen über die Rehabilitand*innen liefern. Daten, die mit quantitativen Testverfahren (z. B. körperliche Funktionstests oder Fragebögen) erhoben werden, können durch qualitative Verfahren (z. B. Eingangsgespräche) sinnvoll ergänzt werden. Dadurch kann auch den persönlichen Sichtweisen und Selbsteinschätzungen der Rehabilitand*innen mehr Raum gegeben werden.

Zielgruppe: Alle Rehabilitand*innen.

Inhalte und Methoden für ein Assessment

Das bewegungstherapeutische Assessment folgt in der Regel auf eine medizinische Eingangsuntersuchung. Diese bildet eine Grundvoraussetzung für einen sicheren Einsatz von Bewegung im Rahmen der Bewegungstherapie. Die ärztliche Eingangsuntersuchung liefert Hinweise für den Einsatz der individuell richtigen Bewegungsdosis (z. B. passende Intensität, Frequenz, Häufigkeit) oder die Feststellung von Risikofaktoren und Kontraindikationen für spezifische Formen körperlicher Aktivität.

Bewegungsverhalten: Die Erfassung des bisherigen Bewegungsverhaltens bildet den Ausgangspunkt für gezielte Maßnahmen der Bewegungsförderung und für die Erarbeitung individueller Ziele (siehe Empfehlung C2). Für die Erfassung des Bewegungsverhaltens stehen unterschiedliche Instrumente (z. B. Fragebögen oder Schrittzähler) zur Verfügung.

Für eine schnelle Einschätzung und Bewertung des Aktivitätsniveaus einer Person können zwei kurze Fragen gestellt werden: (a) „An wie vielen Tagen pro Woche betreiben Sie durchschnittlich mäßige oder intensivere körperliche Aktivitäten, z. B. zügiges Gehen“ und (b) „Wie viele Minuten verbringen Sie an diesen Tagen durchschnittlich mit dieser Aktivität?“ (Lobelo et al. 2018). Dieses Screening zur Erfüllung der Bewegungsempfehlungen ist international unter **Physical Activity as a Vital Sign** bekannt (siehe Tabelle 3). Weitere Messinstrumente für das Bewegungsverhalten finden sich in Tabelle 3.

Generell liefern Fragebögen zum Bewegungsverhalten meist wertvolle Details zu Aktivitäten in unterschiedlichen Bereichen, wie z. B. Sport, Freizeit, Transport, Beruf oder Haus- und Gartenarbeit. Allerdings besteht bei Fragebögen oft die Gefahr des sogenannten „Overreportings“, d. h. die Personen überschätzen ihr Bewegungsverhalten. Die gerätegestützten Messmethoden (Schrittzähler, Akzelerometer etc.) liefern genauere Werte zu Umfang und Intensität der Bewegung, dafür aber weniger Informationen darüber, in welchem Kontext die Aktivitäten stattgefunden haben. Für die stationäre Rehabilitation ist eine gerätegestützte Messung des aktuellen Bewegungsverhaltens in der natürlichen Umgebung der Personen schwierig, so dass hier der Einsatz von Fragebögen nahe liegt.

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

Körperliche Aspekte: Die Messung der körperlichen Funktions- und Leistungsfähigkeit ist in der Bewegungstherapie weit verbreitet. In der Regel gilt: Je aktiver eine Person ist, desto größer ist auch ihre körperliche Fitness. Ergänzend zum Bewegungsverhalten kann zur Planung der Übungs- und Trainingssteuerung in der Bewegungstherapie die zusätzliche direkte Prüfung von Aspekten der körperlichen Funktions- und Leistungsfähigkeit hilfreich sein. Je nach Erkrankung und individueller Problemlage kann sich dies auf verschiedene Bereiche, wie kardiorespiratorische, morphologische, metabolische und muskuläre Komponenten beziehen (Pelliccia et al. 2021). Verbreitet sind verschiedene motorische Tests zur Beurteilung der körperlichen Funktions- und Leistungsfähigkeit wie z. B. der 6-Minuten Gehstest, die manuelle Muskelfunktionstestung, oder das Einer-Wiederholungsmaximum. Anleitungen, Standards und Referenzen zu den bei einzelnen Indikationen empfohlenen körperlichen Testverfahren finden sich beispielsweise in den ‚Richtlinien für Belastungstests und Bewegungsverordnungen‘ des American College of Sports Medicine (ACSM) (Riebe et al. 2018) oder im Handbuch Motorische Tests (Bös 2017).

Psychische Aspekte: Unterschiedliche psychische Faktoren beeinflussen das Bewegungsverhalten. Internationale Konzepte zur Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie (Elvén et al. 2015; Lein et al. 2017) empfehlen, folgende veränderbare Aspekte mit Bezug zu Bewegung zu erheben: die Bereitschaft zur Veränderung, Einstellungen, Erwartungen, wahrgenommene

Barrieren und Selbstwirksamkeit. Zusätzlich wichtig sind bewegungsbezogene Ziele, Motive und Präferenzen, der Grad der selbstbestimmten Motivation sowie Kompetenzen zur Umsetzung gesundheitswirksamer Bewegung. In Tabelle 3 finden sich Beispiele bzw. Vorschläge für geeignete Assessmentinstrumente.

Umweltfaktoren: Das Bewegungsverhalten wird auch durch Umweltfaktoren beeinflusst (Bauman et al. 2012). Umweltbedingungen können Bewegung entweder ermöglichen und anregen oder eben auch erschweren und verhindern (Michie et al. 2011). Zum einen ist die soziale Umwelt für das Bewegungsverhalten bedeutsam. Andere Personen können ermutigen, auffordern, erinnern und helfen oder direkt als Bewegungspartner zur Verfügung stehen (Fuchs 1997). Zum anderen ist die bauliche bzw. physikalische Umwelt einflussreich, z. B. die Zugänglichkeit von Orten, die für körperliche Aktivität geeignet sind wie Schwimmbäder oder Parks. Um die umweltbezogenen Einflussfaktoren für die Bewegung einer Person zu erfassen, kann die Person gefragt werden, wie sie ihre Umgebung in Bezug auf körperliche Aktivität wahrnimmt und beurteilt.

Bislang gibt es keinen allgemein akzeptierten Standard für ein verhaltensorientiertes, biopsychosoziales Assessment. Aus der Forschung haben sich jedoch einige validierte Instrumente bzw. Fragebögen bewährt. In der folgenden Tabelle sind Messinstrumente aufgelistet, mit denen relevante verhaltensbezogene Determinanten für Bewegung erfasst werden können. Dabei wird auch auf den Fragebogen zur Erfassung der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz Bezug genommen (Carl et al. 2020; Sudeck et al. 2023), mit dem die Voraussetzungen für eigenständige gesundheitswirksame Bewegung eingeschätzt werden können. Zusätzlich sind in der Tabelle Bezüge zu den Praxisempfehlungen C2-C9 dargestellt, in denen konkrete Inhalte und Methoden für die zielgerichtete Beeinflussung der möglichen Aspekte in einem Assessment beschrieben sind.

(Einschränkend muss hier erwähnt werden, dass die gelisteten Erhebungsverfahren vorwiegend aus Forschungskontexten stammen und deshalb meist sehr umfassend und facettenreich messen. Eine vielschichtige Erhebung der gelisteten Einflussfaktoren ist deshalb meist aufwändig und für den routinemäßigen Einsatz im Rehabilitationsalltag nur sehr bedingt praktikabel. Bis eine handhabbare Assessmentbatterie „Bewegungsförderung“ zur Verfügung steht, kann Praktikerinnen und Praktiker in der Rehabilitation der Einsatz ausgewählter Assessmentinstrumente aus Tabelle 3 empfohlen werden.)

Tab. 3: Beispiele für Assessmentinstrumente

Merkmale	Potenzielle Messinstrumente	assoziierte Praxisempfehlung(en)
Bereich: Bewegungsverhalten		
Aktuelles Bewegungsverhalten (Fragebogen)	<ul style="list-style-type: none"> → Physical activity as vital sign (Kurzscreening zur Erfüllung der Bewegungsempfehlungen) (Golightly et al. 2017) → BSA-Fragebogen (ausführliche Messung der körperlichen Aktivität mit den Informationen zu Sport, Freizeit, – Transport, Beruf, Hausarbeit, Gartenarbeit, Sitzzeit; Fuchs et al. 2015) → German-PAQ-50+ (ausführliche Messung der körperlichen Aktivität mit Informationen zu Sport, Freizeit, Transport, Beruf, Hausarbeit, Gartenarbeit, Freizeit; Huy 2011). 	Ist-Analyse des Bewegungsverhaltens als generelle Grundlage für Bewegungsförderung C2
Aktuelles Bewegungsverhalten (gerätegestützt)	<ul style="list-style-type: none"> → Schrittzähler → Akzelerometer (z. B. Actigraph) → Smartphone-basierte Apps (z. B. Google fit, Pacer, Fitbit, Accupedo, Activitytracker) 	
Bereich: Körperliche Aspekte (indikationsübergreifend)		
Motorischer Funktionsstatus und bewegungsbezogene Kompetenzen	<p>Beispielhafte motorische Testverfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> → 6-Minuten-Gehtest (Bösch und Criée 2020) → PWC-Ausdauerterst (Rost und Hollmann 1982) → Timed Up and Go Test (Freund 2017) → Berg-Balance-Skala (Berg 1989) → Stand-and-Reach Test (Bös 2017) → Manueller Muskelfunktionstest (Smolenski et al. 2020) 	C3, C4
	<p>Fragebogenbasierte Verfahren</p> <ul style="list-style-type: none"> → Fragebogen zur Erfassung der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (BGK; Bereich Bewegungskompetenz; Carl et al. 2021) → Fragebogen zur Erfassung des motorischen Funktionsstatus (FFB-Mot, Bös et al. 2002) → Fragebogen zur körperlichen Funktionsfähigkeit im Alltag (z. B. Subskala aus IRES-24, Wirtz et al. 2005) 	

Merkmale	Potenzielle Messinstrumente	assoziierte Praxisempfehlung(en)
Bereich: Psychische Aspekte		
Motivation und Volition	<ul style="list-style-type: none"> → Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER; Hasler et al. 2003) → 1-Item-Erfassung zur Absicht für sportliche Aktivität (Göhner et al. 2009) → Affektive und kognitive Einstellung zu sportlicher Aktivität (Brand 2006) → Berner Motiv und Zielinventar für den Freizeit- und Gesundheitssport (BMZI; Lehnert et al. 2011) → Selbstbestimmte Motivation für sportliche Aktivität (Seelig und Fuchs 2006) 	C2, C4, C6, C7
Bewegungsbezogene Selbstregulationskompetenz	<ul style="list-style-type: none"> → Fragebogen zur Erfassung der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (BGK; Bereich Selbstregulationskompetenz) (Sudeck und Pfeifer 2016) → Fragebogen zur Motivationalen Kompetenz für Bewegung und Sport (Schorno et al. 2021) 	C7, C8
Barrieren	→ Sportbezogene situative Barrieren (Krämer und Fuchs 2009)	C8
Körperwahrnehmung	<ul style="list-style-type: none"> → FBeK Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (Brähler et al. 2000) → Skala zur Körperwahrnehmung aus dem Fragebogen zur Bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (Carl et al. 2021) 	C4
Bewegungsbezogene Selbstwirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> → Fragebogenskala zur aufgabenspezifischen Selbstwirksamkeit (Skala aus dem BGK-Fragebogen, ebd.) → Fragebogen zur stadienspezifischen Selbstwirksamkeit (Göhner et al. 2009) 	C4 C8
Bewegungsbezogene Steuerungskompetenz	→ Fragebogen zur Erfassung der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (BGK; Bereich Steuerungskompetenz) (Sudeck und Pfeifer 2016)	C5
Affektive Kernerfahrungen mit Sport	→ Fragebogen zu affektiven Bewegungserfahrungen (AFFEXX-Fragebogen; (Ekkekakis et al. 2021; Brand et al. 2023)	C6, C5
Bereich: Umwelt		
Bewegungsförderliche und -hinderliche Verhältnisse in der (Wohn-)Umwelt	→ „Assessing Levels of Physical Activity“ (ALPHA; Paulsen et al. 2022)	C2, C8, C9
Bewegungsförderliche und -hinderliche Verhältnisse in der sozialen Umwelt	→ Sportbezogene soziale Unterstützung (Familie, Freunde und Bekannte; Fuchs 1997)	C2, C8, C9

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 eine wichtige Basis für eine möglichst bedarfsgerechte und zielorientierte Steuerung des Rehabilitationsprozesses (Dibbelt und Greitemann 2011; Glattacker et al. 2015). Individuelle Reha-Ziele beziehen sich insbesondere auf den Zeitraum der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme sowie auf die Zeit danach, um die jeweiligen Ziele weiterverfolgen zu können (vgl. www.reha-ziele.de; Glattacker et al. 2015) (siehe auch Empfehlung A4).

Eine Ausdifferenzierung und Festlegung von bewegungsbezogenen Therapiezielen ist wichtig, um die Motivation für die Teilnahme an der Bewegungstherapie zu klären und die Motivation für eine Weiterführung körperlicher Aktivität nach der Rehabilitationsphase zu stärken. Bewegungsbezogene Therapieziele können als kurzfristige Ziele für den engeren Zeitraum der medizinischen Rehabilitation oder als mittel- und langfristige Ziele für den Zeitraum nach der Rehabilitation formuliert werden.

Rehabilitand*innen sollen aktiv in die Erarbeitung von Therapiezielen eingebunden werden (partizipative Entscheidungsfindung). Dies stärkt ein personorientiertes Vorgehen und ermöglicht mehr Autonomie, schafft mehr Transparenz und kann für eine erfolgreiche Verfolgung individueller Reha-Ziele förderlich sein (siehe auch die Empfehlungen A3 und A4).

Für eine motivierende Formulierung von Reha-Zielen sowie von bewegungsbezogenen Therapiezielen gelten einige Grundprinzipien (Glattacker et al. 2015):

- Klar und eindeutig. Zielformulierungen sollten klar und eindeutig sein, so dass der angestrebte Zielzustand oder das anvisierte Verhalten konkret beschreibbar ist.
- Annäherungsziele statt Vermeidungsziele. Annäherungszielen (z. B. „Ich möchte meine Selbstständigkeit in Alltag und Freizeit erhalten“, „Ich möchte meine Muskelkraft im Rückenbereich verbessern“) wird – im Vergleich zu Vermeidungszielen – ein höheres und nachhaltigeres Motivationspotenzial zugesprochen, da sie eine positive Orientierung bieten.
- Alltagsrelevant. Zielinhalte sollten für den Lebensalltag der Rehabilitand*innen relevant sein. Sie sollten im Einklang mit den eigenen Werten und Präferenzen stehen und damit subjektiv bedeutsam und attraktiv sein (man spricht auch von selbstbestimmten Zielen).
- Nicht zu schwer und nicht zu leicht. Ziele sollten weder unter- noch überfordern, so dass sie einerseits Potenzial zur Motivierung von Rehabilitand*innen besitzen und zugleich realistisch erreichbar sind.
- Gegenwarts- und Ich-Bezug. Um die Verbindlichkeit zu erhöhen, wird empfohlen, Ziele in der Ich-Form und in der Gegenwartsform zu formulieren sowie sie schriftlich festzuhalten und mit anderen (z. B. anderen Rehabilitand*innen oder Therapeutinnen und Therapeuten) darüber zu sprechen (Rauen 2021).

Im Einklang mit den Empfehlungen aus dem Arbeitshandbuch Reha-Ziele (Glattacker et al. 2015) ist für die Festlegung der zeitliche Bezug der Ziele (kurz-, mittel- oder längerfristig) von Bedeutung. Zudem können individuelle Zielfestlegungen danach unterschieden werden, ob sie als bewegungsbezogene Gesundheitsziele formuliert sind oder ob Verhaltensziele festgelegt werden. Insbesondere für bislang eher inaktive Personen können zunächst individuelle Lernziele bedeutsam sein, die sich auf bewegungsbezogene Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, Prozesse und Strategien beziehen, die als Voraussetzung für eigenständige Bewegung zu entwickeln sind (vgl. Swann et al. 2021). Die Lernziele werden von Leistungszielen unterschieden, die sich auf konkrete Verhaltensweisen oder gesundheitliche Konsequenzen beziehen (siehe Tabelle 4). Solche individuellen Lernziele können speziell für die Befähigung für gesundheitswirksame Bewegung als kurzfristige Zielsetzungen relevant sein (Strohacker et al. 2024).

Tabelle 4: Beispielhafte Zielformulierungen für die verschiedenen Arten von Zielen

	Kurzfristig (z. B. während Reha)	Mittel- und langfristig (nach der Reha)
Gesundheitsziele	Ich möchte besser Luft holen können	Ich möchte meine Lebensqualität steigern und dafür körperlich aktiv sein
	Ich möchte weniger Beschwerden haben (Vermeidungsziel)	Ich möchte widerstandsfähiger im Beruf sein
	Ich möchte besser schlafen können und mich tagsüber besser konzentrieren können	
	Ich möchte meine Muskulatur stärken, insbesondere im Rücken- und Bauchbereich	
	Ich möchte meine körperliche Belastbarkeit verbessern	
Verhaltensziele	Ich möchte regelmäßig eine Kombination aus ausdauernden Aktivitäten und Muskelkräftigung (2x/Woche) durchführen	
	Ich möchte wieder meine Sportart beschwerdefrei betreiben können	
	Ich möchte mir angewöhnen, regelmäßig zu walken	
	Ich möchte mit dem Fahrrad zur Arbeit fahren	
Lernziele	Ich möchte für mich einen guten Umgang mit körperlicher Belastung und Erholung finden	
	Ich möchte mich sicherer bei sportlicher Betätigung fühlen	
	Ich möchte Möglichkeiten kennenlernen, wie ich mich trotz meiner gesundheitlichen Einschränkung gut bewegen kann	
	Ich möchte eine für mich passende sportliche Aktivität finden, die mir Spaß macht und die ich mir vorstellen kann, langfristig zu betreiben	

Die Formulierung von konkreten Zielsetzungen hat sich zur nachhaltigen Änderung des Bewegungsverhaltens als erfolgreich erwiesen (Garstang et al. 2024). Die individuelle Zielverfolgung endet aber nicht mit Abschluss einer medizinischen Rehabilitation, wie auch an den Beispielen in Tabelle 4 deutlich wird. Daher sollte der Einbezug der Rehabilitand*innen auch darauf ausgerichtet sein, sie zu befähigen, bei Bedarf nach der Reha eigenständig für sie wichtige Gesundheits- und Verhaltensziele zu setzen und diese für ein selbstreguliertes Bewegungsverhalten zu nutzen. Dies ist z. B. bei Rückfällen in einen starken Bewegungsmangel oder solche Phasen bei einem stark wechselndem Bewegungsverhalten von Bedeutung. (siehe Empfehlung A2: Aufbau bewegungsspezifischer Selbstregulationskompetenz; siehe Empfehlung C8 Volition).

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

Inhalte und Methoden zur Zielerarbeitung und -formulierung

Für die Erarbeitung und Formulierung von bewegungsbezogenen Therapiezielen liegen mittlerweile einige Arbeitsmaterialien vor, die vielfach in der Forschung und Reha-Praxis angewandt wurden. Zum einen können die Methoden und Anwendungsbeispiele aus dem Arbeitshandbuch Reha-Ziele eine Orientierung bieten (vgl. www.reha-ziele.de; Glattacker et al. 2015). Zum anderen liegen einige manualisierte Vorgehensweisen für die Bewegungstherapie vor (vgl. dazu Tabelle 5).

Die Vorgehensweisen stellen eine Struktur für die Zielformulierung bereit. In der Regel werden Kriterien benannt, mit denen die Zielformulierung entlang der skizzierten Grundprinzipien optimiert werden kann. Ein bekanntes Muster sind sogenannte S.M.A.R.T.-Ziele (Bovend'Eerd et al. 2009; Dibbelt und Greitemann 2011), die folgende Eigenschaften aufweisen:

- **Spezifisch:** Liegt eine möglichst konkrete Charakterisierung des Zielzustands oder des angestrebten Verhaltens vor, so dass klar wird, was genau erreicht werden soll?
- **Messbar:** Besteht die Möglichkeit der Überprüfung, zu welchem Grad das Ziel erreicht ist?
- **Attraktiv:** Handelt es sich aus Sicht von Behandelnden und den behandelten Personen um ein lohnenswertes Ziel? Wird das Ziel von Rehabilitand*innen als relevant erachtet, weil es beispielsweise für das alltägliche Leben von Bedeutung ist?
- **Realistisch:** Ist das Ziel aus Sicht von Behandelnden und Rehabilitand*innen erreichbar?
- **Terminiert:** Auf welchen Zeitrahmen bezieht sich das Ziel und wann sollte es erreicht sein (z. B. kurzfristig zum Ende einer Reha oder langfristig in den ersten 6 Monaten nach der Reha)?

In allen Anwendungsbeispielen aus dem Bereich der Sport- und Bewegungstherapie (vgl. Tab. 5) werden schriftlichen Arbeitsunterlagen genutzt, um die Formulierung von bewegungsbezogenen Therapiezielen zu unterstützen. Häufig erfolgt eine Kombination mit Elementen der Zielüberprüfung oder weiterer Schritte der Handlungs- und Bewältigungsplanung (siehe Empfehlung C8). Die Organisationsformen variieren, wobei individuelle Zielerarbeitungen in Gruppen bis zu etwa 12 Personen realisierbar erscheinen; es werden auch Kombinationen mit Einzelberatungen vorgesehen. Teilweise werden die Programme mit digitalen Anwendungen mit Blick auf die Ziel festlegung, -dokumentation und -überprüfung unterstützt.

Tabelle 5: Praxisbeispiele zur konkreten Umsetzung von Inhalten und Methoden hinsichtlich Zielsetzung und Zielprüfung

Programmbeispiel	Elemente der Zielsetzung und Zielprüfung sowie weitere Inhalte und Methoden mit Bezug zu anderen Praxisempfehlungen	Organisationsform	Quellen:
MoVo-LiSA	<ul style="list-style-type: none"> → Formulierung von Gesundheitszielen (mit Assoziation zu Bewegung) → Formulierung von Verhaltenszielen → Prüfung der folgenden Kriterien: passend, praktikabel, präzise und wirksam (3pw-Check) → Handlungs- und Bewältigungsplanung (siehe Empfehlung C8) 	<ul style="list-style-type: none"> → Kombination von Gruppensitzungen, Einzelberatungen und telefonische/schriftliche Nachkontakte 	<p>Göhner & Fuchs (2007)</p> <p>https://www.movo-konzept.de/</p>
Bewegung und Sport im Alltag (VIN-CET, INOP)	<ul style="list-style-type: none"> → Formulierung von Verhaltenszielen → Handlungs- und Bewältigungsplanung (siehe Empfehlung C8) → Beobachtungen von Erreichung von Verhaltenszielen für Zeitraum nach der Reha 	<ul style="list-style-type: none"> → Einbindung in (geschlossene) Gruppentherapien (bis max. 12 Personen) → Verbindung mit Abschlussgesprächen (INOP) 	<p>reha-ziele.de, Sudeck (2006)</p>
ImPuls – Starke Psyche durch Bewegung und Motivation	<ul style="list-style-type: none"> → Individuelle Festlegung von S.M.A.R.T-Zielen auf Ebene von Gesundheit und Symptomatik (mit potenzieller Assoziation zu Bewegung) → Überprüfung und Reflexion der Zielerreichung (NRS) 	<ul style="list-style-type: none"> → Geschlossene Gruppen von 6-8 Personen, telefonische Nachkontakte 	<p>Wolf et al. (2020)</p>
Coach-to-Move	<ul style="list-style-type: none"> → Überprüfung und Reflexion der Zielerreichung (NRS) → Individuelle Festlegung von S.M.A.R.T-Zielen in Bezug auf körperliche Aktivität (Anwendung von Motivational Interviewing und Berücksichtigung von Shared Decision Making) → Gemeinsames Barrierenmanagement (siehe Empfehlung C8) 	<ul style="list-style-type: none"> → Geschlossene Gruppen von 6-8 Personen, telefonische Nachkontakte → Optimierung von regulären physiotherapeutischen Behandlungen (individuelle Sitzungen) → Erste Behandlung ca. 90 min danach 30-minütige Sitzungen 	<p>de Vries et al. (2015)</p>
Curriculum Generische Selbstmanagementmodule (SelMA)	<ul style="list-style-type: none"> → Über persönliche Ziele klar werden → Handeln zur Erreichung der Ziele planen → Schwierigkeiten bei der Zielerreichung vorwegnehmen → Fortschritt bei der Zielerreichung überprüfen und ggf. Handeln und Ziele anpassen 	<ul style="list-style-type: none"> → Geschlossen Gruppe (mit maximal 15 Personen) → Drei Module mit je 60 Minuten 	<p>Deutsche Rentenversicherung Bund (2021)</p>

Inhalte und Methoden zur Zielüberprüfung und -reflexion

Die Überprüfung der Zielerreichung kann bei kurzfristigen Therapiezielen noch während der Reha erfolgen. Die Überprüfung von längerfristigen Reha-Zielen ist wünschenswert, aber noch kein breit eingeführter Standard in der Rehabilitationspraxis.

Die Überprüfung der Zielerreichung ermöglicht Rehabilitand*innen sowie dem Reha-Team, sich über Erfahrungen in der Bewegungstherapie auszutauschen. Dies bietet eine direkte Möglichkeit für Feedback zu den Erfahrungen im Prozess der Bewegungstherapie. Dies kann auch dazu führen, dass individuelle bewegungsbezogene Ziele noch einmal angepasst und für die Zeit nach der Rehabilitation konkretisiert werden.

Je nach Zielsetzung können verschiedene Methoden zur Überprüfung der Therapiekontrolle und Zielüberprüfung genutzt werden (siehe dazu die Empfehlung C1). Objektive Erfassungs- und Messmethoden können beispielsweise zur Erfassung von Körperfunktionen bzw. motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten eingesetzt werden. Daneben können standardisierte Verfahren zur Erfassung der individuellen Sichtweise auf den Grad der Zielerreichung bei den Rehabilitand*innen eingesetzt werden (vgl. www.reha-ziele.de; Glattacker et al. 2015). Dazu gehören beispielsweise:

- Numerische Ratingskalen (NRS): Ermittlung des wahrgenommenen Grads der Zielerreichung durch Abfragen auf einer Skala von 0 bis 100 oder von 0 bis 10
- Goal Attainment Scaling (Zwingmann, 2003): Einschätzung des individuellen Zielfortschritt auf Basis einer Abstufung von -2 (viel weniger als erwartet), -1 (weniger als erwartet), 0 (erwartetes Ergebnis), +1 (mehr als erwartet) bis +2 (viel mehr als erwartet)

Hinweise zur personorientierten Kommunikation und dialogorientierten Zielvereinbarung

Eine hohe Bedeutung für die Vereinbarung von Zielen hat das Prinzip der Personorientierung. Förderlich für Zielvereinbarungen sind eine wertschätzende und aktive Kommunikation sowie eine aktive und mitbestimmende Rolle der Rehabilitand*innen (siehe Empfehlung A3).

Die Gesprächsführung in Gruppen- und Einzelsituationen ist darauf ausgelegt, Ziele gemeinsam zu vereinbaren („Agree“) und nicht bei Empfehlungen aus Experten-Sicht („Advise“) stehen zu bleiben. Rethorn et al. (2022) sprechen in diesem Zusammenhang von einer Rollenverschiebung vom Experten zum Coach. In dieser Rolle unterstützen Therapeutinnen und Therapeuten die Rehabilitand*innen dabei, ihre eigenen Ziele zu formulieren und zu setzen. Sie bieten bei Bedarf Informationen, Ratschläge und Lösungsansätze an. In diesem Zusammenhang sind Grundhaltungen und Techniken einer motivierenden Gesprächsführung (Miller 2014) von Bedeutung. Dazu zählen u. a. Techniken für offenes Fragen, aktives Zuhören oder Informieren und Rat anbieten (Messner 2018), die auf Basis einer therapeutischen Grundhaltung aus Empathie und Akzeptanz des Gegenübers sowie des Hervorlockens von Motivatoren und Ressourcen angewendet werden. Demgegenüber stehen weniger geeignete Techniken, wie beispielsweise ein bevormundender Gesprächsstil mit paternalistischer Grundhaltung, eine kontrollierende Sprache („Sie müssen..., sie sollten...“ etc.) mit klaren Anweisungen für die Zielfestlegung aus Expertensicht (Rethorn et al. 2022).

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 eine wesentliche Zielsetzung der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation. Übungs- und Trainingsformen zur Beeinflussung motorischer Fähigkeiten und Fertigkeiten sind traditionell Kernbestandteile bzw. konstituierende Elemente der Bewegungstherapie und all ihrer Anwendungsbereiche in der Sport- und Bewegungstherapie und der Physiotherapie (sowie den angrenzenden Bereichen der Rekreationstherapie und teilweise der Ergotherapie). Entsprechend gehört eine Vielfalt an Übungsformen und Trainingsmethoden zum Basisrepertoire von Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten. Die Ausgestaltung von Übungs- und Trainingsprozessen in der medizinischen Rehabilitation folgt zunächst den aus der Trainingswissenschaft (z.B. Hohmann et al. 2020) und Bewegungswissenschaft (z.B. Hossner und Künzell 2022) bekannten Grundsätzen. Zu berücksichtigen sind dabei allerdings – wie in der Praxis der Bewegungstherapie üblich – die jeweiligen individuellen Vorerfahrungen und gesundheitlichen Einschränkungen (z.B. Radlinger et al. 1998; Schüle und Huber 2012; Froböse et al. 2022).

Spezifische Übungs- und Trainingsformen zielen darauf ab, strukturelle und physiologische Anpassungen (muskuloskelettal, sensomotorisch, kardiopulmonal, hämatologisch, metabolisch, endokrinologisch, immunologisch etc.) zu erzeugen (siehe Empfehlung B1). Damit sollen die für die Motorik des Menschen und für eigenständige körperliche Aktivität relevanten Körperstrukturen und Körperfunktionen (als wesentliche Determinanten für die Ausprägung der motorischen Fähigkeiten Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit, Beweglichkeit und Koordination) verbessert bzw. in Abhängigkeit von der individuellen Ausgangssituation optimiert werden. Diese sind eine wichtige Grundvoraussetzung dafür, dass unmittelbare motorische Anforderungen von körperlichen Alltagsaktivitäten (z. B. Treppe steigen, Radfahren) und sportlichen Aktivitäten (z. B. Nordic Walking, Jogging, Übungen zur Muskelkräftigung, Ballspiele) bewältigt werden können (siehe Empfehlung A2 Bewegungskompetenz).

In der Bewegungstherapie der medizinischen Rehabilitation geht es darum, Übungs- und Trainingsformen zu nutzen, mit denen im begrenzten Zeitraum von nur wenigen Wochen erste Anpassungseffekte erzielt werden können. Dies betrifft zum Beispiel erste Ausdauertrainingseffekte wie z. B. die Ökonomisierung der Herzkreislauffunktion, die Verbesserung der intra- und intermuskulären Koordination bei Kraftbeanspruchungen oder eine Verbesserung der sensomotorischen Kontrolle zur Stabilisierung von Knie- oder Hüftgelenken oder der Wirbelsäule bei koordinativen Anforderungen (z. B. Treppe steigen oder Heben einer Last).

Darüber hinaus dienen Übungsformen aus dem Bereich des motorischen Lernens der Vermittlung und Verbesserung motorischer Fertigkeiten, und damit einer Erweiterung der Möglichkeiten für eigenständige körperliche Aktivität (siehe Empfehlung B1). Nicht zuletzt wird das Ziel verfolgt, die während des Rehabilitationsaufenthalts erzielten Übungs- und Trainingseffekte aufrechtzuerhalten bzw. weiter zu verstärken. Dies beinhaltet zum Beispiel die Optimierung der Bewegungstechnik beim (Nordic) Walking und Laufen, das Erlernen oder die Verbesserung von Schwimmtechniken, das

Erlernen oder Wiedereinüben des Radfahrens oder sogar die Vermittlung von Techniken aus dem Bereich der Sportspiele (z. B. Tischtennis oder Badminton/Federball).

Im Modell der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz wird auch eine adäquate Körper- und Bewegungswahrnehmung als Bestandteil von **körperlich-motorischen Voraussetzungen für gesundheitswirksame Bewegung** (siehe Empfehlung A2, Bewegungskompetenz) verstanden. Die Körper- und Bewegungswahrnehmung wird als bedeutsam erachtet, um motorische Anforderungen kompetent zu bewältigen und Beanspruchungen durch körperliche Aktivität tolerieren und steuern zu können. Dabei wird davon ausgegangen, dass Personen mit einer guten Wahrnehmung von Zuständen und Veränderungen von beispielsweise Muskelspannungen und Gelenkstellungen bei Körperhaltungen und bei Bewegungsabläufen (z. B. Bewegungsamplitude und -geschwindigkeit oder Krafteinsatz bei verschiedenen Bewegungen) auch gute Voraussetzungen für die Bewältigung von variierenden motorischen Anforderungen (z. B. bei Gleichgewichtsaufgaben) sowie für das Erlernen von alltagsmotorisch oder gesundheits-sportlich relevanten Bewegungsformen mitbringen. Eine entsprechende Fähigkeit zur Körper- und Bewegungswahrnehmung (und auch deren bewusste Reflexion) dient entsprechend einer Reduktion von Unsicherheit bei Bewegung bzw. der Stärkung des Zutrauens in die eigenen Bewegungsmöglichkeiten (aufgaben- und verhaltensbezogene Selbstwirksamkeit; siehe Empfehlung C4). Zudem wird davon ausgegangen, dass Personen mit einer guten Körperwahrnehmung eher dazu in der Lage sind, die Intensität von Bewegung und körperlichem Training angemessen zu dosieren und damit wohlbefindensförderlich zu gestalten (Steuerungskompetenz, siehe Empfehlungen A2 und C5).

Zielgruppe: Rehabilitand*innen, die aufgrund eines inaktiven Lebensstils oder aufgrund spezifischer erkrankungsbedingter Einschränkungen von einer körperlichen Dekonditionierung betroffen sind bzw. eine niedrige körperliche Fitness aufweisen.

Inhalte und Methoden zur Verbesserung körperlich-motorischer Voraussetzungen

Für die Verbesserung der körperlich-motorischen Voraussetzungen kann basierend auf der jeweiligen individuellen Ausgangssituation und den Zielsetzungen aus der großen Vielfalt der im Bereich der Bewegungstherapie eingesetzten Inhalte und Methoden für Übung und Training ausgewählt werden. Spezifische Hinweise dafür finden sich in den einschlägigen Quellen zur Sport- und Bewegungstherapie oder zum Training in der Therapie, beispielsweise in der Leitlinie körperliche Aktivität zur Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen (Bjarnason-Wehrens et al. 2009). Eine detaillierte Auflistung und Erläuterung dieser Quellen geht über das Ziel der hier vorliegenden Praxisempfehlungen hinaus. Diese Praxisempfehlungen thematisieren mit Blick auf das Ziel Bewegungsförderung vielmehr, wie die für Bewegungsfachkräfte bekannten, spezifischen Trainings- und Übungsmethoden in ein bewegungstherapeutisches Gesamtkonzept eingebettet werden können.

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, die sie zur Bewältigung von Anforderungen körperlicher Aktivitäten im Alltag oder beim (Gesundheits-)Sport benötigen. Nur wenn sich Personen beispielsweise zutrauen, Treppen sicher und zügig gehen zu können oder Rad zu fahren, werden sie diese Aktivitäten auch tatsächlich realisieren, um sie für die Stärkung ihrer motorischen Funktionsfähigkeit zu nutzen. Dieses Zutrauen wird als aufgabenbezogene Selbstwirksamkeit bezeichnet. Die aufgabenbezogene Selbstwirksamkeit spiegelt sich in der Überzeugung wider, die bewegungsbezogenen Anforderungen der jeweiligen Bewegungsaufgabe in Alltag und/oder Sport mit den eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten gut meistern zu können.

Bewegungsbezogene Selbstwirksamkeit ist eng mit Fähigkeiten zur Körper- und Bewegungswahrnehmung verbunden (Gothe et al. 2022). Bewegungsbezogene Wahrnehmungen spielen eine wichtige Rolle, um motorische Anforderungen zu bewältigen und Beanspruchung durch körperliche Aktivität tolerieren zu können. Gleichzeitig ist sie aber auch relevant für die Gestaltung und Ausrichtung von körperlicher Aktivität zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens. Körper- und Bewegungswahrnehmung haben demnach einen Einfluss sowohl auf die Bewegungs- als auch auf die Steuerungskompetenz (Pfeifer und Sudeck 2020). Beispielsweise besitzen Personen mit einer guten Wahrnehmung von Bewegungsabläufen (z. B. Amplitude, Geschwindigkeit, Krafteinsatz bei verschiedenen Bewegungen) auch gute Voraussetzungen zum Erlernen gesundheitsrelevanter Aktivitäten. Personen mit einer guten Körperwahrnehmung sind beispielsweise eher dazu in der Lage, die Intensität von Bewegungen angemessen zu dosieren und damit Belastungsgrenzen einzuhalten. Wenn aufgrund guter Körperwahrnehmung Bewegungen erfolgreich erlernt werden und individuell anspruchsvolle Bewegungsaufgaben bewältigt werden, fördert dies eine hohe Selbstwirksamkeit.

Neben der aufgabenbezogenen Selbstwirksamkeit ist zusätzlich die sogenannte verhaltensbezogene Selbstwirksamkeit für regelmäßige Bewegung notwendig. Hierunter wird die Überzeugung einer Person verstanden, auch unter ungünstigen Bedingungen regelmäßig körperlich aktiv sein zu können.

Die Stärkung beider Aspekte der bewegungsbezogenen Selbstwirksamkeit spielt eine wichtige Rolle bei Ansätzen zur Bewegungsförderung. Selbstwirksamkeit ist nachweislich bedeutsam für die Auswahl der eigenen Bewegungsaktivitäten sowie für deren regelmäßige Durchführung, auch nach Misserfolgen oder unerwünschten Ergebnissen (McAuley et al. 1999). Für die Förderung des Bewegungsverhaltens spielt die (bewegungsbezogene) Selbstwirksamkeit eine wichtige Rolle, da sie direkt mit motivationalen Aspekten verbunden ist (Ashford et al. 2010). Personen mit einer höheren bewegungsbezogenen Selbstwirksamkeit sind häufiger und regelmäßiger körperlich aktiv (Dutton et al. 2009; Darker et al. 2010; Higgins et al. 2014).

Im Modell der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (Pfeifer und Sudeck 2020) werden alle drei Kompetenzfacetten (Bewegungs-, Steuerungs- und Selbstregulationskompetenz) durch Selbstwirksamkeitsüberzeugungen gespeist. Die bewegungsbezogene Selbstwirksamkeit stärkt das Zutrauen a) die eigenen motorischen Fähigkeiten sowie Fertigkeiten zur Bewältigung von körperlichen Aktivitäten adäquat und situationsgerecht einsetzen zu können (Bewegungskompetenz), b) die körperlichen Aktivitäten eigenständig so zu gestalten, dass sie sich positiv auf die Gesundheit und das Wohlbefinden auswirken (Steuerungskompetenz) und c) die körperliche Aktivität trotz Widerständen und Hindernissen konsequent fortzuführen (Selbstregulationskompetenz).

Zielgruppe: Rehabilitand*innen mit geringem Zutrauen in die eigenständige Umsetzung gesundheitswirksamer Bewegung. Die Inhalte und Methoden können bei Personen mit einer geringen Motivationslage den Aufbau von Motivation unterstützen, und bei Personen mit hoher Motivationslage, aber dennoch unregelmäßiger körperlicher Aktivität, das Zutrauen bestärken, mit der regelmäßigen Aktivität zu beginnen und sie langfristig aufrechtzuerhalten.

Inhalte und Methoden zur Steigerung von Selbstwirksamkeit

Angemessenen Schwierigkeitsgrad des Bewegungsprogramms wählen. Dies bedeutet v.a. Bewegungsaktivitäten so gestalten, dass Teilnehmende nicht überfordert (aber auch nicht unterfordert) werden und die gestellten bewegungsbezogenen Anforderungen erfolgreich bewältigen können

- Kennenlernen und Erlernen anspruchsvoller, aber eigenständig zu bewältigender Bewegungsaufgaben
- Kennenlernen und Erlernen eigenständig durchführbarer Übungs- und Bewegungsformen für gesundheitswirksame Bewegung; z. B. Übungen der Funktionsgymnastik oder Fertigkeiten fürs Ausdauertraining (z. B. Schwimmen)

Erfahrungsaustausch zwischen Rehabilitanden ermöglichen. Dabei können Personen, die unter ähnlichen gesundheitlichen Bedingungen eine bewegungsbezogene Aufgabe erfolgreich bewältigt haben oder denen es gelungen ist, körperliche Aktivität in den Alltag zu integrieren, über ihre Erfahrungen berichten.

- Rehabilitanden und Rehabilitandinnen können gegen Ende ihrer Rehabilitation im Rahmen von Gruppengesprächen ihre bewegungsbezogenen Erfahrungen an neue Rehabilitand*innen weitergeben. Dies kann sowohl im Rahmen von Gruppendiskussionen als auch als Partnerarbeit umgesetzt werden.

Feedback zur aktuellen Bewegungsleistung geben

- Leistungsbezogen: Konkrete, positive Rückmeldung zu einer aktuellen Bewegungsleistung (z. B. „Die Krafttrainingsübung haben Sie genau richtig ausgeführt.“)
- In Bezug zu einem Standard: Bewertung eines Leistungstests im Vergleich zu einem allgemeinen gesundheitsbezogenen Standard oder im Vergleich zu alters- oder geschlechtsspezifischen Normwerten (z. B. „Ihre aktuelle Ausdauerleistungsfähigkeit liegt im Vergleich zu gleichaltrigen Personen mit ihrer Erkrankung im Moment bei 60% des Durchschnitts. Durch regelmäßige körperliche Aktivität können sie diesen Wert wieder verbessern.“)
- Entwicklungsbezogen (individuelle Bezugsnorm): Wiederholte Messung des gesundheitsbezogenen Fitnesszustandes mit expliziter Dokumentation

und Reflexion der Leistungsveränderung gemeinsam mit dem Rehabilitanden basierend auf den Ergebnissen der ersten Messung. Darauf aufbauend konkrete, positive Rückmeldung zu individuellen Leistungsfortschritten (z.B. „Im Vergleich zu Ihrer Leistung aus der ersten Woche, können Sie heute schon deutlich mehr.“)

Gegenüber den Rehabilitanden die Überzeugung zum Ausdruck bringen, dass sie bereits über die relevanten Kompetenzen verfügen oder in der Lage sind diese zu erwerben (z. B. „Ich bin davon überzeugt, dass Sie in der Lage sind 10 Minuten am Stück zu gehen.“ bzw. „Ich bin davon überzeugt, dass Sie am Ende in der Rehabilitation in der Lage sein werden...“).

Rehabilitanden mit **alternativen, situativ angepassten Bewegungsformen** bekanntmachen

→ Den Rehabilitanden die Möglichkeit geben, verschiedene Formen der körperlich-sportlichen Aktivität kennenzulernen und auszuprobieren.

Rehabilitanden 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 in Verbindung mit Sport- und Bewegungsaktivitäten

Vielfältige Variationen von gesundheitsrelevanten Bewegungstechniken anbieten (z. B. Unterschiedliche Bewegungsamplituden und kontrastierende Bewegungen) und dabei Aufmerksamkeitslenkung auf einzelne Technikmerkmale

→ Zur Wahrnehmungslenkung können den Rehabilitand*innen kontrastierende Aufgaben gestellt werden, wie z. B. Bewegungen mit unterschiedlichen Amplituden oder Kontraktionsformen

→ Beispiel Nordic Walking: Die Bewegungstherapeutin oder der Bewegungstherapeut demonstriert oder leitet die Teilnehmenden verbal an, ein oder mehrere Bewegungsmerkmale in verschiedenen Ausprägungen durchzuführen, z. B.: „Gehen Sie 50 m mit gestreckten Armen, danach 50 m mit stark gebeugten Armen, finden Sie auf den nächsten 100 Metern den für sie optimalen Ellenbogenwinkel heraus“. Weitere Variationen: mit kräftigem Stockeinsatz vs. mit geringem Stockeinsatz, großer Schrittlänge vs. kleine Schrittlänge, mit lockeren vs. hochgezogenen Schultern etc. – Fragen an die Gruppe während oder nach den Übungsformen, z. B. „Welche Unterschiede spüren Sie? Was verändert sich? Was ist angenehmer?“

Aufmerksamkeitslenkung auf physiologische Aspekte/Körperreaktionen

→ Eine verbesserte Wahrnehmung der Körperreaktionen bei Bewegung kann z. B. durch Aufmerksamkeitslenkung auf bestimmte physiologische Aspekte (z. B. Belastungsreaktionen der Unter- und der Überforderung wie Schwitzen, Herzfrequenz, Körperwärme, veränderter Atemrhythmus) oder auf Spannungsgefühle in Muskeln, Sehnen und Bindegewebe (bei Kontraktionen oder bei Dehnung) erzielt werden

→ Rehabilitanden beobachten ihre körperlichen Belastungsreaktionen z. B. Schwitzen, Herzfrequenz, Körperwärme, veränderter Atemrhythmus und reflektieren diese in Bezug auf die wahrgenommene Anstrengung. Dies hilft den Rehabilitanden dabei, auftretende normale Körperreaktionen positiv zu bewerten.

→ Beispiel: Wahrnehmungslenkung auf Muskel- Sehnenanspannung bei gymnastischen Dehnungsübungen oder Kräftigungsübungen

Übungsformen der Muskelanspannung und -entspannung zur **Förderung der Körperwahrnehmung**. Zur Verbesserung der Körperwahrnehmung können u. a. Übungsformen zur Muskelanspannung und -entspannung genutzt werden (ähnlich wie in Anleitungen zur progressiven Muskelrelaxation nach Jacobson, oder der verbalen Wahrnehmungslenkung auf Körperregionen (z. B. „body scan“ nach Kabat-Zinn 2003) oder Übungen mit taktilen Reizen (Druckpunkte wahrnehmen und benennen, Igelballmassage) oder propriozeptiven Reizen (bei Gleichgewichts- und Koordinationsaufgaben).

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 Bewegungstherapie adressiert ein vielfältiges Spektrum entlang der Verbesserung und des Erhalts von Körperfunktionen und -strukturen sowie von Aktivitäten und Teilhabe (siehe Empfehlung A1). Die Empfehlung C5 bezieht sich auf das Ziel, die Rehabilitand*innen bestmöglich dazu zu befähigen, ihr Bewegungsverhalten nachhaltig auf ihren individuellen Gesundheitsnutzen auszurichten. Die Rehabilitand*innen sollen darin unterstützt werden, die individuellen Potenziale von Bewegung für einen positiven Umgang mit Gesundheitsproblemen und zur Krankheitsbewältigung auszuschöpfen. Im Kontext bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz sollen Rehabilitand*innen dazu in die Lage versetzt werden, gesundheitswirksame Bewegung so zu gestalten (Steuerungskompetenz), dass sie körperliche und psychische Gesundheitswirkungen optimieren und Gesundheitsrisiken minimieren können (zu Grundlagen der Bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz siehe Empfehlung A2).

Auch für Menschen mit nichtübertragbaren Erkrankungen kann von einem sehr guten Verhältnis zwischen Nutzen und Risiken (z. B. unerwünschte Ereignisse wie Verletzungen oder Überlastungsschäden) von Bewegung ausgegangen werden. Gleichwohl betonen die Bewegungsempfehlungen für Menschen mit chronischen Krankheiten, dass die gesundheitliche Situation immer zu berücksichtigen ist, um das „richtige Maß“ an Bewegung festzulegen und körperliche Aktivität sicher und risikoarm zu gestalten (Pfeifer und Geidl 2017). Dies gilt z. B. bei einem Neu- oder Wiedereinstieg in Bewegungsprogramme, in Phasen der Krankheitsprogression oder bei Nebenwirkungen anderer Behandlungsformen (z. B. Chemotherapie) (siehe Empfehlung A1). Rehabilitationseinrichtungen bieten einen geeigneten Rahmen für die Bewegungsförderung im interdisziplinären Reha-Team. Dabei kann der individuelle Umgang mit Bewegung im Zusammenhang mit Gesundheitsproblemen, Beeinträchtigungen und Missbefinden fachkundig unterstützt werden. Entsprechend lassen sich die meisten Risiken von Bewegung durch eine individuell an die Krankheit und Symptomatik angepasste Belastungsgestaltung und die passende Art körperlicher Aktivität minimieren (ebd.).

Die praktische Konkretisierung der Empfehlungen C5 baut auf Methoden zur Vermittlung und Anwendung von Wissen auf (Kok et al. 2016). Im Anschluss werden in Tabellenform spezifische Bereiche für den Aufbau von

Steuerungskompetenz (siehe hierzu Empfehlung A2) ergänzt. Dafür werden Inhalte und Methoden zur Förderung von Fähigkeiten, Fertigkeiten und psychischen Faktoren mit Relevanz für ein gesundheitskompetentes Bewegungsverhalten zusammengefasst.

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«)

Effektwissen beschreibt das Wissen einer Person über die möglichen kurz- bis langfristigen Auswirkungen von Bewegung auf die körperliche und psychische Gesundheit sowie die Potenziale für eine Förderung von Aktivitäten und Teilhabe (Tiemann 2006). Dieses Wissen bzw. das Verständnis über die Gesundheitswirkungen von Bewegung ist eine wichtige Basis für eine selbstbestimmte Gestaltung gesundheitswirksamer körperlicher Aktivität. Es kann darüber hinaus wichtige Motivationsimpulse für ein regelmäßiges Bewegungsverhalten liefern (siehe Empfehlung C6).

Rehabilitanden und Rehabilitandinnen sollten daher insbesondere über die Gesundheitswirkungen von Bewegung in Bezug zu ihren individuellen Gesundheitsproblemen informiert werden. Grob lassen sich dabei drei Bereiche hervorheben:

- Informationen über die Wirkungen verschiedener Arten von Bewegung auf die Gesundheit und den Verlauf chronischer Erkrankungen
- Informationen zur optimalen Dosis von Bewegung, z. B. auf Basis allgemeiner Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung für die Bevölkerung oder anhand von Empfehlungen für Menschen mit spezifischen Gesundheitsproblemen
- Informationen über die Konsequenzen von Bewegungsmangel und dessen Bedeutung für den Verlauf chronischer Erkrankungen

Um das Verstehen dieser Informationen zu fördern, sollten folgende Prinzipien bzw. Methoden für die Wissensvermittlung berücksichtigt werden (Huber 2012; Kok et al. 2016; Meng und Faller 2020):

- Aktivierende Vermittlungsmethoden einsetzen, die zu einer vertieften Auseinandersetzung mit den Informationen anregen, und über eine rein darstellende Methodik mit passiv-konsumierenden Lernenden (z. B. mit Folien begleiteter Frontalvortrag) hinausgehen
- Vorwissen der Rehabilitand*innen berücksichtigen bzw. aktivieren
- Bezug zur persönlichen Situation herstellen (lassen) und individuelle Bedürfnisse und Erfahrungen der Rehabilitand*innen berücksichtigen, um den Informationen eine subjektive Bedeutung zu geben

Für die Vermittlung von Effektwissen liegen verschiedene Fach- und Lehrbücher oder indikationsspezifische Manuale vor, die bewegungsbezogene Materialien für Rehabilitand*innen sowie Therapeutinnen und Therapeuten bereithalten (z.B. Pfeifer 2009). Für allgemeine Gesundheitswirkungen kann exemplarisch auf die Broschüre „Menschen in Bewegung bringen“ hingewiesen werden, die für die Verbreitung der Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung (Rütten und Pfeifer 2017) speziell für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aufbereitet wurden (BZgA 2019). Angesichts der Vielfalt und Besonderheit indikationsspezifischer Informationsmaterialien liegt die Auswahl und Aufbereitung von Materialien in der Verantwortung von denjenigen Fachkräften im Reha-Team, die für die Konzeption dieser edukativen bewegungsförderlichen Inhalte zuständig sind.

Hinweise zur Organisationsform: Es ist empfehlenswert, eine enge zeitliche und räumliche Nähe zwischen der Vermittlung von Wissen und einer Eigenrealisation von Bewegung herzustellen (Huber 2012; Pfeifer und Sudeck 2020). Dadurch können z. B. kurzfristige positive Wirkungen von Bewegung direkt erfahrbar gemacht und das Verständnis für die Informationen erhöht werden. Dies kann durch eine Integration von Sequenzen der Wissensvermittlung in bewegungstherapeutische Gruppen- oder Einzeltherapien erfolgen. Bei einer Wissensvermittlung im Rahmen von Gruppengesprächen oder Vorträgen ist es mit Blick auf das Ziel der Bewegungsförderung wichtig, eine Konsistenz und Wiederholung von Inhalten und Materialien und eine „gemeinsame Sprache“ im Reha-Team sicherzustellen (siehe Empfehlung A4).

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

Handlungswissen beschreibt das Wissen einer Person, wie körperliche Aktivitäten mit einer bestimmten (gesundheitsorientierten) Zielsetzung durchgeführt und gesteuert werden können (Tiemann 2006). Die Vermittlung von Handlungswissen kann zunächst Gegenstand einer Darstellung von Informationen sein (z. B. eine einfache Darstellung von Prinzipien des körperlichen Trainings, siehe Empfehlung C3). Darüber hinaus erfordert die Anwendung von Handlungswissen aber körper- und bewegungsbezogene Fähigkeiten und Fertigkeiten, wie z. B. den eigenen Puls zu messen oder die eigene Anstrengung bei Bewegung etwa mit der Borg-Skala einzuschätzen. Auch das Zutrauen in eine eigenständige Umsetzung gesundheitswirksamer Bewegung spielt hier eine wichtige Rolle (siehe Empfehlung C4). Deshalb ist eine reine Darstellung von Informationen nicht ausreichend, um Steuerungskompetenzen angemessen zu fördern. Vielmehr ist eine Verbindung von körperlichem Üben und Trainieren mit Elementen des (kognitiven und motorischen) Lernens erforderlich (siehe Empfehlung B1). Für die didaktisch-methodische Organisation von Bewegungstherapie bedeutet dies, dass die Eigenrealisation von Bewegungsformen direkt mit der Vermittlung relevanter Informationen zu Effekten und zur Umsetzung von Bewegung kombiniert wird. Auch die inhaltliche Reflexion bzw. der Austausch dazu in der Gruppe wirkt hier unterstützend.

Die Vermittlung von Handlungswissen und der Aufbau von Steuerungskompetenz zur Durchführung gesundheitswirksamer Bewegung, zeichnet sich allgemein durch folgende Merkmale aus (z.B. Huber 2012):

- Der Lerngegenstand wird anschaulich und mit seinem Zweck vorgestellt und ist in seiner Verbindung aus Wissensvermittlung und bewegungspraktischen Sequenzen als eine Einheit erkennbar.
- Es werden bewegungspraktische Aufgaben initiiert und angeleitet, die zu Bewegungserfahrungen sowie zur Reflexion der Erfahrungen auffordern und Möglichkeiten für Feedback bzw. Austausch bieten.
- Es werden somit Möglichkeiten für eine intensive Auseinandersetzung mit dem Lerngegenstand geschaffen, die über das reine bewegungspraktische „Tun“ hinausgehen, z. B. durch Reflexionsaufgaben, Gruppendiskussion, Partnerarbeit oder Begleitmaterialien.
- Es wird die Körper- und Bewegungswahrnehmung einbezogen, die für eine gesundheitskompetente Steuerung körperlicher Aktivität relevant ist. So können psychophysische Zustände (z. B. Entspannung oder Aktivierung) durch Variationen oder Kontrastierung von Bewegungsaufgaben angesteuert werden. Diese Befindenzustände können dann als Basis für eine Reflexion und die Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten genutzt werden.
- Es werden Strategien zur Umsetzung des Gelernten in den Alltag vermittelt.

Die nachfolgende Tabelle 6 enthält beispielhaft ausgewählte Inhalte und Methoden für den Aufbau von Steuerungskompetenz für gesundheitswirksame Bewegung. Dabei werden spezifische Bereiche dargestellt, die für Rehabilitand*innen besonders bedeutsam sein können. Da die Vermittlung von Effekt- und Handlungswissen für den Aufbau von Steuerungskompetenz grundlegend ist, gelten die bisherigen Hinweise auch innerhalb der ausgewählten, spezifischeren Inhalte und Methoden, die nachfolgend konkretisiert werden.

Tabelle 6: Beispiele für Inhalte und Methoden zum Aufbau von Steuerungskompetenz für gesundheitswirksame Bewegung

Bereiche	Beispiele	Quellenbeispiele
Förderung der individuellen Belastungswahrnehmung und -steuerung		
Einsatz von Methoden, die den Zusammenhang von körperlicher Belastung und körperlichen Reaktionen verdeutlichen und aufzeigen, wie körperliche Beanspruchung individuell gesteuert werden kann	Wissensvermittlung und Schulung der Körperwahrnehmung mit Blick auf Körperreaktionen, z. B. von Herzfrequenz, Atmung, Muskelspannung und -ermüdung bei unterschiedlichen Belastungsreizen zur Thematisierung von optimaler Beanspruchung, Über- oder Unterforderung	(Pfeifer et al. 2009; Thiel et al. 2020)
	Kombination von Einschätzungen der subjektiven Anstrengung (z. B. anhand der Borg-Skala) mit objektiver Erfassung von Körperreaktionen (Herzfrequenz) während körperlicher Belastung	(Pfeifer et al. 2009; Thiel et al. 2020)
	Schulung, wie man ein Krafttraining mit verschiedenen Lasten, der Anzahl der Wiederholungen und der Einschätzung des subjektiven Anstrengungsempfindens steuern kann	(Pfeifer et al. 2009)
Gesundheitswirksame Gestaltung körperlichen Trainings oder körperlicher Alltagsbewegungen, insbesondere unter Berücksichtigung indikationsspezifischer Besonderheiten		
Vermittlung von Kenntnissen zur eigenständigen Planung von Kräftigungs-, Ausdauer-, Koordinations- und Gleichgewichtstraining	Erläuterung relevanter Grundsätze über Belastungsnormative für ein zielgerichtetes Training (Umfang, Dauer, Intensität, Pausen, Wiederholungen)	(ebd.)
	Nutzung von Materialien zur Trainingsplanung und -dokumentation, die von den Rehabilitand*innen während der Reha verwendet und erprobt werden können, und die potenziell auch für die Zeit nach der Reha weiter eigenständig nutzbar sind	(ebd.)
Vermittlung von Kenntnissen zur optimalen Art und Dosis gesundheitsförderlicher Bewegung; Sensibilisierung für individuelle Anpassungen bei Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen	Informationen zur Durchführung gesundheitswirksamer Bewegung z. B. anhand von evidenzbasierten Bewegungsempfehlungen für Menschen mit spezifischen Gesundheitsproblemen; Erläuterungen der individuellen Nutzung bzw. Anpassung von Bewegungs- und Trainingsempfehlungen	(ebd.)
Vermittlung von indikationsspezifischen Besonderheiten für die Ausführung körperlicher Alltagsbewegungen (z. B. Treppensteigen für Menschen mit Hüft-TEP) und Erarbeitung individueller Strategien für eine optimale Planung und Gestaltung von Bewegung in Alltag, Beruf und Freizeit	Informationen zu gelenkschonender Realisation von Alltagsbewegungen oder für Bewegungsabläufe und Körperhaltungen, die aus biomechanischer Sicht Gefährdungen für Körperfunktionen und -strukturen aufweisen können; entsprechend gezieltes Einüben motorischer Bewegungsabläufe (von reflektiertem Einüben bis zur Automatisierung)	

Bereiche	Beispiele	Quellenbeispiele
Umgang mit körperlichem Missbefinden und flexible Anpassung von Bewegung an die Gesundheitssituation		
Einsatz von Methoden, die für die Veränderung der körperlichen Verfassung und der Befindenzustände sensibilisieren. Methoden, die dafür sensibilisieren, angepasste körperliche Aktivitäten bzw. ein adäquates körperliches Aktivitätslevel sicherzustellen (einschließlich einer Reduktion, wenn die gesundheitliche Situation dies temporär erfordert)	Sensibilisierung für die Wahrnehmung von sich ändernden Symptomen und Befindenzuständen mit Bedeutung für die Durchführung körperlicher Aktivität (beispielsweise auch Kenntnisse über „Red Flags“, bei denen eine Konsultation medizinisch-therapeutischer Fachkräfte ratsam ist)	(Wiskemann und Scharhag-Rosenberger 2014)
	Achtsamkeitsorientierte Verfahren zur Förderung einer bewussten Eigenwahrnehmung von Körpersignalen und psychophysischen Befindenzuständen	(Weiss et al. 2023)
	Verdeutlichung des Zusammenspiels von körperlicher Beanspruchung, Erholung und Krankheitssymptomatik; Erarbeitung individueller Strategien zur optimalen Balance zwischen körperlicher Beanspruchung und Erholung („Pacing“, „Energiemanagement“ mit Blick auf die Planung und Gestaltung von Alltag, Beruf und Freizeit)	(DVGS 2022)
Vermittlung typischer Bewältigungs- und Verhaltensmuster im Zusammenhang mit bestimmten Erkrankungen (z. B. Fear-Avoidance / Endurance bei Menschen mit chronischem Schmerz)	Wissensvermittlung und Sensibilisierung für typische Bewältigungs- und Verhaltensmuster, die bei längerer Anwendung ungünstige Auswirkungen auf die Chronifizierung von Gesundheitsproblemen haben können (z. B. Bewegungsangst, Angst-Vermeidungs- oder Durchhalte-Überzeugungen bei chronischen Schmerzen)	(Pfeifer et al. 2007; Semrau et al. 2015)
	Schulung von Achtsamkeit für eigene Bewältigungs- und Verhaltensmuster; bei Bedarf auf Neubewertung von kritisch erlebten Situationen hinwirken oder alternative Strategien der körperlichen Aktivierung erarbeiten (z. B. in Gruppendiskussionen)	(Pfeifer et al. 2007; Semrau et al. 2015)
Regulation und Steigerung des psychophysischen Wohlbefindens während und durch Bewegung		
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.)	Informationen zu unmittelbaren Befindensveränderungen durch körperliche Aktivität; eigenständige Beobachtung und Reflexion der eigenen Befindensveränderungen durch körperliche Aktivität, z. B. durch den Einsatz von Befindensskalen vor, während und nach körperlicher Aktivität und eine gezielte Variation von Art, Dauer, Intensität, Rhythmisierung oder Organisationsformen und Settings (z. B. Soziale Interaktion, Naturerleben, Musik)	(Pfeifer et al. 2009; Wolf et al. 2020); (Jones und Zenko 2021)
	Vertrautmachen mit Strategien einer affektbasierten Steuerung körperlicher Aktivität, z. B. mit Hilfe einer sogenannten „Feeling Scale“, die in Ergänzung zu Körpersignalen (Herzfrequenz) oder dem subjektiven Anstrengungsempfinden zur Belastungssteuerung genutzt wird	(ebd.)
Einsatz von Methoden, die Bewegung als Mittel zur Stressbewältigung thematisieren und zur Reflektion über die individuellen Erholungspotenziale von Bewegung anregen	Vermittlung von Kenntnissen zur Rolle von Bewegung für Stressreaktionen und Stressbewältigung	(Fuchs und Gerber 2018)
	Stressregulations- und Erholungspotenziale erlebbar machen durch Beobachtung physischer und psychischer Reaktionen auf körperliche Aktivität	(ebd.)

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

Wenn es um die eigenständige Weiterführung körperlicher Aktivität im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation geht, nehmen Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten nicht selten motivationale Probleme bei Rehabilitand*innen wahr (Deprins et al. 2019). Für die Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie ist es dabei wichtig, die sog. Stadien der Verhaltensänderung zu berücksichtigen. Je nach Stadium der Verhaltensänderung können unterschiedliche Schwerpunkte im Prozess der Verhaltensänderung gesetzt werden. In Anlehnung an das Transtheoretische Modell (Prochaska und DiClemente 1982) kann etwa unterschieden werden in:

- Personen, die sich noch keine Gedanken über eine Verhaltensänderung machen und ihr teils eher negativ gegenüberstehen (Stadium der Absichtslosigkeit, Präkontemplation),
- Personen, die sich mit der Thematik befassen, aber noch keine Absicht für eine Verhaltensänderung gebildet haben (Stadium der Absichtsbildung, Kontemplation, Bewusstwerdung) und
- Personen, die bereits eine Absicht für eine Verhaltensänderung gebildet haben, und weitere Schritte für die Initiierung angehen müssen (Stadium der Vorbereitung).

Daneben können Personen ausreichend motiviert sein und bereits regelmäßig körperlich aktiv sein (Stadium der Handlung) oder dies bereits über einen längeren Zeitraum als eine Art Gewohnheit tun (Stadium der Aufrechterhaltung).

Für das Fortschreiten vom Stadium der Absichtslosigkeit über die Absichtsbildung und Vorbereitung bis zur Handlung ist es wesentlich, inwieweit es während der Rehabilitation gelingt, Selbstwirksamkeitserwartungen aufzubauen (siehe Empfehlung C4), positive Einstellungen und Ergebniserwartungen gegenüber körperlicher Aktivität zu entwickeln und positive affektive Bewegungserfahrungen (siehe Empfehlung B2) zu ermöglichen. Gemeinsam können diese zu einer soliden Motivationsbasis und einer starken Absicht für die Weiterführung körperlicher Aktivität beitragen.

Für die nachfolgenden Inhalte und Methoden zur Konkretisierung der Praxisempfehlung ist bedeutsam, dass Absichten auf unterschiedlichen Motivationsqualitäten beruhen können und hierbei insbesondere der Grad der Selbstbestimmtheit wichtig ist (Göhner und Fuchs 2007). Während intrinsische Motivation auf unmittelbar mit Bewegung verbundenen Anreizen beruht (z. B. angenehme Bewegungsvollzüge, ästhetisches Erleben, positive Körpererfahrungen), können extrinsische Anreize mit vielfältigen Ergebnissen und Folgen der körperlichen Aktivität verbunden sein (z. B. soziale Unterstützung). Eine erfolgreiche Motivierung zielt darauf ab, die Beweggründe für das eigene Bewegungsverhalten zunehmend zu „verinnerlichen“. Das heißt, dass z. B. nicht nur der Rat von Anderen (sogenannter Externaler Motivationsmodus) oder das „schlechte Gewissen“ (sogenannter introjizierte Motivationsmodus) leitend sind, sondern dass sich Rehabilitand*innen mit den Beweggründen identifizieren (z. B. „das passt zu mir und tut mir gut“) und

es wirklich ihre persönliche Absicht ist, körperlich aktiv zu sein (sogeannter Identifizierter Motivationsmodus).

Für zunehmend selbstbestimmte Motivation und Absichten müssen auch die psychologischen Grundbedürfnisse nach Autonomie, Kompetenz und sozialem Eingebundensein befriedigt werden (Teixeira et al. 2020). So bewerten Personen Bewegungserfahrungen als positiv, wenn a) die Inhalte zu ihren Werten und Vorstellungen passen und sie das Gefühl der Mitbestimmung haben (Autonomie), b) sie sich kompetent fühlen und die gestellten Aufgaben lösen können, und c) sie ein Gefühl der sozialen Wertschätzung haben, z. B. über ihre Beziehung zu Personen aus dem therapeutischen Team oder zu anderen Rehabilitand*innen.

Vor diesen Hintergründen werden nachstehend Hinweise gegeben, für welche Zielgruppen bestimmte Inhalte und Methoden mehr oder weniger nahegelegt werden. Diese Inhalte und Methoden zielen auf eine Förderung von motivationalen Komponenten der bewegungsbezogenen Selbstregulationskompetenz (siehe Empfehlung A2).

Zielgruppen: Rehabilitand*innen, die sich im Stadium der Absichtslosigkeit (Präkontemplation) oder im Stadium der Absichtsbildung befinden (Kontemplation) sowie jene, die sich im Stadium der Vorbereitung befinden, und deren selbstbestimmte Motivation gestärkt werden sollte.

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

Erste Motivationsimpulse können von der Information zu negativen Folgen des Bewegungsmangels ausgehen. Im Kern handelt es sich dabei um die Vermittlung von Wissen über Effekte körperlicher Aktivität bzw. Folgen körperlicher Inaktivität (siehe Empfehlung C5: Effektwissen).

- **Allgemeine Risikokommunikation:** Typische Inhalte können Informationen über Zusammenhänge von körperlicher Aktivität und der Entstehung von Erkrankungen sowie erhöhten Sterberaten sein. Solche Elemente der Wissensvermittlung können auf eine Steigerung des Problembewusstseins bei Bewegungsmangel ausgerichtet sein.
- **Personalisierte Risikokommunikation:** Auch individuelle Informationen zum bisherigen Aktivitätsverhalten (z. B. tägliche Schrittzahl oder wöchentliche Bewegungszeit in mindestens moderater Intensität) oder zu Körperfunktionen (z. B. Blutdruck, Labordiagnostik, motorische Funktionstests) können dafür genutzt werden, ein persönliches Risiko zu veranschaulichen. Damit können Motivationsimpulse gesetzt werden, beispielsweise wenn Abweichungen zwischen dem aktuellen Bewegungsverhalten und Empfehlungen für gesundheitswirksame Bewegung thematisiert oder individuelle Ergebnisse von körperlichen Funktionstests mit Normwerten verglichen werden.

Die Methoden zur Steigerung des Problembewusstseins und von Risikowahrnehmungen können erste Motivationsimpulse bei Personen schaffen, die bisher keine Absichten für ein Mehr an Bewegung aufweisen (Stadium Präkontemplation) oder bei Personen bekräftigend wirken, die sich in der Phase der Absichtsbildung befinden (Stadium der Kontemplation). Es ist aber auch bekannt, dass allein auf dieser eher extrinsischen Motivationsbasis in der Regel keine nachhaltigen Verhaltensänderungen zu erwarten sind (Segar et al. 2016). Sie können aber als Ausgangspunkt für Beratungen zur Verhaltensänderung genutzt, und dann in Verbindung mit Strategien zur Steigerung der Selbstwirksamkeit und zur Problemlösung gebracht werden (Kok et al. 2016).

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

Die Absichtsbildung für regelmäßige Bewegung ist dann wahrscheinlicher, wenn der individuell wahrgenommene gesundheitliche Nutzen die wahrgenommenen „Kosten“ (z. B. zeitlicher Aufwand, Anstrengung, finanzielle Kosten) übersteigt. Um entsprechende (kognitive) Einstellungen und Ergebniserwartungen zu beeinflussen, können unterschiedliche Strategien genutzt werden:

Entscheidungsbalance (Abwägen von Vor- und Nachteilen). Die Rehabilitand*innen erhalten die Gelegenheit, 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.

- Wenn positive Ergebnisse von Bewegung zeitlich nah mit dem Verhalten gekoppelt sind (z. B. kurzfristig erlebbare Aktivierung oder Schmerzlinderung), sind Impulse für Verhaltensänderungen wahrscheinlicher als bei (sehr) langfristigen Ergebniserwartungen (z. B. Verlangsamung einer Krankheitsprogression).
- Botschaften sind motivational günstiger, wenn sie einen Gewinn durch Bewegung verdeutlichen (z. B. Steigerung der Mobilität in Alltag und Beruf oder weniger wahrgenommener Stress), als wenn nur auf die Reduktion von Risiken oder die Vermeidung möglicher Verluste hingewiesen wird (z. B. Vorbeugung von Stürzen oder körperlichen Abbauprozessen) (Williamson et al. 2021).
- Für die Bewegungsförderung hinderlich können negative Ergebniserwartungen („Kosten“) sein. Dies können Befürchtungen für körperliche Schädigungen durch Bewegung sein oder die Wahrnehmung eines großen organisatorischen oder finanziellen Aufwands. Im Reha-Prozess ist bedeutsam, dass negative Ergebniserwartungen abgebaut bzw. relativiert werden können. Dazu dient beispielsweise die Thematisierung relevanter Gesundheitsinformationen oder des möglichen persönlichen Gewinns durch Bewegung (z. B. mit Blick auf risikoarme Bewegungsformen; siehe Empfehlung C5 Effekt- und Handlungswissen).
- Die Wahrnehmung von Kosten kann zudem durch Botschaften bzw. Aussagen reduziert werden, die die Erreichbarkeit von Gesundheitsnutzen einfacher erscheinen lassen (Prinzip der Niedrigschwelligkeit). Beispielhaft sind Aussagen wie „Jeder Schritt weg von körperlicher Inaktivität ist wichtig und fördert die Gesundheit“ aus den nationalen Bewegungsempfehlungen (Pfeifer et al. 2016) oder „Doing some physical activity is better than doing none“ aus den WHO-Bewegungsempfehlungen (WHO 2020).

Methoden, die eine individuelle Abwägung von Pro und Contra für Bewegung (Entscheidungsbalance) unterstützen, können die eigene Motivationslage klarer machen und den Aufbau von Motivation unterstützen. Im Kern handelt es sich um eine kognitiv-rationale Strategie zum Motivationsaufbau (siehe Empfehlung B2). Sie kann in Einzel- oder Gruppentherapien umgesetzt werden, wobei individuelle Arbeitsmaterialien genauso eingesetzt werden können wie strukturierte Gruppengespräche in Gruppentherapien mit edukativem Schwerpunkt.

Bei stark negativen Ergebniserwartungen und der Wahrnehmung von Barrieren ist eine Erarbeitung von individuellen Problemlösungen für den Umgang mit wahrgenommenen Barrieren für ein regelmäßiges Bewegungsverhalten (siehe Empfehlung C8: Bewältigungsplanung) oder für den Umgang mit Missbefinden (siehe Empfehlung C5) relevant.

Thematisierung von positiven Konsequenzen und Ergebnissen eigenen Verhaltens. Eine Erweiterung der kognitiv-rationalen Ausrichtung stellen Strategien dar, in denen für die positiven Erfahrungen und Konsequenzen durch Bewegung sensibilisiert wird.

- Therapeutinnen und Therapeuten schaffen Gelegenheiten, in denen sie die bisher erreichten Ergebnisse z. B. mit Blick auf Gesundheitsziele (siehe Empfehlung C2) thematisieren (z. B. durch Feedback) und auf die Zufriedenheit mit dem Erreichten hinwirken. So kann z. B. das Ergebnis einer verbesserten körperlichen Funktionsfähigkeit (z. B. „Ich schaffe mehr Wiederholungen“, „Ich konnte 2km am Stück walken“) direkt mit dem eigenen körperlichen Training der Rehabilitand*innen in Verbindung gebracht werden.

Diese motivationalen Strategien können auch in Verbindung mit dem Assessment und aufbauend auf Therapiekontrollen sowie individuellem Feedback (z. B. positives Feedback bei verbesserter Bewegungstechnik beim Kraft- oder Koordinationstraining) realisiert werden (siehe Empfehlung C1). Therapeutinnen und Therapeuten können in ihrer Kommunikation mit den Rehabilitand*innen viele Gelegenheit zur Wahrnehmung von positiven Konsequenzen schaffen. Die Wahrnehmung der Rehabilitand*innen sollte dabei auf positive Ergebnisse des eigenen Verhaltens gelenkt werden.

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

Positive Bewegungserfahrungen können unmittelbar beim Vollziehen und Erleben von Bewegung gemacht und verdeutlicht werden. Es geht also weniger um mittel- oder längerfristige Ergebnisse und Folgen des Verhaltens, sondern um die Tätigkeit selbst und die unmittelbar erlebbaren Konsequenzen. Häufig ist hierbei nicht nur die Bewegung selbst, sondern auch der soziale Kontext für das Erleben der körperlichen Aktivität von großer Bedeutung.

Instruktion zur Selbstbeobachtung unmittelbarer emotionaler Konsequenzen. Therapeutinnen und Therapeuten setzen Methoden ein, die Veränderungen des Befindens **direkt nach** sportlicher Aktivität verdeutlichen (z. B. durch Einsatz von Befindenserfassung vor und nach der Aktivität). Unmittelbar erlebte positive Befindenszustände nach der Aktivität bzw. positive Befindensveränderungen durch die Aktivität können starke Motivationsquellen für zukünftiges Bewegungsverhalten sein (vgl. Empfehlung C5, Tabelle 6).

Strategien zur Ermöglichung positiver affektiv-emotionaler Reaktionen auf körperliche Aktivität. Positive Befindensreaktionen auf körperliche Aktivität sind insbesondere bei zuvor körperlich inaktiven Menschen oder aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigungen nicht selbstverständlich. Es liegen Erkenntnisse vor, dass bestimmte Strategien die Wahrscheinlichkeit für positive affektiv-emotionale Reaktionen erhöhen können (Jones und Zenko 2021, 2023):

- **Outdoor-Aktivitäten** in einer möglichst natürlichen Umgebung führen häufiger zu positiven Befindensveränderungen; wenn möglich, sollten daher Outdoor-Aktivitäten entsprechend in das bewegungstherapeutische Programm eingebunden werden.
- Der **Einsatz von Musik** kann für ein positives affektives Erleben körperlicher Aktivität förderlich sein; es liegen entsprechend Empfehlungen für die Auswahl von Musik vor (Karageorghis et al. 2012).
- **Die selbständige Wahl der Intensität der körperlichen Aktivität** geht mit positiveren affektiven Reaktionen einher. Wesentlich ist hierfür das Autonomieerleben von Rehabilitand*innen; darunter versteht man das

subjektive Gefühl, eigene Handlungen und Entscheidungen selbst zu steuern. Im Prozess der Rehabilitation kann diese Form der Belastungssteuerung zunehmend mitgedacht werden.

- Die Ermöglichung von Selbstwirksamkeitserfahrungen (z. B. durch positives, aufmunterndes Feedback) kann das Bedürfnis nach Kompetenzerleben befriedigen und damit auch positive affektive Reaktionen auf körperliche Aktivität befördern (siehe Empfehlung C4 Selbstwirksamkeit).
- Auch die Nutzung neuer digitaler Technologien kann hilfreich sein, um positive Bewegungserfahrungen zu generieren. Immersive virtuelle Realitäten können ein positives affektives Erleben körperlicher Aktivität ermöglichen; sofern digitale Möglichkeiten zur Verfügung stehen, können dadurch positive affektive Reaktionen auf körperliche Aktivität erfahrbar gemacht werden.

Die beschriebenen Strategien können positives affektives Erleben bei Rehabilitand*innen wahrscheinlicher machen. Mit Blick auf das Ziel der Befähigung für eigenständige Bewegung können diese Gestaltungsmöglichkeiten auch mit der Förderung von Steuerungskompetenzen für gesundheitswirksame Aktivität verbunden werden (siehe Empfehlung C5 Steuerungskompetenz).

Strategien zur Aufmerksamkeitslenkung auf den Bewegungsvollzug (tätigkeitsbezogen, körperbezogenen). Inhalte und Methoden, die einen Aufmerksamkeitsfokus auf die Bewegung selbst lenken, können für einen Teil der Rehabilitand*innen mit positivem affektivem Erleben der Bewegung verbunden sein. Dazu gehören

- Aktivitäten, die „fließende“ kontrollierte Bewegungsformen beinhalten und das „Versinken“ in die Bewegungsaktivität ermöglichen (z. B. Qi Gong). Sie sind auch als achtsamkeitsorientierte Verfahren in der Klassifikation therapeutischer Leistungen verankert.
- Aktivitäten, die rhythmische Bewegungsmuster beinhalten (z. B. mit Harmonisierung zur Musik).
- Aktivitäten in der Gruppe, durch die in der gemeinsamen Durchführung ein Mehrwert für das Erleben der Aktivität entsteht (z. B. bei einfachen Bewegungsschrittfolgen in der Gruppe) (Molnar-Szakacs et al. 2011).

Diese Strategien können für Rehabilitand*innen hilfreich sein, um intrinsische Anreize für zukünftige Bewegungsaktivität zu erleben. Die Wahrnehmung dieser Anreize kann individuell sehr unterschiedlich sein. Eine Voraussetzung ist in jedem Fall ein hinreichendes Kompetenzerleben bei den Aktivitäten. Darauf aufbauend können Inhalte und Methoden realisiert werden, die auf die Förderung der Motivationalen Kompetenz ausgerichtet sind (siehe Empfehlung A2, Selbstregulationskompetenz sowie C8, Individuelle Passung finden, motivationale Kompetenz).

Spielorientierte Ansätze in bewegungstherapeutischen Gruppen können Interesse an den Bewegungsaufgaben fördern und der Wahrnehmung von Langeweile vorbeugen. Die spielerische Einbettung von Bewegungsaufgaben kann die Aufmerksamkeit von der körperlichen Beanspruchung ablenken, so dass Bewegung eher positiv bewertet werden kann. Zudem können soziale Interaktionen im spielerischen Miteinander arrangiert werden, die möglicherweise bestehende negative Sozialerfahrungen in sportlichen Kontexten entgegenstehen können. Beispielhaft geeignete spielerische Ansätze können sein:

- „Kleine Spiele“, die wenig körperlich-motorische Vorerfahrungen und keine Regelkenntnisse der „Großen Spiele“ (wie Volleyball, Basketball etc.) verlangen (z.B. Moosmann 2017).
- Bewegungsaufgaben in Gruppen, in denen für die Aufgabenbewältigung eine Zusammenarbeit erforderlich ist.
- Koordinationsaufgaben mit spielerischer Einbettung.

Für spielorientierte Ansätze ist zu beachten, dass das Kompetenzerleben jedes und jeder Einzelnen bestmöglich gewährleistet sein muss und der kooperative Charakter von Spielformen im Vordergrund steht. So kann ein kompetitiver Charakter in bewegungstherapeutischen Gruppen ambivalent wahrgenommen werden.

Insgesamt ist es bei der Gestaltung der Bewegungstherapie bedeutsam, das Erleben des sozialen Eingebundenseins zu fördern (Teixeira et al. 2020) und dafür zu sorgen, dass die Bewegungsausführung frei von Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund von gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder aufgrund geringer Bewegungsvorerfahrungen sind (Thiel et al. 2020).

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

In neueren Bewegungsempfehlungen finden sich Hinweise, dass Menschen sich eine Aktivität aussuchen sollen, die Ihnen Spaß und Freude bereitet (Ladwig und Ekkekakis 2017; Smith et al. 2019). Ähnlich benennen Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten häufig „Spaß an Bewegung vermitteln“ als eine zentrale Orientierung, wenn sie nach wichtigen Therapieelementen für eine erfolgreiche, nachhaltige Bewegungsförderung gefragt werden (Geidl et al. 2019). Für die Erreichung dieses Ziels wird häufig auch der Einsatz vielfältiger sogenannter „Kleiner Spiele“ (siehe Empfehlung C6) thematisiert, die im Gruppensetting gemeinsame Bewegungserlebnisse und soziale Interaktion bei Bewegung ermöglichen. Eine weitere Umsetzung des „Handlungsmusters Spaß“ findet dadurch statt, dass Rehabilitand*innen mit einer Vielfalt unterschiedlicher Bewegungsformen bekannt gemacht werden. Darauf aufbauend sollen die Rehabilitand*innen besser für sich herausfinden können, welche Art der sportlichen Betätigung sie sich zukünftig vorstellen können.

Eine strukturierte Befähigung der Rehabilitand*innen, Bewegungsformen im Einklang mit ihren Motiven, Präferenzen und Möglichkeiten auswählen und betreiben zu können, kann darauf ausgerichtet sein, die motivationale Kompetenz für Sport und Bewegung zu steigern. Darunter wird in Anlehnung an Rheinberg & Engeser (2010) verstanden, dass Personen (a) ihre eigenen sport- und bewegungsbezogenen Motive und Ziele benennen können, (b) die intrinsischen und extrinsischen Anreize unterschiedlicher Aktivitäten beurteilen können und darauf aufbauend (c) Sportaktivitäten benennen und auswählen können, die ihren eigenen Motiven und Zielen entsprechen (Schorno et al. 2021). Diese Kompetenzfacette kann als ein motivationaler Aspekt der bewegungsspezifischen Selbstregulationskompetenz aufgefasst werden (siehe Empfehlung A2).

Im Hinblick auf die jeweilige Lebenssituation der Rehabilitand*innen ist es dabei hilfreich, die jeweiligen personalen und umweltbedingten Kontextfaktoren der einzelnen Personen zu berücksichtigen. So muss eine optimale Passung z. B. auch mit den sozialen und räumlichen Begebenheiten im Wohnumfeld sowie wohnortnahen Sport- und Bewegungsangeboten abgeglichen werden. Letzter Aspekt ist vor allem auch Gegenstand der Empfehlung C9.

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

- Rehabilitand*innen setzen sich mit ihren eigenen Motiven, Zielen und Präferenzen auseinander, in dem sie beispielsweise einen standardisierten Fragebogen für diesen Bereich ausfüllen und eine Rückmeldung zu ihrem Motiv- und Zielprofil erhalten (z. B. Besprechung von Motiven und Zielen, die über ein reines Gesundheitsmotiv hinausgehen) (siehe Empfehlung C1, Assessment: Erfassung von Motiven, Zielen und Präferenzen; z. B. Berner Motiv- und Zielinventar für den Freizeit- und Gesundheitssport).
- Therapeutinnen und Therapeuten thematisieren in einem Eingangsgespräch und/oder in einem Assessment Vorerfahrungen mit Sport/ Bewegung sowie Präferenzen und Abneigungen.
- Rehabilitand*innen werden dafür sensibilisiert, dass eine Passung zwischen individuellen Motiven bzw. Zielen und den Sport- und Bewegungsformen wichtig ist. Eine gute Passung fördert das Wohlbefinden während und durch sportliche Betätigung. Dies wiederum stellt eine wichtige Bedingung für das Dabeibleiben dar

Inhalte und Methoden zur Bekanntmachung, Erprobung und Reflexion vielfältiger Bewegungserfahrung

- In der Regel wird ein großer Teil der Rehabilitand*innen mit unterschiedlichen Sport- und Bewegungsformen (beispielsweise Nordic Walking, Kräftigungstraining, Aqua-Gymnastik etc.) während der Reha bekannt gemacht bzw. sammeln sie vielfältige Bewegungserfahrungen. Darauf aufbauend regen Therapeutinnen und Therapeuten eine gezielte Reflexion und einen Austausch darüber an, welche Erfahrungen die Rehabilitand*innen mit unterschiedlichen Bewegungsformen machen und wie sie diese „typischerweise“ erleben.
- Im Verlaufe einer Reha werden die Rehabilitand*innen dazu angeregt, die verschiedenen Sport- und Bewegungsformen vor dem Hintergrund der eigenen Motive, Ziele und Präferenzen zu reflektieren und mehr in die Lage versetzt, für sie passende Sportaktivitäten zu identifizieren.
- Nach der Ermittlung der individuellen Ziele, Motive und Präferenzen können zudem spezifische Therapieangebote und geeignete Bewegungsformen zur Erprobung empfohlen bzw. für den Reha-Zeitraum ausgewählt werden.

Die benannten Methoden und Inhalte stehen in enger Verbindung mit der Formulierung von Verhaltenszielen in Empfehlung C2. Sie schaffen außerdem eine Voraussetzung für weitergehende Handlungsplanung (siehe Empfehlung C8) sowie Beratungen und direkte Vorbereitungen

(z. B. Kontaktaufnahme mit wohnortnahen Anbietern) zur Weiterführung von sportlichen Aktivitäten nach der medizinischen Rehabilitation bzw. in der Reha-Nachsorge (siehe Empfehlung C9).

Eine strukturierte Umsetzung der oben benannten Inhalte und Methoden kann in bewegungstherapeutischen Gruppenangeboten erfolgen. Erleichtert wird die Umsetzung durch unterstützende Arbeitsmaterialien für Reha-tiland*innen sowie für Therapeutinnen und Therapeuten (z.B. Schmid et al. 2024). Dabei kann innerhalb der Gruppe sowohl eine individuelle Diagnostik von Motiven, Zielen und Präferenzen als auch eine Rückmeldung zu den Ergebnissen der Diagnostik an die Reha-tiland*innen eingebunden werden. Teilweise werden die Inhalte und Methoden mit etwas mehr zeitlichem Aufwand auch durch eine Kombination von Gruppenangeboten und Einzelberatungen realisiert (Schmid et al. 2023).

C8: Absichten absichern und Verhalten planen

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

Hintergrund

Für das Bewegungsverhalten zeigt sich häufig das Phänomen, dass gefasste Absichten nicht in die Tat umgesetzt werden. Dieses Phänomen wird in der Gesundheitsverhaltensforschung als „Intentions-Verhaltens-Lücke“ beschrieben. Aus verschiedenen Studien zum Bewegungsverhalten wird berichtet, dass etwa 50% der Personen, die sich ein bewegungsbezogenes Ziel gesetzt haben, dieses Ziel nach mehreren Wochen oder Monaten nicht umgesetzt haben (Rhodes und Bruijn 2013). Bei diesen Personen sind zwar motivationale Prozesse der Zielsetzung fortgeschritten, aber sogenannte **volitionale Prozesse der Zielverfolgung** offenbar noch nicht erfolgreich. Entweder ist eine Umsetzung des – z. B. am Ende eines Reha-Aufenthalts – formulierten Ziels gar nicht begonnen worden oder das Verhalten beginnt nach ersten erfolgreichen Initiativen wieder zu fluktuieren oder wird ganz abgebrochen. Man unterscheidet hier zwischen volitionalen Problemen der Initiierung und der Stabilisierung des Bewegungsverhaltens (Sudeck 2006).

Personen gelingt es somit häufig nicht, situative Barrieren zu überwinden, die sie von körperlichen Aktivitäten abhalten. Oder es gelingt nicht, die gefasste Absicht von konkurrierenden Alternativen abzuschirmen. Dies können körperliche Barrieren sein (z. B. sich nicht fit fühlen oder Schmerzempfindungen) oder psychosoziale Barrieren (z. B. Lustlosigkeit, gestresst sein, viele andere berufliche oder familiäre Verpflichtungen) (Krämer und Fuchs 2010). Eine erfolgreiche Zielverfolgung kann dann dadurch gefährdet sein, dass man alternativ eher inaktiv bleibt (z. B. Ruhen auf dem Sofa oder vor dem TV) oder man die Prioritäten zu Ungunsten des Bewegungsverhaltens setzt (z. B. zu Gunsten von Aktivitäten für die Arbeit oder mit der Familie). Dabei wird dann womöglich auch keine Vereinbarkeit zwischen den Zeiterfordernissen für körperliche Aktivitäten und sonstigen Verpflichtungen gesehen.

Es liegen mittlerweile einige Forschungserkenntnisse über die Wirksamkeit von sogenannten **volitionalen Strategien** zur Unterstützung der Zielverfolgung vor (Geidl 2014; Jung 2024). Sie zeigen, dass Inhalte und Methoden zur Handlungs- und Bewältigungsplanung sowie zur Selbstbeobachtung des Verhaltens oder von Verhaltensergebnissen vielversprechend sind. Rehabilitand*innen können zur Stärkung volitionaler Prozesse dadurch unterstützt werden,

- Dass Therapeutinnen und Therapeuten bestimmte volitionale Techniken zur Verhaltensänderung 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 für sich situationsgerecht zu nutzen (siehe Empfehlung A2, bewegungsspezifische Selbstregulationskompetenz)

Zielgruppe: Rehabilitand*innen, die bereits für eine Verhaltensänderung motiviert sind und erste bewegungsbezogene Ziele und Absichten formulieren können. Die Empfehlung hängt eng mit der Empfehlung C2 zusammen, insofern es nun darum geht, die Umsetzung eines mittel- bis langfristigen Verhaltensziels zu unterstützen.

Inhalte und Methoden zur Handlungs- und Bewältigungsplanung

Bei der **Handlungs- und Bewältigungsplanung** handelt es sich um eine Methode zur Unterstützung der tatsächlichen Umsetzung der Zielsetzungen („von der Absicht zur Umsetzung“) (z. B. Krämer und Göhner 2020).

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? (Göhner und Fuchs 2007). Therapeutinnen und Therapeuten können die Rehabilitand*innen bei der Erstellung eines eigenen Handlungsplans anleiten. Es sollte eine geeignete körperliche Aktivität identifiziert und ausgewählt werden. Daraufhin sollte ein konkreter Plan formuliert werden, wann, wo und wie die angegebene körperliche Aktivität durchgeführt werden soll. Dabei sollte der Handlungsplan auch die Zeit nach dem Rehabilitationsaufenthalt berücksichtigen.

Die **Bewältigungsplanung** steht im Zusammenhang mit dem sogenannten Barrierenmanagement (Krämer und Fuchs 2010). Um den zuvor formulierten Handlungsplan tatsächlich gut umsetzen zu können, sollten mögliche Barrieren erkannt und dafür konkrete Bewältigungsstrategien entwickelt werden. In vielen Fällen handelt es sich um situative Barrieren, die die Rehabilitanden und Rehabilitandinnen aus vergangenen Erfahrungen kennen. Die Bewältigungsplanung umfasst:

- **Akute Strategien**, d. h. wenn man sich in einer „Risikosituation“ für eine inaktive Alternative anstatt einer geplanten Sportaktivität befindet. Beispielsweise Nachmotivieren durch nochmalige Vergegenwärtigung der Vorteile von Bewegung, Umdeuten schwieriger Situationen als Herausforderung („Ich wäre ganz schön stolz auf mich, wenn ich das jetzt doch schaffen könnte.“) oder gezielte Aufmerksamkeitslenkung auf verhaltensförderliche Informationen (z. B. Fokussieren auf die eigenen Bewegungspläne und Ausblenden von Informationen, die der Umsetzung entgegen stehen können, wie etwa das TV-Programm oder die Nutzung sozialer Medien).

- **Präventive Strategien**, die darauf ausgerichtet sind, solche Risikosituationen von vornherein zu vermeiden (z. B. durch Hinweisreize wie Eintragung im eigenen Terminkalender, durch Vorbereitungen, wie die Sportsachen bereits mit zur Arbeit nehmen oder soziale Einbindung durch Verabredungen mit Freunden zum Sporttreiben oder Gruppenangeboten).

Für die Bewegungstherapie liegen einige Arbeitsmaterialien vor, die für Handlungs- und Bewältigungsplanung für und mit Rehabilitand*innen genutzt werden können (z. B. Pfeifer 2009). Sie sind häufig in umfassendere Programme zur Unterstützung von Verhaltensänderungen eingebunden (siehe Tabelle 4 innerhalb der Empfehlung C2). In diesen Anwendungsbeispielen werden schriftlichen Arbeitsunterlagen genutzt, durch die der Prozess zur Handlungs- und Bewältigungsplanung unterstützt wird. Die Organisationsformen variieren, wobei individuelle Handlungs- und Bewältigungsplanung in Gruppen bis zu 10-12 Personen realisierbar erscheinen. Für die praktische Umsetzung der benannten Programme werden in der Regel geschlossene Gruppen vorgesehen und teils auch Kombinationen mit Einzelberatungen oder (telefonische) Nachkontakte realisiert. Teilweise werden die Programme mit digitalen Tools für die Handlungs- und Bewältigungsplanung unterstützt.

Inhalte und Methoden zur Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstbelohnung

Im Prozess der Änderung von Bewegungsverhalten werden Methoden der Selbstbeobachtung meist aufbauend auf Zielformulierungen sowie der Erarbeitung von Handlungs- und Bewältigungsplänen eingesetzt. Methoden der Selbstbeobachtung zielen darauf ab, die tatsächliche Umsetzung (Ist-Stand) mit dem anvisierten Vorhaben (Soll-Zustand) zu vergleichen. Bei einer positiven Bewertung dieses Vergleichs kann es zur Verstärkung der Zielverfolgung kommen (z. B. aufgrund von Stolz und Zufriedenheit mit dem Erreichten). Eher negative Bewertungen dieses Vergleichs können Ausgangspunkt für eine Intensivierung der Anstrengungen sein. Bei Bedarf können eher negative Bewertungen auch zu Anpassungen von Zielsetzung, Handlungs- und Bewältigungsplänen führen.

Selbstbeobachtung des Verhaltens. Methoden der Selbstbeobachtung des Verhaltens sind beispielsweise Aktivitätstagebücher und Trainingsdokumentationen oder sie sind in elektronischen Systemen (z. B. Fitnessarmbänder und Smartphones) als Applikationen eingebunden. Mit ihnen werden die Ziele und Handlungspläne mit dem tatsächlich realisierten Verhalten abgeglichen und eine Reflexion der eigenen Verhaltensumsetzung angeregt. Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten können Rehabilitand*innen mit diesen Methoden während der Reha vertraut machen und die Potenziale für eine erfolgreiche eigenständige Sicherstellung der Zielverfolgung herausstellen. Methoden zur Selbstbeobachtung des Verhaltens sind ebenfalls häufig in Arbeitsmaterialien oder digitalen Tools integriert, die zur Unterstützung von Verhaltensänderungen in der Sport- und Bewegungstherapie konzipiert wurden (z.B. Pfeifer 2009).

- **Selbstbelohnungen.** Positive Selbstbewertungen bei erfolgreicher Verfolgung von (Teil-)Zielen kann zur Verstärkung führen, da Emotionen wie Stolz und Zufriedenheit als belohnend empfunden werden. Darüber hinaus können Rehabilitand*innen dafür sensibilisiert werden, dass auch sogenannte extrinsische Selbstbelohnungen für das Dabeibleiben nützlich sein können. Darunter sind Belohnungen gemeint, die man für sich selbst festlegt und sich „gönnt“, wenn man bestimmte (Teil-)Ziele erreicht hat (z. B. eine Anschaffung für das Lieblings-Hobby).

- **Umgang mit Misserfolgen, Rückfallprophylaxe.** Angesichts der bekannten Intentions-Verhaltens-Lücke gehören „Ausrutscher“ („lapses“; Marlatt, G.A., Gorden, J.R. 1985) und Rückfälle in inaktive Episoden („relapses“) zu einem längerfristigen Prozess der Verhaltensänderung dazu. Therapeutinnen und Therapeuten sollten dafür sensibilisieren, dass etwa temporäre Krankheiten, Urlaube, stressreiche Phasen etc. zu solchen Situationen führen können und ein temporärer Rückfall in eine Phase mit weniger Aktivität nicht ungewöhnlich ist. Selbstbeobachtung ist die Basis, um den Ursachen gezielter nachzugehen und entsprechende Gegenmaßnahmen zu ergreifen. In diesen Phasen kann wiederum eine bewusste Handlungs- und Bewältigungsplanung zu einem selbstwirksamen Umgang mit Misserfolgen beitragen (z. B. Ausrutscher als Grund für vermehrte Achtsamkeit statt Resignation; Krämer und Göhner 2020).

Weitere Inhalte und Methoden zur Unterstützung einer Verhaltensumsetzung

- **Für soziale Unterstützung ermuntern.** Die Verhaltensumsetzung kann von sozialer Unterstützung aus dem Umfeld der Rehabilitand*innen in vielfältiger Weise profitieren. In den Inhalten und Methoden zur Handlungs- und Bewältigungsplanung sind solche **Elemente** der sozialen Unterstützung bereits angesprochen worden (z. B. als präventive Bewältigungsstrategie oder als Aspekt der Handlungsplanung, mit wem sportliche Aktivitäten betrieben werden sollen). Angesichts dieser Relevanz für die Verhaltensumsetzung sollten Therapeutinnen und Therapeuten für das Potenzial sozialer Unterstützung sensibilisieren und dazu ermuntern.
- **Verbindlichkeit schaffen mit Verhaltensverträgen.** In Absprache mit und unter Anleitung der Therapeutinnen und Therapeuten können sich die Rehabilitand*innen schriftlich verpflichten, selbständig formulierte Aktivitätsziele für einen bestimmten Zeitraum zu erreichen. Hierfür kann eine „vertragliche Vereinbarung“ genutzt werden (Geidl et al. 2014; Vries et al. 2015; Ma et al. 2019; Willett et al. 2021). Es ist jedoch zu bedenken, dass ein Verhaltensvertrag von manchen Personen als restriktiv und negativ empfunden werden kann. Daher sollten sich die Therapeutinnen und Therapeuten nach der Bereitschaft erkundigen, einen solchen Verhaltensvertrag abzuschließen.

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 Aufrechterhaltung der in der medizinischen Rehabilitation erzielten Wirkungen und für die nachhaltige Verfolgung individuell formulierter Zielsetzungen (siehe Empfehlung C2) sind Angebote der Rehabilitationsnachsorge von hoher Bedeutung. Dies gilt insbesondere, um an die in der Rehabilitation erlernten und durchgeführten Formen körperlich-sportlicher Aktivität sowie Übungs- und Trainingsformen anzuknüpfen und diese nach dem Aufenthalt in der Rehabilitationseinrichtung weiter zu unterstützen. Deshalb sollten Rehabilitand*innen auch aus Sicht der Bewegungstherapie umfassend über die Möglichkeiten zur Fortführung ihrer körperlichen Aktivität informiert und beraten werden.

Zielgruppe: Alle Rehabilitand*innen.

Bewegungsangebote und Bewegungsmöglichkeiten

In den Einzel- oder Gruppenangeboten der Bewegungstherapie kann zum Ende des Aufenthalts in der Rehabilitationseinrichtung insbesondere verwiesen werden auf:

- Die im System der deutschen Rentenversicherung vorgehaltenen Nachsorgeangebote wie IRENA und T-RENA bzw. die Möglichkeiten der digitalen Reha-Nachsorge. Gemeinsam mit den Rehabilitand*innen können über die Plattform www.nachderreha.de wohnortnahe Angebote identifiziert werden.
- Die vielfältigen Angebote des Rehabilitationssports und Funktionstrainings, die entsprechend der gemeinsamen Rahmenempfehlung der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (www.bar-frankfurt.de) umgesetzt werden. Die Rahmenempfehlungen, Informationen für Versicherte und die Kontaktadressen von Anbietern finden sich auf folgender Internetseite: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Reha-Nachsorge/Reha-Sport/reha-sport_node.html
- Das breite Angebote des Gesundheitssports in den Sportvereinen und hier insbesondere die Angebote, die mit dem Qualitätssiegel SPORT PRO GESUNDHEIT des Deutschen Olympischen Sportbunds (DOSB) ausgezeichnet sind, siehe <https://service-sportprogesundheit.de/>. Wohnortnahe Angebote können gemeinsam mit den Rehabilitand*innen über die sog. Bewegungslandkarte des DOSB gefunden werden: <https://bewegungslandkarte.de/>
- Die vielfältigen Angebote von kommerziellen Fitness- und Gesundheitseinrichtungen. Diese können insbesondere dann zur Fortführung eigenständiger Bewegung geeignet sein, wenn eine fachlich qualifizierte Betreuung durch Personen aus Bewegungsfachberufen (Sportwissenschaft, Physiotherapie) vorhanden ist. Rehabilitand*innen können dahin beraten werden, auf eine entsprechende qualifizierte Betreuung zu achten bzw. dies vor oder bei Aufsuchen einer Einrichtung nachzufragen. Auch können Güte- oder Qualitätssiegel anerkannter Institutionen Hinweise auf qualitätsgesichertes Vorgehen geben.

→ Zunehmend stehen auch sogenannte digitale Gesundheitsanwendungen (DIGA) zur Verfügung, die für den Bereich der Bewegungsförderung bzw. der Aufrechterhaltung von körperlicher Aktivität hilfreich sein können. Solche DIGA können über die Plattform des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte gefunden werden (<https://diga.bfarm.de/de>). Ihre Eignung für die Reha-Nachsorge kann dann auf der Basis einer fachlichen Einschätzung durch die Bewegungstherapeutinnen und Bewegungstherapeuten (ggf. gemeinsam mit weiteren Akteuren des Reha-Teams) und im Austausch mit den Rehabilitand*innen erfolgen.

Im weiteren Verlauf der Zeit nach der medizinischen Rehabilitation und je nach gesundheitlicher Situation können auch die verbreiteten Gesundheitskurse und Präventionsleistungen der Krankenkassen, die diese im Rahmen der durch den §20 SGB V geregelten Prävention anbieten, eine Möglichkeit sein, weitere Unterstützung für die Fortführung eigenständiger Bewegung zu erhalten. Auf den Internetseiten vieler Krankenkassen finden sich Suchportale, über die entsprechende Angebote gefunden werden können. Darüber hinaus bieten auch die verschiedenen Selbsthilfeorganisationen Möglichkeiten der Beratung zu Bewegung oder der Kontaktaufnahme mit Bewegungsanbietern an.

Literatur

- Baldus A, Huber G, Pfeifer K, Schüle K, 2012. ICF-Orientierung in der Sport- und Bewegungstherapie: Neue Versorgungspfade für die Rehabilitation. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 28 (02), 85–89.
- Barker J, Smith Byrne K, Doherty A, Foster C, Rahimi K, Ramakrishnan R, Woodward M, Dwyer T, 2019. Physical activity of UK adults with chronic disease: cross-sectional analysis of accelerometer-measured physical activity in 96 706 UK Biobank participants. *Int J Epidemiol*, 48 (4), 1167–1174.
- Bauman AE, Reis RS, Sallis JF, Wells JC, Loos RJF, Martin BW, 2012. Correlates of physical activity. Why are some people physically active and others not? *Lancet*, 380 (9838), 258–271.
- Berg K, 1989. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiotherapy Canada*, 41 (6), 304–311, <https://utpjournals.press/doi/10.3138/ptc.41.6.304>
- Bjarnason-Wehrens B, Schulz O, Gielen S, Halle M, Dürsch M, Hambrecht R, Lowis H, Kindermann W, Schulze R, Rauch B, 2009. Leitlinie körperliche Aktivität zur Sekundärprävention und Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen. *Clinical Research in Cardiology Supplements*, 4 (S3), 1–44.
- Bös K (Hrsg.), 2017. Handbuch Motorische Tests. Sportmotorische Tests, motorische Funktionstests, Fragebögen zur körperlich-sportlichen Aktivität und sportpsychologische Diagnoseverfahren (3., überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe, Göttingen, 899 S.
- Bös K, Abel T, Woll A, Niemann S, Tittlbach S, Schott N, 2002. Der Fragebogen zur Erfassung des motorischen Funktionsstatus (FFB-Mot). *Diagnostica*, 48 (2), 101–111.
- Bösch D, Criée C-P, 2020. 6-Minuten-Gehtest. In: Lungenfunktionsprüfung. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S. 199–204.
- Bovend'Eerd T, Botell RE, Wade DT, 2009. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clinical rehabilitation*, 23 (4), 352–361.
- Brähler E, Strauß B, Hessel A, Schumacher J, 2000. Normierung des Fragebogens zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) an einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe. *Diagnostica*, 46 (3), 156–164.
- Brand R, 2006. Die affektive Einstellungskomponente und ihr Beitrag zur Erklärung von Sportpartizipation. *Z Sportpsychol*, 13 (4), 147–155.
- Brand R, Ekkekakis P, 2018. Affective–Reflective Theory of physical inactivity and exercise. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 48 (1), 48–58.
- Brand R, Sudeck G, Ekkekakis P, 2023. Entwicklung und Validierung einer deutschsprachigen Fassung des ‚Affective Exercise Experiences Questionnaire‘ (AFFEXX-G). <https://osf.io/29jhe/>.

- Brawner CA, Churilla JR, Keteyian SJ, 2016. Prevalence of physical activity is lower among individuals with chronic disease. *Medicine and science in sports and exercise*, 48 (6), 1062–1067.
- 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.
- BZgA, 2019. Menschen in Bewegung bringen. <https://shop.bioeg.de/menschen-in-bewegung-bringen-60640104/>.
- Carl J, Sudeck G, Geidl W, Schultz K, Pfeifer K, 2021. Competencies for a Healthy Physically Active Lifestyle-Validation of an Integrative Model. *Research quarterly for exercise and sport*, 92 (3), 514–528.
- Carl J, Sudeck G, Pfeifer K, 2020. Competencies for a healthy physically active lifestyle-reflections on the model of Physical Activity-Related Health Competence. *J Phys Act Health*, 17 (7), 688–697.
- Darker CD, French DP, Eves FF, Sniehotta FF, 2010. An intervention to promote walking amongst the general population based on an ‘extended’ theory of planned behaviour: a waiting list randomised controlled trial. *Psychology & health*, 25 (1), 71–88.
- Dean E, 2009. Physical therapy in the 21st century (Part I): toward practice informed by epidemiology and the crisis of lifestyle conditions. *Physiother Theory Pract*, 25 (5-6), 330–353.
- Dean E, Al-Obaidi S, Andrade AD de, Gosselink R, Umerah G, Al-Abdelwahab S, Anthony J, Bhise AR, Bruno S, Butcher S, Fagevik-Olsén M, Frownfelter D, Gappmaier E, Gylfadóttir S, Habibi M, Hanekom S, Hasson S, Jones A, LaPier T, Lomi C, Mackay L, Mathur S, O’Donoghue G, Playford K, Ravindra S, Sangroula K, Scherer S, Skinner M, Wong WP, 2011. The first physical therapy summit on global health. implications and recommendations for the 21st century. *Physiother Theory Pract*, 27 (8), 531–547.
- Deprins J, Geidl W, Streber R, Pfeifer K, Sudeck G, 2019. Konzeptionelle Grundlagen der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation. Ergebnisse einer bundesweiten Bestandsaufnahme. *Die Rehabilitation*, 58 (6), 366-375.
- Deutsche Rentenversicherung, 2025. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL), 16.01.2026, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_allgemein/ctl-broschuere_2025.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- Deutsche Rentenversicherung Bund, 2009. Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Abgerufen am 31.08.2017, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_medizinische_reha.html

- Deutsche Rentenversicherung Bund, 2021. Curriculum Generische Selbstmanagementmodule (SelMa). Standardisiertes Gruppenprogramm, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/gesundheitstraining/generische_Selbstmanagementmodule_SelMa.pdf?__blob=publicationFile&v=1
- Deutsche Rentenversicherung Bund, 2023. Leitfaden Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation und ihre interprofessionelle Zusammenarbeit, https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/veranstaltungen/leitfaden_Berufsgruppen_IZ.html
- Dibbelt S, Greitemann B, 2011. Multimodale Rehabilitation bei chronischen Rückenschmerzen: Konzepte, Wirksamkeit und Umsetzung. *Public Health Forum*, 19 (4), 9–10.
- Dibben GO, Gardiner L, Young HM, Wells V, Evans RA, Ahmed Z, Barber S, Dean S, Doherty P, Gardiner N, Greaves C, Ibbotson T, Jani BD, Jolly K, Mair FS, McIntosh E, Ormandy P, Simpson SA, Ahmed S, Krauth SJ, Steell L, Singh SJ, Taylor RS, Begum S, DeBarros C, Davies F, Sterniczuk K, Kumar R, Longley R, Freeman A, Lalseta J, Ashby P, van Grieken M, Grace Elder D, 2024. Evidence for exercise-based interventions across 45 different long-term conditions: an overview of systematic reviews. *eClinicalMedicine*, 102599.
- Dutton GR, Tan F, Provost BC, Sorenson JL, Allen B, Smith D, 2009. Relationship between self-efficacy and physical activity among patients with type 2 diabetes. *Journal of behavioral medicine*, 32 (3), 270–277.
- DVGS (Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie), 2022. Factsheet. Bewegung und körperliches Training nach Covid-19, https://dvgs.de/images/2022/06/DVGS_09_Long_Covid_Factsheet_Finalversion_Web.pdf
- Ekkekakis P, Barker JL, Zenko Z, Werstein KM, 2024. Exercise in Obesity from the Perspective of Dual-Process Theories. In: Razon S, Sachs ML (Hrsg.). *Applied Exercise Psychology*. Routledge, New York, S. 337–371.
- Ekkekakis P, Zenko Z, Vazou S, 2021. Do you find exercise pleasant or unpleasant? The Affective Exercise Experiences (AFFEXX) questionnaire. *Psychol Sport Exerc*, 55, 101930.
- Elsman EB, Leerlooijer JN, Beek J ter, Duijzer G, Jansen SC, Hiddink GJ, Feskens EJ, Haveman-Nies A, 2014. Using the intervention mapping protocol to develop a maintenance programme for the SLIMMER diabetes prevention intervention. *BMC public health*, 12.
- Elvén M, Hochwälder J, Dean E, Söderlund A, 2015. A clinical reasoning model focused on clients' behaviour change with reference to physiotherapists. its multiphase development and validation. *Physiother Theory Pract*, 31 (4), 231–243.
- Farin E, 2014. Patientenorientierung in der Rehabilitation. *Zeitschrift für Rheumatologie*, 73 (1), 35–41.

- Focht BC, Brawley LR, Rejeski WJ, Ambrosius WT, 2004. Group-mediated activity counseling and traditional exercise therapy programs: Effects on health-related quality of life among older adults in cardiac rehabilitation. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 28 (1), 52–61, <https://academic.oup.com/abm/article/28/1/52-61/4633684>
- Freund H, 2017. *Geriatrisches Assessment und Testverfahren: Grundbegriffe – Anleitungen – Behandlungspfade* (3., erweiterte und aktualisierte Auflage). Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 283 S.
- Froböse I, Wilke C, Abel R (Hrsg.), 2022. *Trainingstherapie in der Rehabilitation. Konzepte, Therapie und Übungen*. Elsevier, München, 564 S.
- Fuchs R, 1997. *Psychologie und körperliche Bewegung. Grundlagen für theoriegeleitete Interventionen*. Hogrefe Verl. für Psychologie, Göttingen, 332 S.
- Fuchs R, Gerber M (Hrsg.), 2018. *Handbuch Stressregulation und Sport*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg.
- Fuchs R, Klaperski S, Gerber M, Seelig H, 2015. Messung der Bewegungs- und Sportaktivität mit dem BSA-Fragebogen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23 (2), 60–76.
- Garstang KR, Jackman PC, Healy LC, Cooper SB, Magistro D, 2024. What effect do goal setting interventions have on physical activity and psychological outcomes in insufficiently active adults? A systematic review and meta-analysis. *Journal of physical activity & health*, 21 (6), 541–553.
- Geidl W, Abu-Omar K, Weege M, Messing S, Pfeifer K, 2020a. German recommendations for physical activity and physical activity promotion in adults with noncommunicable diseases. *Int J Behav Nutr Phys Act*, 17 (1), 12.
- Geidl W, Schlesinger S, Mino E, Miranda L, Pfeifer K, 2020b. Dose–response relationship between physical activity and mortality in adults with noncommunicable diseases: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17 (1), 1.
- Geidl W, Semrau J, Pfeifer K, 2014. Health behaviour change theories: contributions to an ICF-based behavioural exercise therapy for individuals with chronic diseases. *Disability and Rehabilitation*, 36 (24), 2091–2100.
- Geidl W, Sudeck G, Wais J, Pfeifer K, 2022. Bewegungsförderliche Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Konsequenzen der bundesweiten Bestandsaufnahme für die Qualitätsentwicklung. *Die Rehabilitation*, 61 (5), 336–343.
- Geidl W, Wais 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 Sports Sci Med Rehabil*, 11, 28.

- Glattacker M, Farin-Glattacker E, Quaschnig K, Dibbelt S, 2015. Arbeitsbuch Reha-Ziele. Zielvereinbarungen in der medizinischen Rehabilitation.
- Göhner W, Fuchs R, 2007. Änderung des Gesundheitsverhaltens. MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung. Hogrefe, Göttingen, viii, 179.
- Göhner W, Seelig H, Fuchs R, 2009. Intervention Effects on Cognitive Antecedents of Physical Exercise: A 1-Year Follow-Up Study. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1 (2), 233–256.
- Golightly YM, Allen KD, Ambrose KR, Stiller JL, Evenson KR, Voisin C, Hootman JM, Callahan LF, 2017. Physical activity as a vital sign. A systematic review. *Preventing Chronic Disease*, 14, E123.
- Gothe NP, Erlenbach E, Engels H-J, 2022. Exercise and self-esteem model: Validity in a sample of healthy female adolescents. *Current Psychology*, 41 (12), 8876–8884.
- Härter M, Dirmaier J, 2022. Interaktion und Kommunikation. In: Meyer, T., Bengel, J., Wirtz, A. (Hrsg.). *Lehrbuch der Rehabilitationswissenschaften*. Hogrefe-Verlag, Bern.
- Hasler G, Klaghofer R, Buddeberg C, 2003. Der Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER) – Testung der deutschen Version der University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA) -. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 53 (9-10), 406–411.
- Higgins TJ, Middleton KR, Winner L, Janelle CM, 2014. Physical activity interventions differentially affect exercise task and barrier self-efficacy: a meta-analysis. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 33 (8), 891–903.
- Hohmann A, Lames M, Letzelter M, Pfeiffer M, 2020. Einführung in die Trainingswissenschaft (7., überarbeitete Auflage). Limpert Verlag, Wiebelsheim, 424 S.
- Hossner E-J, Künzell S, 2022. Einführung in die Bewegungswissenschaft. Limpert Verlag, Wiebelsheim, 502 S.
- Howlett N, Trivedi D, Troop NA, Chater AM, 2018. Are physical activity interventions for healthy inactive adults effective in promoting behavior change and maintenance, and which behavior change techniques are effective? A systematic review and meta-analysis. *Translational behavioral medicine*, 9 (1), 147–157.
- Huber G, 2012. Zur pädagogischen Dimension der Sporttherapie. In: Schüle K, Huber G (Hrsg.). *Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation*. (3., vollständig überarb. und erw. Aufl.). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, S. 122–133.
- Huy C, 2011. German-PAQ-50+ – German-PAQ-50+ Fragebogen zur Erfassung der körperlichen Aktivität, unveröffentlicht.

- Jones L, Zenko Z, 2021. Strategies to facilitate more pleasant exercise experiences. In: Zenko Z, Jones L (Hrsg.). Essentials of exercise and sport psychology: An open access textbook. Society for Transparency, Openness, and Replication in Kinesiology, S. 242–270.
- Jones L, Zenko Z, 2023. A systematic narrative review of extrinsic strategies to improve affective responses to exercise. *Front Sports Act Living*, 5, 1186986.
- 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*, 104 (7).
- Kabat-Zinn J, 2003. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2), 144–156.
- Karageorghis CI, Terry PC, Lane AM, Bishop DT, Priest D, 2012. The BASES Expert Statement on use of music in exercise. *Journal of sports sciences*, 30 (9), 953–956.
- Kayes NM, Papadimitriou C, 2023. Reflecting on challenges and opportunities for the practice of person-centred rehabilitation. *Clinical Rehabilitation*, 37 (8).
- Kok G, Gottlieb NH, Peters G-JY, Mullen PD, Parcel GS, Ruiters RAC, Fernández ME, Markham C, Bartholomew LK, 2016. A taxonomy of behaviour change methods: an Intervention Mapping approach. *Health psychology review*, 10 (3), 297–312.
- Kolb DA, 2015. *Experiential learning. Experience as the source of learning and development (Second edition)*. Pearson Education LTD, Upper Saddle River, New Jersey.
- Körner M, 2022. Reha-Team. In: Meyer, T., Bengel, J., Wirtz, A. (Hrsg.). *Lehrbuch der Rehabilitationswissenschaften*. Hogrefe-Verlag, Bern.
- Krämer L, Fuchs R, 2009. Skalen zu den sportbezogenen situativen Barrieren und dem sportbezogenen Barrierenmanagement.
- Krämer L, Fuchs R, 2010. Barrieren und Barrierenmanagement im Prozess der Sportteilnahme. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 18 (4), 170–182.
- Krämer L, Göhner W, 2020. Handlungsplanung, Barrieren und Barrierenmanagement. In: Bengel J, Mittag O (Hrsg.). *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg.
- Ladwig M, Ekkekakis P, 2017. Affect-based exercise prescription. An idea whose time has come? *ACSM's Health Fitness J*, 21 (5).
- Laitakari J, Asikainen T-M, 1998. How to promote physical activity through individual counseling—A proposal for a practical model of counseling on health-related physical activity. *Patient education and counseling*, 33, S13-S24.

- Lehnert K, Sudeck G, Conzelmann A, 2011. BMZI – Berner Motiv- und Zielinventar im Freizeit- und Gesundheitssport. *Diagnostica*, 57 (3), 146–159.
- Lein DH, Clark D, Graham C, Perez P, Morris D, 2017. A model to integrate health promotion and wellness in physical therapist practice: development and validation. *Physical therapy*, 97 (12).
- Lobelo F, Rohm Young D, Sallis R, Garber MD, Billinger SA, Duperly J, Hutber A, Pate RR, Thomas RJ, Widlansky ME, McConnell MV, Joy EA, 2018. Routine assessment and promotion of physical activity in health-care settings. a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*, 137 (18), e495-e522.
- Ma JK, West CR, Martin Ginis KA, 2019. The effects of a patient and provider co-developed, behavioral physical activity intervention on physical activity, psychosocial predictors, and fitness in individuals with spinal cord injury: a randomized controlled trial. *Sports Medicine*, 49 (7), 1117–1131.
- Marks-Vieveen JM, Uijtdewilligen L, Motazed E, Stijnman DPM, van den Akker-Scheek I, Bouma AJ, Buffart LM, Groot V de, Hollander E de, Jelsma JGM, Jong J de, van Keeken HG, Krops LA, van der Leeden M, Loer SA, van Mechelen W, van Nassau F, Nauta J, Verhagen E, Wendel-Vos W, van der Woude LHV, Zwerver J, Dekker R, van der Ploeg HP, 2024. Physical Activity Levels, Correlates, and All-Cause Mortality Risk in People Living With Different Health Conditions. *Journal of physical activity & health*, 21 (4), 394–404.
- Marlatt, GA, Gorden, JR, 1985. *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford, New York.
- Matting, L., Pfeifer, K., Sudeck, G., Jung, A., Langhirt, F., Geidl, W. (2025). Physical activity promotion in physical therapy, exercise therapy and other movement-based therapies: A scoping review and content analysis of intervention studies and theoretical works. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 22:72, <https://doi.org/10.1186/s12966-025-01772-1>
- McAuley E, Katula J, Mihalko SL, Blissmer B, Duncan TE, Pena M, Dunn E, 1999. Mode of physical activity and self-efficacy in older adults: a latent growth curve analysis. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 54 (5), P283-92.
- McEwan D, Harden SM, Zumbo BD, Sylvester BD, Kaulius M, Ruissen GR, Dowd AJ, Beauchamp MR, 2016. The effectiveness of multi-component goal setting interventions for changing physical activity behaviour: a systematic review and meta-analysis. *Health psychology review*, 10 (1), 67–88.
- McGrane N, Galvin R, Cusack T, Stokes E, 2015. Addition of motivational interventions to exercise and traditional physiotherapy: a review and meta-analysis. *Physiotherapy*, 101 (1), 1–12.
- Meng K, Faller H, 2020. Patientenschulung und Gesundheitskompetenz. In: Bengel J, Mittag O (Hrsg.). *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S. 149–160.

- Messner T, 2018. Motivational Interviewing in der Sport- und Bewegungstherapie – ein Ansatz zur Förderung der intrinsischen Motivation. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 34 (04), 186–193.
- Michie S, van Stralen MM, West R, 2011. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6, 42.
- Miller WR, 2014. *Motivierende Gesprächsführung* (4. Aufl.). Lambertus Verlag, s.l.
- Molnar-Szakacs I, Assuied VG, Overy K, 2011. Shared affective motion experience (SAME) and creative, interactive music therapy. In: Hargreaves D, Miell D, MacDonald R (Hrsg.). *Musical Imaginations Multidisciplinary perspectives on creativity, performance and perception*. Oxford University Press, S. 313–331.
- Moore CL, Kaplan SL, 2018. A framework and resources for shared decision making: opportunities for improved physical therapy outcomes. *Physical Therapy*, 98 (12), 1022–1036.
- Moosmann K (Hrsg.), 2017. *Das große Limpert-Buch der kleinen Spiele. Bewegungsspaß für Jung und Alt* (4., erweiterte Auflage). Limpert Verlag, Wiebelsheim, 461 S.
- Paulsen L, Benz L, Vonstein C, Bucksch J, 2022. Erhebungsinstrumente zur Erfassung der kommunalen Bewegungsumwelt älterer Menschen – eine systematische Betrachtung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 17 (2), 200–207.
- Pedersen BK, Saltin B, 2015. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*, 25 Suppl 3, 1–72.
- Pelliccia A, Sharma S, Gati S, Bäck M, Börjesson M, Caselli S, Collet J-P, Corrado D, Drezner JA, Halle M, Hansen D, Heidbuchel H, Myers J, Niebauer J, Papadakis M, Piepoli MF, Prescott E, Roos-Hesselink JW, Graham Stuart A, Taylor RS, Thompson PD, Tiberi M, Vanhees L, Wilhelm M, 2021. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. *European heart journal*, 42 (1), 17–96.
- Pfeffer I, Wagner M, 2020. Modelle zur Erklärung der Veränderung von Gesundheitsverhalten und körperlicher Aktivität. In: Schüler J, Wegner M, Plessner H (Hrsg.). *Sportpsychologie. Grundlagen und Anwendung*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg.
- Pfeifer K, 2009. Entwicklung evidenzgesichteter Konzepte für die Bewegungstherapie, osf.io/52r9z
- Pfeifer K, Geidl W, 2017. Bewegungsempfehlungen für Erwachsene mit einer chronischen Erkrankung – Methodisches Vorgehen, Datenbasis und Begründung. *Gesundheitswesen*, 79 (S 01), S29-S35.
- Pfeifer K, Geidl W, Zopf E, Baumann F, Schöne D, Hendrich S, Hofmann J, 2009. Entwicklung evidenzgesichteter Konzepte für die Bewegungstherapie, <https://osf.io/52r9z/metadata/osf>

- Pfeifer K, Hänsel F, Heinz B, 2007. Rückengesundheit. Grundlagen und Module zur Planung von Kursen ; mit 8 Tabellen. Dt. Ärzte-Verl., Köln, x, 116 S.
- Pfeifer K, Sudeck G, 2020. Körperliche Aktivität. In: Bengel J, Mittag O (Hrsg.). Psychologie in der medizinischen Rehabilitation. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S. 249–264.
- Pfeifer K, Sudeck G, 2022. Sport- und Bewegungstherapie – Zielsetzungen, Betrachtungsperspektiven, Entwicklungsmöglichkeiten. In: Meyer, T., Bengel, J., Wirtz, A. (Hrsg.). Lehrbuch der Rehabilitationswissenschaften. Hogrefe-Verlag, Bern.
- Pfeifer K, Sudeck G, Geidl W, Tallner A, 2013. Bewegungsförderung und Sport in der Neurologie – Kompetenzorientierung und Nachhaltigkeit. *Neurol und Rehabilitation*, 19 (1), 7–19.
- Prochaska JO, DiClemente CC, 1982. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19 (3), 276–288.
- Radlinger L, Bachmann W, Homburg J, Leuenberger U, Thaddey G, 1998. Rehabilitatives Krafttraining. Theoretische Grundlagen und praktische Anwendungen. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 366 S.
- Rauen C (Hrsg.), 2021. Handbuch Coaching (4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Hogrefe, Göttingen, 722 S.
- Rethorn ZD, Bezner JR, Pettitt CD, 2022. From expert to coach: health coaching to support behavior change within physical therapist practice. *Physiother Theory Pract*, 38 (13), 2352–2367.
- Rheinberg F, Engeser S, 2010. Chapter 18 Motive Training and Motivational Competence. In: Schultheiss O, Brunstein J (Hrsg.). *Implicit Motives*. Oxford University Press New York, S. 510–548.
- Rhodes RE, Bruijn G-J de, 2013. How big is the physical activity intention-behaviour gap? A meta-analysis using the action control framework. *British Journal of Health Psychology*, 18 (2), 296–309.
- Rhodes RE, Kates A, 2015. Can the affective response to exercise predict future motives and physical activity behavior? A systematic review of published evidence. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 49 (5), 715–731.
- Rhodes RE, McEwan D, Rebar AL, 2019. Theories of physical activity behaviour change: a history and synthesis of approaches. *Psychol Sport Exerc*, 42, 100–109.
- Riebe D, Ehrman JK, Liguori G, Magal M (Hrsg.), 2018. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription (Tenth edition). Wolters Kluwer, Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo, 472 S.
- Rost R, Hollmann W, 1982. Belastungsuntersuchungen in der Praxis: Grundlagen, Technik und Interpretation ergometrischer Untersuchungsverfahren ; 16 Tabellen. Thieme, Stuttgart New York, 164 S.

- Rütten A, Pfeifer K (Hrsg.), 2017. Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, 88 S. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Praevention/Broschueren/Bewegungsempfehlungen_BZgA-Fachheft_3.pdf.
- Schmid J, Gut V, Schorno N, Sudeck G, Conzelmann A, 2024. Welcher Sport für wen? Motivationspsychologische Perspektiven zur Passung von Person und Sportaktivität. Hogrefe AG, Bern, 184 S.
- Schmid J, Schorno N, Groux A, Giachino D, Zehetner J, Nett P, Nakas CT, Herzig D, Bally L, 2023. Fostering physical activity-related health competence after bariatric surgery with a multimodal exercise programme: A randomised controlled trial. *Journal of behavioral medicine*, 46 (5), 709–719.
- Schön DA, 2017. *The Reflective Practitioner*. Routledge.
- Schorno N, Sudeck G, Gut V, Conzelmann A, Schmid J, 2021. Choosing an activity that suits: development and validation of a questionnaire on motivational competence in exercise and sport. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 51 (1), 71–78.
- Schüle K, Huber G (Hrsg.), 2012. *Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation* (3., vollständig überarb. und erw. Aufl.). Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, xvi, 522.
- Seelig H, Fuchs R, 2006. Messung der sport- und bewegungsbezogenen Selbstkonkordanz. *Zeitschrift für Sportpsychologie*, 13 (4), 121–139.
- Segar ML, Guérin E, Phillips E, Fortier M, 2016. From a Vital Sign to Vitality: Selling Exercise So Patients Want to Buy It, 15 (4).
- Semrau J, Hentschke C, Buchmann J, Meng K, Vogel H, Faller H, Bork H, Pfeifer K, 2015. Long-term effects of interprofessional biopsychosocial rehabilitation for adults with chronic non-specific low back pain: a multicentre, quasi-experimental study. *PloS one*, 10 (3), e0118609.
- Smith B, Kirby N, Skinner B, Wightman L, Lucas R, Foster C, 2019. Infographic. Physical activity for disabled adults. *British journal of sports medicine*, 53 (6), 335–336.
- Smolenski UC, Buchmann J, Beyer L, Harke G, Seidel W, Pahnke J, Janda V, 2020. *Janda Manuelle Muskelfunktionsdiagnostik: Theorie und Praxis* (6., aktualisierte Auflage). Elsevier, München, 309 S.
- Stevens A, Köke A, van der Weijden T, Beurskens A, 2018. The development of a patient-specific method for physiotherapy goal setting: a user-centered design. *Disability and Rehabilitation*, 40 (17), 2048–2055.
- Strohacker K, Sudeck G, Keegan R, Ibrahim AH, Beaumont CT, 2024. Contextualising flexible nonlinear periodization as a person-adaptive behavioral model for exercise maintenance. *Health psychology review*, 18 (2), 285–298.
- Sudeck G, 2006. Motivation und Volition in der Sport- und Bewegungstherapie. Konzeptualisierung und Evaluierung eines Interventionskonzepts zur Förderung von Sportaktivitäten im Alltag. *Czwalina*, Hamburg, 315 S.

- Sudeck G, Geidl W, Abu-Omar K, Finger JD, Krauß I, Pfeifer K, 2021. Do adults with non-communicable diseases meet the German physical activity recommendations? *German Journal of Exercise and Sport Research*.
- Sudeck G, Pfeifer K, 2016. Physical activity-related health competence as an integrative objective in exercise therapy and health sports – conception and validation of a short questionnaire. *German Journal of Exercise and Sport Research*, 46 (2), 74–87.
- Sudeck G, Rosenstiel S, Carl J, Pfeifer K, 2023. Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz – Konzeption und Anwendung in Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. In: Rathmann K, Dadaczynski K, Okan O, Messer M (Hrsg.). *Gesundheitskompetenz*. Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, S. 33–44.
- Swann C, Rosenbaum S, Lawrence A, Vella SA, McEwan D, Ekkekakis P, 2021. Updating goal-setting theory in physical activity promotion: a critical conceptual review. *Health psychology review*, 15 (1), 34–50.
- Teixeira PJ, Marques MM, Silva MN, Brunet J, Duda JL, Haerens L, La Guardia J, Lindwall M, Lonsdale C, Markland D, Michie S, Moller AC, Ntoumanis N, Patrick H, Reeve J, Ryan RM, Sebire SJ, Standage M, Vansteenkiste M, Weinstein N, Weman-Josefsson K, Williams GC, Hagger MS, 2020. A classification of motivation and behavior change techniques used in self-determination theory-based interventions in health contexts. *Motivation Science*.
- Thiel A, John JM, Carl J, Thedinga HK, 2020. Weight Stigma Experiences and Physical (In)activity: A Biographical Analysis. *Obesity facts*, 13 (3), 386–402.
- Tiemann M, 2006. Handlungswissen und Effektwissen. In: Bös K, Brehm W (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitssport*. (2., vollständig neu bearbeitete Auflage). Hofmann, Schorndorf, S. 357–368.
- U.S. Department of Health and Human Services, 2018. 2018 Physical activity guidelines advisory committee scientific report. Abgerufen am 04.03.2026, <https://odphp.health.gov/healthypeople/tools-action/browse-evidence-based-resources/2018-physical-activity-guidelines-advisory-committee-scientific-report>
- Vries N de, van Ravensberg D, Hobbelen J, van der Wees P, Olde R, 2015. The Coach2Move approach: development and acceptability of an individually tailored physical therapy strategy to increase activity levels in older adults with mobility problems. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 38 (4), 169–182.
- Weiss H, Harrer ME, Dietz T, 2023. *Das Achtsamkeitsbuch*. Grundlagen, Übungen, Anwendungen (11., aktualisierte Auflage). Klett-Cotta, Stuttgart, 346 S.
- Werle J, Woll A, Tittlbach S, 2006. *Gesundheitsförderung: Körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit im Alter*. Kohlhammer, Stuttgart.
- WHO, 2001. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. World Health Organization.

- WHO, 2020. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Abgerufen am 25.02.2022, <https://www.who.int/publications/item/9789240015128>
- Willett M, Greig C, Fenton S, Rogers D, Duda J, Rushton A, 2021. Utilising the perspectives of patients with lower-limb osteoarthritis on prescribed physical activity to develop a theoretically informed physiotherapy intervention. *BMC musculoskeletal disorders*, 22 (1), 155, <https://link.springer.com/article/10.1186/s12891-021-04036-8>
- Williamson C, Baker G, Tomasone JR, Bauman A, Mutrie N, Niven A, Richards J, Oyeyemi A, Baxter B, Rigby B, Cullen B, Paddy B, Smith B, Foster C, Drummy C, Vandelanotte C, Oliver E, Dewi FST, McEwen F, Bain F, Faulkner G, McEwen H, Mills H, Brazier J, Nobles J, Hall J, Maclaren K, Milton K, Olscamp K, Campos LV, Bursle L, Murphy M, Cavill N, Johnston NJ, McCrorie P, Wibowo RA, Bassett-Gunter R, Jones R, Ruane S, Shilton T, Kelly P, 2021. The Physical Activity Messaging Framework (PAMF) and Checklist (PAMC): International consensus statement and user guide. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 18 (1), 164.
- Wirtz M, Farin E, Bengel J, Jäckel WH, Hämmerer D, Gerdes N, 2005. IRES-24 Patientenfragebogen. *Diagnostica*, 51 (2), 75–87.
- Wiskemann J, Scharhag-Rosenberger F, 2014. Nebenwirkungsorientierte Behandlungspfade für die bewegungstherapeutische Betreuung onkologischer Patienten. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*, 30 (04), 146–150.
- Wolf S, Zeibig J, Hautzinger M, Sudeck G, 2020. Psychische Gesundheit durch Bewegung. *Impuls – ein sport- und bewegungstherapeutisches Programm für Menschen mit psychischen Erkrankungen*. Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial. Beltz, Weinheim, 200 S.
- Worringen U, Geidl W, Reusch A, Prodingler B, Redzewsky L, Salzwedel A, Reudelsterz C, Herbold D, Zimmer J-M, Thomas A, Körner M, 2024. Ziele und Aufgaben der Arbeitsgruppe „Interprofessionelle Zusammenarbeit“ in der DGRW. *Die Rehabilitation*, 63 (02), 131–137.



Deutsche
Rentenversicherung