



# Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation

- Ein Leitfaden für die Praxis
- Überblick zum bewegungstherapeutischen Arbeiten in der medizinischen Rehabilitation
- Literatur-, Internet- und Fortbildungshinweise



# Ansprechpartner

Lukas Born  
Deutsche Rentenversicherung Bund

lukas.born@drv-bund.de

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorbemerkungen</b>	<b>4</b>
<b>1. Definition, Bedeutung und Aufgaben der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung</b>	<b>5</b>
<b>2. Reha-Qualitätssicherung und Anforderungen der DRV an die Bewegungstherapie</b>	<b>11</b>
<b>3. Das bewegungstherapeutische Team und Qualifikationen in der Bewegungstherapie</b>	<b>21</b>
<b>4. Der bewegungstherapeutische Prozess in der medizinischen Rehabilitation</b>	<b>29</b>
<b>5. Bewegungstherapeutische Assessments und Befunderhebung</b>	<b>30</b>
<b>6. Bewegungstherapeutische Beiträge zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung</b>	<b>33</b>
<b>7. Bewegungsförderung und bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz</b>	<b>36</b>
<b>8. Interprofessionelle Zusammenarbeit</b>	<b>41</b>
<b>9. Bewegungsbezogene Nachsorge im Anschluss der medizinischen Rehabilitation</b>	<b>43</b>
<b>10. Evidenzbasiertes Arbeiten in der Bewegungstherapie</b>	<b>45</b>
<b>11. Digitalisierung: Beiträge und Konsequenzen für die Bewegungstherapie</b>	<b>47</b>
<b>12. Herausforderungen der Zukunft für die Bewegungstherapie</b>	<b>49</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>51</b>

# Tabellenverzeichnis

<b>Tab. 1: Übersicht ETM Bewegungstherapie ausgewählter RTS, Stand März 2025</b>	<b>14</b>
<b>Tab. 2: Übersicht zu den Quellen</b>	<b>19</b>
<b>Tab. 3: Qualifikationsmindeststandards für die medizinische Rehabilitation</b>	<b>24</b>
<b>Tab. 4: Qualifikationsstufen laut EQR und Bewegungsförderung</b>	<b>27</b>
<b>Tab. 5: Nationale Bewegungsempfehlungen für Erwachsene</b>	<b>37</b>

# Abbildungsverzeichnis

<b>Abb. 1: Dauer bewegungstherapeutischer Leistungen (KTL-Kapitel A+B+L) an der Gesamtdauer pro Rehabilitation (2023).</b>	<b>6</b>
<b>Abb. 2: Darstellung der Schnittmengen der Bewegungstherapie mit den unterschiedlichen Leistungskapiteln.</b>	<b>7</b>
<b>Abb. 3: Anteil der KTL-Leistungen der verschiedenen Formen der Bewegungstherapie an der gesamten Bewegungstherapie pro Rehabilitation (2022).</b>	<b>9</b>
<b>Abb. 4: Übersicht der Qualitätsinstrumente, Dezernat Reha-Qualitätssicherung 0430, DRV Bund.</b>	<b>11</b>
<b>Abb. 5: KTL-A02 Muskelkrafttraining (KTL 2025).</b>	<b>13</b>
<b>Abb. 6: RTS KHK Übersicht der indikationsspezifischen ETMs.</b>	<b>14</b>
<b>Abb. 7: RTS KHK, ETM 1 Ausdauertraining.</b>	<b>15</b>
<b>Abb. 8: Personelle Anforderungen stationärer Fachabteilungen, Indikationen Orthopädie und Kardiologie.</b>	<b>16</b>
<b>Abb. 9: Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung zur Zufriedenheit mit der Behandlung während der Reha.</b>	<b>17</b>
<b>Abb. 10: Rehabilitandenbefragung, Rubrik „Gesundheitsförderliches Verhalten“.</b>	<b>18</b>
<b>Abb. 11: Ergebnisse der Auswertung der Rehabilitandenbefragung zum Item „Ausdauersport“</b>	<b>18</b>
<b>Abb. 12: Vielfalt der Berufsgruppen in der Bewegungstherapie.</b>	<b>21</b>
<b>Abb. 13: Der Bewegungstherapeutische Prozess.</b>	<b>30</b>
<b>Abb. 14: Sozialmedizin im Reha-Team im Prozess der Rehabilitation.</b>	<b>33</b>
<b>Abb. 15: Das bio-psycho-soziale Modell der WHO modifiziert.</b>	<b>34</b>
<b>Abb. 16: Komponenten der Bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz, modifiziert nach Pfeifer, Sudeck (25)</b>	<b>38</b>
<b>Abb. 17: MoVo-Prozessmodell von Fuchs und Göhner (adaptiert).</b>	<b>40</b>
<b>Abb. 18: Spektrum der Nachsorgeangebote für Erwachsene der DRV.</b>	<b>43</b>
<b>Abb. 19: Typen der DigiFlexReha, Reha-Bericht 2024, DRV.</b>	<b>49</b>

# Vorbemerkungen

Die Deutsche Rentenversicherung unterstützt die fachliche Arbeit in den Rehabilitationseinrichtungen mit dem Ziel, die medizinische Rehabilitation weiterzuentwickeln und ihre Qualität und Wirksamkeit kontinuierlich zu verbessern.

Vor diesem Hintergrund werden im Praxisleitfaden Bewegungstherapie Informationen und Empfehlungen zu verschiedenen Aspekten der bewegungstherapeutischen Tätigkeiten in der medizinischen Rehabilitation zur Verfügung gestellt. Sie sollen die praktische Arbeit in den ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen unterstützen. Gleichzeitig bietet der Leitfaden einen Überblick zu den gängigen Berufsqualifikationen, deren Besonderheiten, sowie den Anforderungen der DRV Bund und unterstützt somit die Auswahl geeigneten Therapiepersonals. Darüber hinaus soll mit diesem Leitfaden die evidenzbasierte Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation gefördert werden und insbesondere die Prägnanz der nachhaltigen Bewegungsförderung als ein zentraler Auftrag der Bewegungstherapie verdeutlicht werden.

Dieser Leitfaden richtet sich besonders an die in der Bewegungstherapie tätigen Therapeut\*innen in der medizinischen Rehabilitation. Darüber hinaus erhalten weitere Berufsgruppen wie Ärzt\*innen, kaufmännische Berufe uvm. eine Übersicht zu den spezifischen Kompetenzen, den therapeutischen und sozialmedizinischen Beiträgen sowie den Herausforderungen in der Bewegungstherapie, womit die Transparenz im multiprofessionellen Reha-Team unterstützt wird.

Die Leserin bzw. der Leser findet in den einzelnen Kapiteln einen identischen Aufbau mit Kurzzusammenfassung, Haupttext und Literaturempfehlungen bzw. Links zu weiterführenden Informationen und Fortbildungen.

Einzelne Kapitel dieses Praxisleitfadens entstanden unter Mitwirkung der AG Bewegungstherapie der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V. (DGRW) und den Fach- und Berufsverbänden: Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS), Verband für Physiotherapie – Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe e.V. (VPT), Physio Deutschland – Deutscher Verband für Physiotherapie e.V., wofür sich der Bereich Interdisziplinäre Zusammenarbeit sehr bedankt.

## **Ansprechpartner Bewegungstherapie bei der DRV Bund:**

Lukas Born, M.Sc.

Bereich Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Dezernat 8023

Abteilung Prävention und Rehabilitation

Deutsche Rentenversicherung Bund

E-Mail: [lukas.born@drv-bund.de](mailto:lukas.born@drv-bund.de)

# 1. Definition, Bedeutung und Aufgaben der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung

**In Kürze:** Bewegungstherapie ist zentraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation und findet sich in mehreren Leistungskapiteln der Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL) wieder. Bewegungstherapeutische Leistungen haben einen hohen Stellenwert im Gesamtversorgungsgeschehen der medizinischen Rehabilitation.

Sport und Bewegung sind nachweislich wirksam in der Vorbeugung und Behandlung einer Vielzahl körperlicher und psychischer (chronischer) Erkrankungen (1). Bewegungstherapie hat indikationsübergreifend einen hohen Stellenwert in der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung (DRV) (2) (s. auch Abb. 1). Sie umfasst ein breites Spektrum therapeutischer Interventionen. Entsprechende Leistungen finden sich im Klassifikationssystem Therapeutischer Leistungen der DRV (KTL) in mehreren Kapiteln: Sport- und Bewegungstherapie (A), Physiotherapie (B), Rekreationstherapie (L), Information und Schulung (C) und Funktionsorientierte Therapien (E) (3). In der Bewegungstherapie kommt der moderne, aktivierende und Eigeninitiative fördernde Ansatz der medizinischen Rehabilitation (im Vergleich zum früheren Kurgedanken) besonders zum Ausdruck.

Betreffende Therapien werden ärztlich verordnet und von multiprofessionellen Bewegungsfachberufen (vgl. Kap. 3) erbracht. Ziele der Bewegungstherapie sind, begründet durch das bio-psycho-soziale Rehabilitationskonzept, auf individueller Ebene vielfältig und abhängig von der Indikation, den persönlichen Präferenzen, Erfahrungen und Ressourcen der Rehabilitand\*innen aber auch den übergeordneten Rehabilitationszielen. „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“ (3). Grundlegend können nach Pfeifer, Sudeck (4) proximale und distale Zielbereiche für die Bewegungstherapie definiert werden:

## **Proximal (unmittelbar):**

- I. Wiederherstellung, Erhalt und Stärkung von Körperfunktionen und -strukturen einschließlich Ressourcen
- II. Hinführung zu und Bindung an regelmäßige körperlich-sportliche Aktivität

## **Distal (vermittelt durch proximale Ziele)**

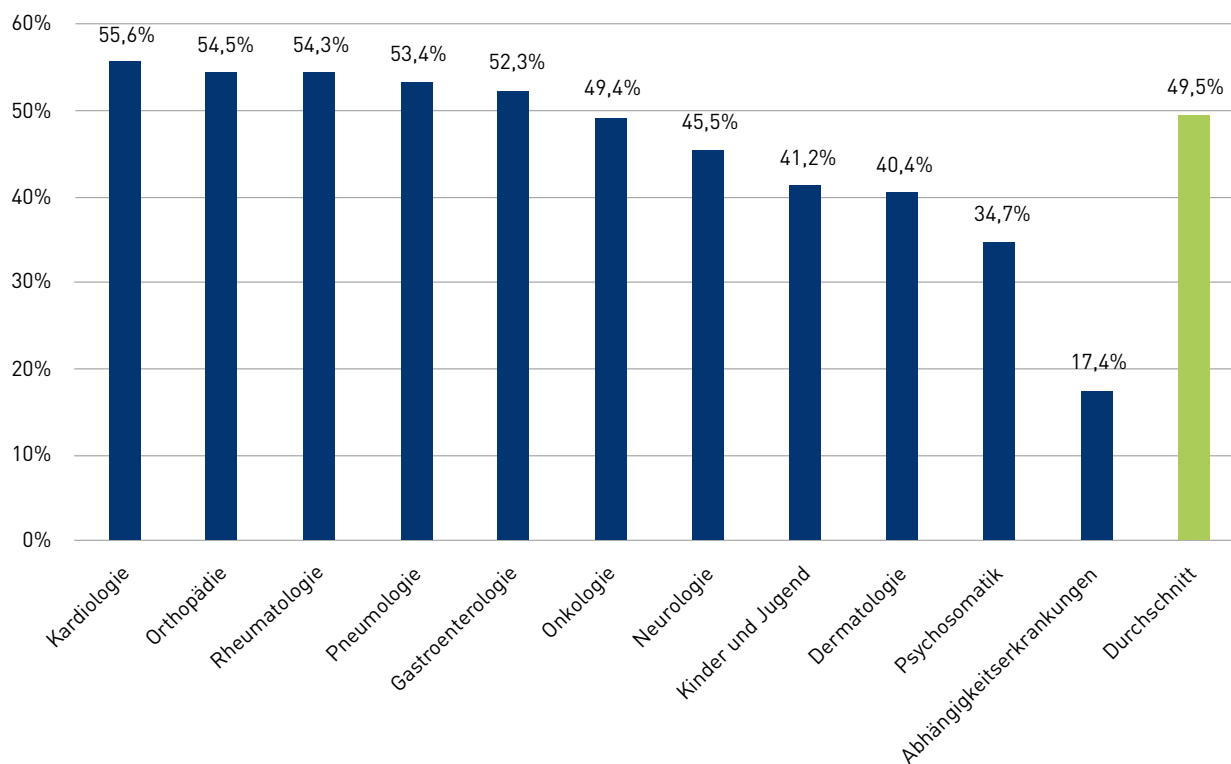
- III. Minderung von Beeinträchtigungen sowie Erhalt und Ausbau von Möglichkeiten im Bereich von Aktivitäten und Partizipation

Übersetzt, ergibt sich aus den genannten Zielbereichen ein mehrdimensionales Aufgabenspektrum für die Bewegungstherapie. Neben den

konditions-, funktions- und koordinationsfördernden Aspekten, nimmt die Befähigung zur Führung eines körperlich aktiven Lebensstils einen bedeutenden Stellenwert ein.

Traditionell standen in der Bewegungstherapie insbesondere körperlich-funktionsorientierte Aspekte wie die Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit, Muskelkraft oder Beweglichkeit im Vordergrund. Beeinflusst durch wissenschaftliche Evidenz und veränderte Versorgungsbedarfe (z. B. Multimorbidität, zunehmendes sedentäres<sup>1</sup> Verhalten) wächst die Bedeutung weiterer Zielbereiche. Zu diesen zählen insbesondere emotionale, psychosoziale und verhaltensbezogene Aspekte der Bewegungstherapie. Beispielsweise nimmt die Initiierung und/oder Aufrechterhaltung eines körperlich aktiven Lebensstils in der Behandlung chronischer Erkrankungen einen bedeutenden Faktor zur Sekundär- oder Tertiärprävention ein.

Bewegungstherapeut\*innen nehmen aufgrund der einmaligen Gelegenheit, d. h. intensive Begleitung über mehrere Wochen Reha-Dauer, eine zentrale Rolle in der Förderung eines körperlich aktiven Lebensstils ein. Dabei vermitteln sie während des Reha-Aufenthaltes, wie Bewegung Gesundheitsressourcen fördern und bei der Krankheitsbewältigung unterstützen kann und befähigen so die Rehabilitand\*innen zur selbstbestimmten Weiterführung gesundheitsförderlicher körperlicher Aktivität. Aufgrund der vielfältigen Wirkbereiche und der erwiesenen Effektivität bewegungstherapeutischer Leistungen, etablierte sich die Bewegungstherapie zur quantitativ umfangreichsten Leistungsgruppe in der medizinischen Rehabilitation der meisten Indikationen (vgl. Abb.1).



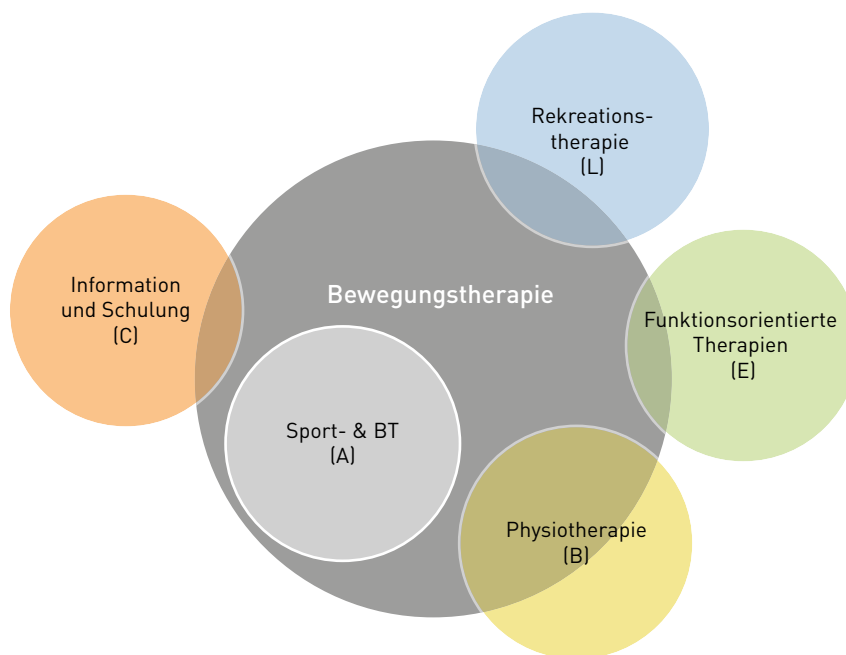
**Abb. 1:** Anteil der Dauer bewegungstherapeutischer Leistungen (KTL-Kapitel A+B+L) an der Gesamtdauer pro Rehabilitation (2023). Hinweis: Jahrerhebung 2023 KTL (2015), Auswertung DRV Bund (2025). Es wurden alle Leistungen aus Kapitel B einbezogen (nicht ausschließlich bewegungsbezogene Leistungen).

1 Sitzende oder liegende ruhende Körperhaltung im mit einem Mindestmaß an Energieverbrauch für den wachen Zustand

Hieraus ergibt sich für die Bewegungstherapie eine besondere Rolle im interdisziplinären Reha-Team. Fast alle Rehabilitand\*innen können aus verschiedensten Perspektiven, d.h. z. B. im Einzel- oder Gruppenkontext, kontinuierlich über die Dauer des Aufenthaltes begleitet werden. Zudem weisen Bewegungstherapeut\*innen in der Regel eine hohe Kontaktdichte und lange Gesamtinteraktionsdauern mit den Rehabilitand\*innen auf. Hieraus ergeben sich besondere Potenziale für die Befähigung der Rehabilitand\*innen zur Führung eines eigenverantwortlichen, gesundheitsorientierten körperlich aktiven Lebensstils. Diese Chancen gehen jedoch Hand in Hand mit einer adäquaten Qualifikation der Therapeut\*innen, die u. a. pädagogisch-verhaltensorientierte und psychosoziale Kompetenzen (vgl. Kap. 3) benötigen. Wiederkehrende Interaktionen bieten darüber hinaus die Möglichkeit eines gegenseitigen Feedbacks oder der (Re-)Adjustierung von Therapieplänen, ausgerichtet an der jeweiligen Leistungsfähigkeit, den individuellen Präferenzen und Bedürfnissen und Reha-Zielen.

### Begriffsdefinitionen

Wie bereits ausgeführt, bildet sich die Bewegungstherapie in mehreren Leistungskapiteln der KTL ab (vgl. Abb. 2). An dieser Stelle soll für die folgenden Kapitel eine Begriffsklärung aus Sicht der DRV erfolgen, die sich u. a. an den Definitionen der KTL als auch der Reha-Therapiestandards (RTS) orientieren.



**Abb. 2:** Darstellung der Schnittmengen der Bewegungstherapie mit den unterschiedlichen Leistungskapiteln. Hinweis: Leistungen des Kapitels A sind vollständig der Bewegungstherapie zuzurechnen. Ein Teil der Physiotherapie und Anteile aus C, E und L sind bewegungstherapeutische Leistungen.

### Bewegungstherapie:

Es handelt sich um körperliche Aktivität, die ärztlich verordnet und von Fachtherapeut\*innen zielgerichtet geplant, angeleitet und gemeinsam mit den Ärzt\*innen kontrolliert wird (5). Die Therapie kann individuell oder in Gruppen durchgeführt werden. Therapeutische Inhalte können allgemein wie in dem Evidenzbasierten Therapiemodul 01 (ETM) des Entwurfs 2.0 des

indikationsübergreifenden Reha-Therapiestandards (vgl. Abb. 7) formuliert werden:

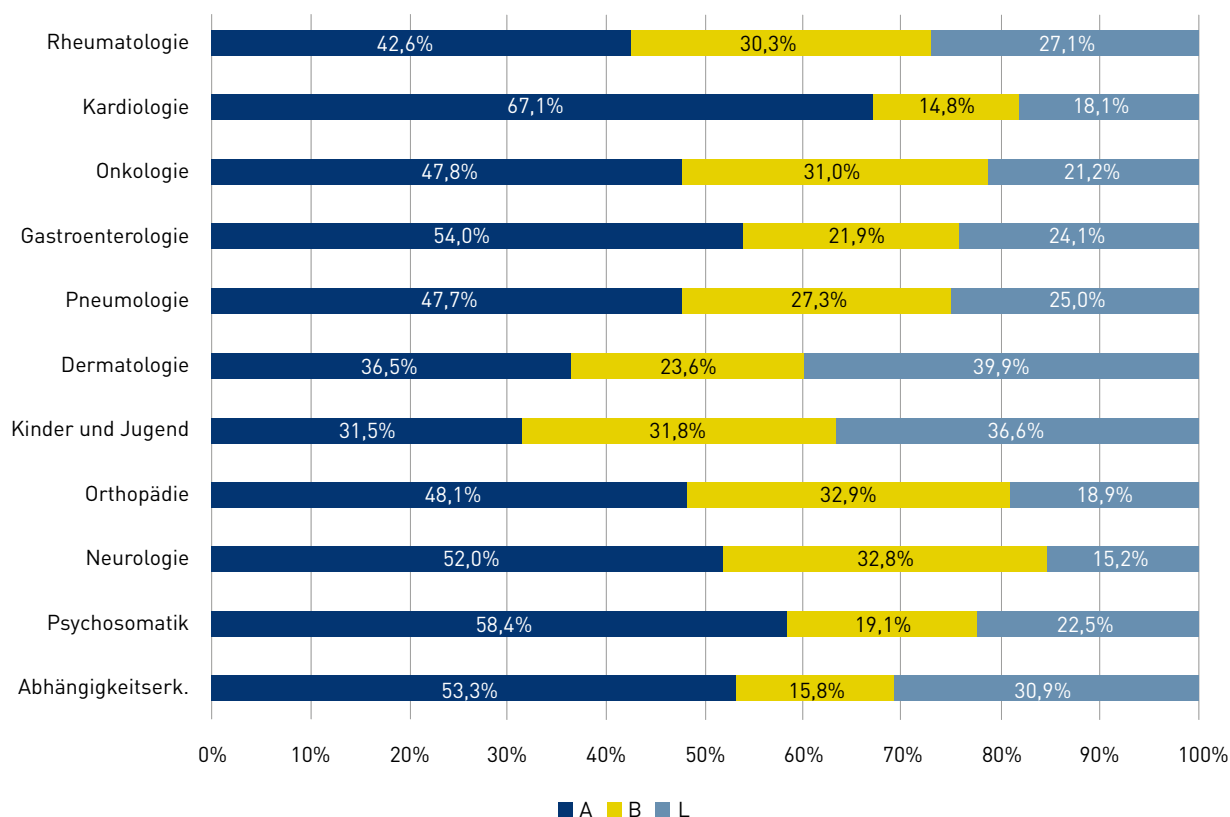
- I. Anbahnung, Übung und Training zur (Wieder-)Herstellung von physischen Funktionen, Belastbarkeit und Trainierbarkeit, die Stärkung physischer Ressourcen / Funktionen (Kraft, Ausdauer, Koordination, Beweglichkeit)
- II. Vermittlung von Aktivitäten (z. B. ADL, sport- und berufsbezogene Bewegungskompetenzen)
- III. Stärkung psycho-sozialer Ressourcen durch positive und nachhaltig umsetzbare Bewegungserfahrungen, bewegungsbezogene Selbstwirksamkeitserfahrungen, Aufbau von Bewegungs- und Steuerungskompetenz zur Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil.

**Physiotherapie** schließt zum einen Leistungen wie physikalische Therapien (Balneo-, Klima-, Hydro- und Elektrotherapie), Massagen, Manuelle Therapie und zum anderen Bewegungstherapien, z. B. Einzel-Krankengymnastik (KG) oder Gruppenanwendungen wie z. B. Bewegungsbad ein. Physikalische Therapien und Massage finden sich im Kapitel K der KTL. Die Wiedererlangung gestörter physiologischer Funktionen oder ggf. das Erarbeiten von Kompensationsstrategien zur Bewältigung von Alltag und Beruf sind zentrale Ziele. Die Nutzung unterstützender Hilfsmittel wie z. B. Gehstützen kann durch Physiotherapeut\*innen angeleitet werden.

**Sport- und Bewegungstherapie** zeichnet sich im Wesentlichen durch aktive Therapieformen aus, bei denen die gesundheitsfördernden Wirkungen von Sport und vielfältigen Bewegungsformen gezielt zu therapeutischen Zwecken genutzt werden. Leistungen der Sport- und Bewegungstherapie adressieren neben der Entwicklung sportmotorischer Fähigkeiten (z. B. Ausdauer, Kraft, Koordination) auch emotionale, soziale und verhaltensbezogene Zielsetzungen (3). „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“ (Kapitel A der KTL, 2025) (3). Die Leistungen werden in Gruppen- und Einzeltherapien erbracht. Sport- und Bewegungstherapie kann als systematisches Konditionstraining, an den Prinzipien der Trainingslehre ausgerichtet, oder in Form von Bewegungsspielen oder Übungsstunden ausgestaltet sein, um positive Bewegungserfahrungen zu vermitteln und die Heranführung an eigenständige körperliche Aktivität zu unterstützen.

**Rekreationstherapie** umfasst Leistungen, „(...) die darauf ausgerichtet sind, den Rehabilitanden Möglichkeiten für eine gesundheitsorientierte und persönlich angemessene Freizeitgestaltung aufzuzeigen und die Freizeitkompetenz zu fördern“ (3). Bezogen auf eine bewegungsbezogene Freizeitgestaltung findet sich in der KTL (2025) die Ziffer „L01 – Bewegung und Sport in der Freizeit“. Leistungen können z. B. Schwimmen, Radfahren, Volleyball und weitere sein, die meistens außerhalb der Kerntherapiezeit wahrgenommen und therapeutisch begleitet werden. Abgrenzend von anderen Leistungen stehen spezifische konditions- und funktionsfördernde Ziele nicht im Vordergrund.

Wie sich die einzelnen Therapieleistungen nach Indikationen unterscheiden, kann beispielhaft Abbildung 3 entnommen werden.



**Abb. 3:** Anteil der KTL-Leistungen der verschiedenen Formen der Bewegungstherapie an der gesamten Bewegungstherapie pro Rehabilitation (2022).

Hinweis: Auswertung DRV (2025). Einbezogen wurden die KTL-Kapitel A, B (alle Leistungen) und L (L55, KTL 2015).

### Bewegungstherapeut\*innen

Die Bewegungstherapie ist als Therapiefeld Teil der Rehabilitation und schließt mehrere leistungserbringende Berufsgruppen ein, zu denen Physiotherapeut\*innen, Diplom Sportlehrer\*innen und Sportwissenschaftler\*innen, Sport- und Gymnastiklehrer\*innen und ggf. weitere gehören (vgl. Kap. 3). Häufig findet sich auf Einrichtungsebene die Organisation der Bewegungstherapie in ein Team Physiotherapie und ein Team Sporttherapie.

### Aufgaben der Bewegungstherapeut\*innen

Bewegungstherapeut\*innen realisieren in der medizinischen Rehabilitation das Kennenlernen und Erleben vielfältigster Sport- und Bewegungsangebote. Orientiert an den persönlichen Ressourcen und Vorlieben, unterstützen die Therapeut\*innen bei der gezielten Auswahl, der sicheren Ausführung und Entwicklung bzw. Festigung der persönlichen Bewegungskompetenz.

Als Expert\*innen unterstützen die Therapeut\*innen beim Abbau von Unsicherheiten in der alltäglichen oder berufsspezifischen Belastung (z. B. arbeitsplatzbezogenes Training) und beraten hinsichtlich der Gestaltung eines körperlich aktiven Lebensstils.

Bewegungstherapeut\*innen fungieren als Lotsen, wenn es darum geht, nachhaltig einen körperlich aktiven Lebensstil umzusetzen und unterstützen

den Alltagstransfer. Hierzu zählen z. B. die Planung von Bewegung im Alltag, die Identifizierung individueller Sportpassungen oder die Suche nach Nachsorgeangeboten. Sie entwickeln die bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz und fördern so die Umsetzung von körperlicher Aktivität im Alltag (vgl. Kap. 7).

Neben den therapeutischen Tätigkeiten mit den Rehabilitand\*innen nehmen Bewegungstherapeut\*innen eine wichtige Rolle in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung und den berufsbezogenen Anforderungs- und Fähigkeitsabgleichen ein. Die Ergebnisse ihrer fachspezifischen Diagnostik, Verhaltensbeobachtungen und Befunde können entscheidende Informationen für die ärztlich verantwortete Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Beruf sein.

#### **Weiterführende Literatur:**

KTL – Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/ctl\\_therapeutische\\_versorgung.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/ctl_therapeutische_versorgung.html)

RTS – Reha-Therapiestandards

<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/rts.html>

Definitionen der Bewegungstherapie

Pfeifer K, Sudeck G. Körperliche Aktivität. In: Bengel J, Mittag O, editors. Psychologie in der medizinischen Rehabilitation: Somatopsychologie und Verhaltensmedizin. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2020. p. 249-64

Definition Sport-/Bewegungstherapie des Fachverbandes DVGS e.V.

[https://dvgs.de/de/sport-bewegungstherapie/sport-bewegungstherapie\\_.html](https://dvgs.de/de/sport-bewegungstherapie/sport-bewegungstherapie_.html)

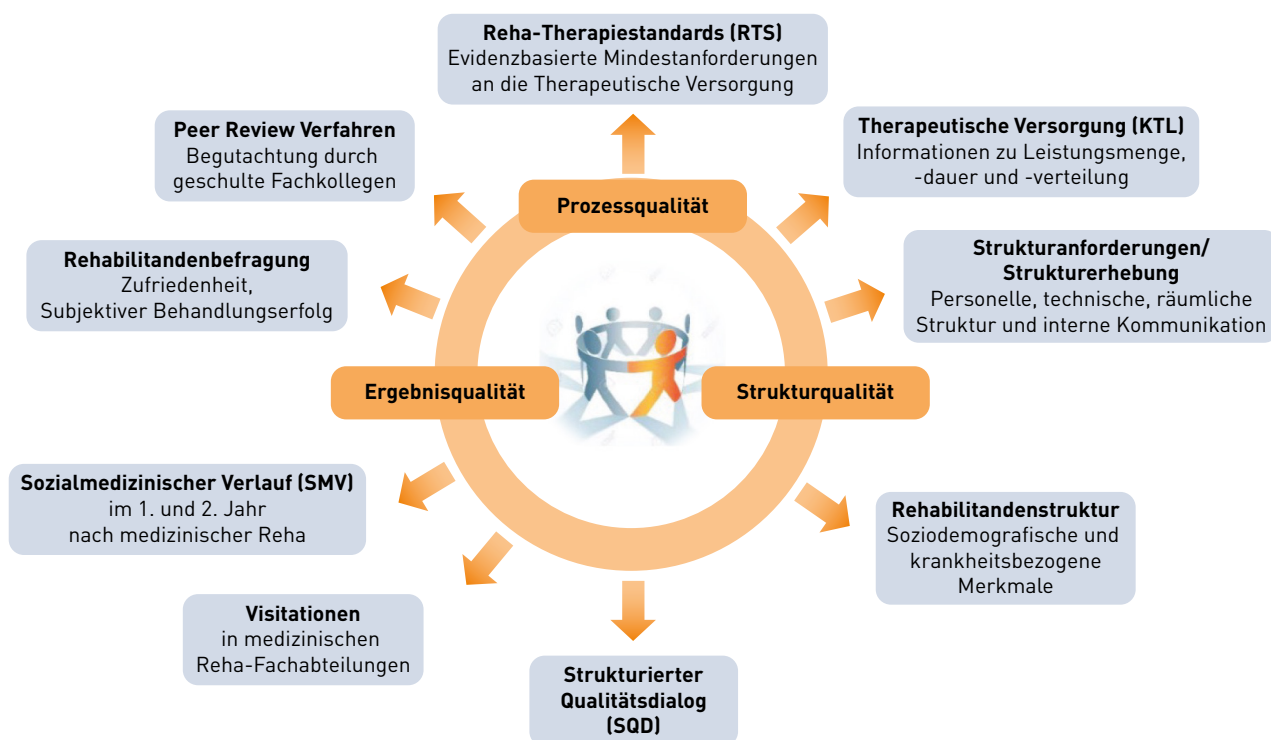
Definition Physiotherapie/Bewegungstherapie des Berufsverbandes Physio Deutschland e.V.

<https://www.physio-deutschland.de/patienten-interessierte/physiotherapie/definition.html>

## 2. Reha-Qualitätssicherung und Anforderungen der DRV an die Bewegungstherapie

**In Kürze:** Die Deutsche Rentenversicherung sichert die Qualität der medizinischen Rehabilitation mit einem umfangreichen Instrumentarium für die Qualitätsdimensionen: Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.

Die Deutsche Rentenversicherung kommt dem gesetzlichen Auftrag einer qualitätsgesicherten Rehabilitation mit einem facettenreichen System verschiedenster Instrumente der Qualitätssicherung nach (s. Abb. 4). Ziele sind eine optimale Versorgung der Rehabilitand\*innen, die Förderung der Transparenz im Versorgungsgeschehen sowie eine stärkere Ergebnisorientierung in der Rehabilitation. Zusätzlich ergänzt und unterstützt das Verfahren zur Qualitätssicherung die interne Qualitätssicherung. In regelmäßigen Abständen erhalten die Reha-Einrichtungen fachabteilungsbezogene Qualitätsdaten zu den einzelnen Instrumenten. Neben den einrichtungsbezogenen Qualitätsdaten erhalten die Berichte auch die Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe, die sich aus Fachabteilungen gleicher oder ähnlicher Indikationen bildet. Einrichtungsübergreifende Auswertungen finden sich z. B. im jährlich erscheinenden Reha-Bericht der Deutschen Rentenversicherung.



**Abb. 4:** Übersicht der Qualitätsinstrumente, Dezernat Reha-Qualitätssicherung 0430, DRV Bund.

Grundsätzlich werden die Instrumente der Qualitätssicherung der DRV den folgenden Teilbereichen zugeordnet: Strukturqualität, Prozessqualität und Ergebnisqualität. Im Folgenden sollen die für die Bewegungstherapie relevantesten Verfahren kurz dargestellt werden.

## **Prozess- und Strukturqualität**

Die Erbringung bewegungstherapeutischer Leistungen für die Deutsche Rentenversicherung unterliegt qualitätsorientierten Rahmenbedingungen, vorgegeben v.a. durch die Klassifikation Therapeutischer Leistungen (KTL), Reha-Therapiestandards (RTS) und die Anforderungen an die Strukturqualität.

## **Klassifikation Therapeutischer Leistungen**

Mit der KTL werden einheitliche, definierte Qualitätsmerkmale für die Erbringung therapeutischer Leistungen vorgegeben. Die Rehabilitand\*innen-bezogene Leistungsdokumentation im Entlassungsbericht (Blatt 1b) erlaubt eine umfassende Abbildung der in der medizinischen Rehabilitation erbrachten Leistungen mit Angabe ihrer Häufigkeit, Durchführungsform und Dauer. KTL-Daten werden in der Reha-Qualitätssicherung quantitativ statistisch ausgewertet und zum internen Qualitätsmanagement sowie der externen Qualitätssicherung genutzt. Neben der Nutzung der KTL-Daten zur Dokumentation der Praxis der therapeutischen Versorgung bildet die Klassifikation auch die Basis für die fachliche Ausgestaltung der Reha-Therapiestandards. Die Ergebnisse der Qualitätsindikatoren der KTL sowie der RTS fließen in den „Parameter Qualität“ (PQ) in der qualitätsorientierten Einrichtungsauswahl ein. Die KTL-Codes sind nicht zur Abrechnung von Leistungen oder die Personalbemessung geeignet.

Die Spanne bewegungstherapeutischer Leistungen in der Praxis ist groß und bietet den Fachabteilungen trotz grundlegender Rahmenvorgaben einen breiten Gestaltungsspielraum. Reha-Einrichtungen nutzen u. a. die Möglichkeiten ihrer geographischen Lage (z. B. Aktivitäten am Strand, im Wald), individueller Fachkompetenzen und Neigungen der Therapeut\*innen (z. B. therapeutisches Klettern oder -Boxen) oder an den Indikationen ausgerichtete spezielle Angebote (z. B. Bogenschießen, Aqua-Cycling Adipositas) zur Ausgestaltung des Therapieangebotes.

Die relevanten KTL-Leistungen für die Bewegungstherapie bzw. mit bewegungstherapeutischen Anteilen finden sich in den Kapiteln:

### **A – Sport- und Bewegungstherapie**

### **B – Physiotherapie**

### **E – Funktionsorientierte Therapien (ehemals „Ergo-, Arbeits- und andere funktionelle Therapien“)**

### **L – Rekreationstherapie**

### **C – Information und Schulung (ehemals „Information, Motivation, Schulung“)**

Abbildung 5 gibt exemplarisch einen Überblick zu den Qualitätsmerkmalen einer KTL-Ziffer.

## A02 Muskelkrafttraining

### Dokumentationscodes

#### A021 Muskelkrafttraining an Krafttrainingsgeräten

#### A029 Sonstiges Muskelkrafttraining

### Qualitätsmerkmale

Berufsgruppen	Sportlehrer (BA, MA, Diplom), Sportwissenschaftler (BA, MA, Diplom), Sport- und Gymnastiklehrer, Physiotherapeut
Zusatzqualifikationen	
Fachgebiete	fachgebietsübergreifend
Indikationen	indikationsübergreifend
Therapieziele	Verbesserung der statischen und dynamischen Kraftentwicklung, Verbesserung der intra- und intermuskulären Koordination, Erhöhung der funktionellen Kapazität, Beratung zum Aufbau bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz für ein eigenständiges Krafttraining
Weitere Hinweise	ausgenommen arbeitsplatzbezogenes Muskelkrafttraining (A031)
Beispiele	Training an spezifischen Kraftgeräten (MTT) (A021); mit Kleingeräten oder unter Nutzung des eigenen Körpergewichtes (A029)
Mindestfrequenz	1x pro Woche
Minstdauer	30 Minuten
Anzahl Rehabilitanden	einzel, Kleingruppe (2-8), mittlere Gruppe (9-12), große Gruppe (13-18)
Erbringungsform	Präsenz, digital, Eigentaining mit Monitoring

Abb. 5: KTL-A02 Muskelkrafttraining (KTL 2025).

### Reha-Therapie-Standards (RTS)

Die RTS definieren therapeutische Mindestmengen für die rehabilitative Versorgung und fördern so die Transparenz im Versorgungsgeschehen und die evidenzbasierte Therapie der Rehabilitand\*innen, unabhängig von Faktoren wie z. B. der Lage oder dem Träger der Einrichtungen.

Bisher existieren zwölf spezifische RTS, mit denen bisher etwas mehr als 40% aller Rehabilitationsleistungen abgedeckt werden. Es ist geplant, die bestehenden RTS durch einen indikationsübergreifenden RTS, einen RTS-Onkologie sowie einen RTS-Psychosomatik zu ergänzen.

RTS setzen sich aus mehreren indikationsspezifisch ausgewählten sogenannten Evidenzbasierten Therapiemodule (ETM) zusammen. Je nach Evidenzlage und Krankheitsbild können diese variieren. In den ETM werden Minstdauer der jeweiligen Therapien (ggf. Frequenz) und der Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehabilitand\*innen definiert (s. Abb. 5; Tab. 1). Weitere Charakteristika umfassen therapeutische Inhalte, Dauer, Häufigkeit, KTL-Leistungseinheiten und weitere Hinweise (s. Abb. 7).

RTS Koronare Herzkrankheit (Basis: KTL 2015)			
ETM	Bezeichnung	Mindestdauer	Mindestanteil
01	Bewegungstherapie Ausdauertraining	mind. 90 Min. pro Woche mind. 3 mal	mind. 90 %
02	Bewegungstherapie Kraft- und Muskelaufbautraining	mind. 60 Min. pro Woche mind. 2 mal	mind. 50 %
03	Bewegungstherapie Förderung der Bewegungsorientierung	mind. 90 Min. pro Woche mind. 3 mal	mind. 60 %
04	Funktionelle und arbeitsbezogene Therapien	mind. 30 Min. pro Woche	mind. 10 %
05	Krankheitsspezifische Patientenschulung	mind. 120 Min. pro Reha	mind. 80 %
06	Gesundheitsbildung	mind. 120 Min. pro Reha	mind. 60 %
07	Ernährungstherapeutische Leistungen	mind. 180 Min. pro Reha	mind. 60 %
08	Psychologische Interventionen	mind. 60 Min. pro Reha	mind. 30 %
09	Entspannungsverfahren	mind. 60 Min. pro Woche	mind. 30 %
10	Tabakentwöhnung	mind. 200 Min. pro Reha	mind. 5 %
11	Leistungen zur sozialen und beruflichen Integration	mind. 45 Min. pro Reha	mind. 70 %
11	Vorbereitung nachgehender Leistungen	mind. 15 Min. pro Reha	mind. 80 %

Abb. 6: RTS KHK Übersicht der indikationsspezifischen ETMs

Tab. 1: Übersicht ETM Bewegungstherapie ausgewählter RTS, Stand März 2025					
Reha-Therapiestandard	ETM Nr.	Mindestdauer pro Woche	Mindestfrequenz pro Woche	Mindestanteil Rehabilitanden	
Brustkrebs	01	Mind. 240 Min.		Mind. 75%	
Chronischer Rückenschmerz	01	Mind. 450 Min.	Mind. 5 mal	Mind. 90%	
Diabetes mellitus Typ 2	01	Mind. 300 Min.		Mind. 80%	
Hüft- und Knie-TEP	01	Mind. 360 Min.	Mind. 5 mal	Mind. 90%	
Koronare Herzkrankheit	Ausdauertraining	01	Mind. 90 Min.	Mind. 3 mal	Mind. 90%
	Kraft- und Muskel- aufbautraining	02	Mind. 60 Min.	Mind. 2 mal	Mind. 50%
	Förderung der Bewegungs- orientierung	03	Mind. 90min	Mind. 3mal	Mind. 60%
Schlaganfall Phase D	01	Mind. 180 Min.		Mind. 80%	
Indikationsübergreifend (Entwurf 2.0)	01	Mind. 270 Min.		Mind. 90%	

**Reha-Therapiestandards Koronare Herzkrankheit**  
**Evidenzbasierte Therapiemodule (ETM) KTL 2015**

<b>ETM 01</b>	
<b>Therapeutische Inhalte</b>	<p>Bewegungstherapeutische Leistungen mit den folgenden, in Abhängigkeit von den individuellen Voraussetzungen zu gewichtenden Zielen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anbahnung, Übung und Training zur (Wieder-)Herstellung von physischen Funktionen, Belastbarkeit und Trainierbarkeit</li> <li>2) Stärkung physischer Ressourcen/Funktionen [insbesondere aerobe Ausdauer] und Vermittlung von Aktivitäten (z. B. AOL, Sport- und berufsbezogene Bewegungskompetenzen)</li> <li>3) Stärkung psychischer und sozialer Ressourcen durch positive und nachhaltig umsetzbare Bewegungserfahrungen, bewegungsbezogene Selbstwirksamkeitserfahrungen, Aufbau von Bewegungs- und Steuerungskompetenz zur Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil.</li> </ol>
<b>Formale Ausgestaltung</b>	<p><b>Mindestdauer pro Woche:</b> mind. 90 Minuten</p> <p><b>Mindesthäufigkeit pro Woche:</b> mind. 3 mal</p>
<b>KTL-Leistungseinheiten</b>	<p>A551 Ausdauertraining mit Monitoring in der Gruppe</p> <p>A552 Ausdauertraining ohne Monitoring in der Gruppe</p> <p>A651 Ausdauerorientierte Sport- und Bewegungstherapie einzeln</p>
<b>Mindestanteil entsprechend zu behandelnder Rehailltanden</b>	<b>mind. 90 %</b>
<b>Weitere Hinweise</b>	

**Abb. 7:** RTS KHK, ETM 1 Ausdauertraining.

**Strukturqualität**

Die Strukturqualität umfasst personelle, räumliche und medizinisch-technische Rahmenbedingungen. Ebenso werden Anforderungen an die Organisation, interne Kommunikation, Personalentwicklung sowie spezifische Konzepte und Schulungen gestellt. Hinsichtlich personeller Anforderungen gelten je nach Indikationen und Reha-Form (ganztägig ambulante bzw. stationäre Rehabilitationen) spezifische Stellenschlüssel für bestimmte Berufsgruppen als Mindestanforderungen (s. Abb. 8).

Die Umsetzung der Anforderungen wird im Rahmen der externen Reha-Qualitätssicherung mittels s.g. Strukturhebungen überprüft. Es erfolgt dabei ein Abgleich der Strukturen der Fachabteilungen mit den Strukturanforderungen (Soll-Ist-Vergleich). Zudem erfolgt eine Überprüfung der Umsetzung der Vorgaben in den regelmäßigen Visitationen des federführenden Rentenversicherungsträgers. Zusätzlich wird dreimal jährlich je Fachabteilung der aktuelle Personalstand gemeldet.

Personelle Anforderungen – Orthopädie stationär / Kardiologie stationär				
Indikation	Orthopädie		Kardiologie	
Bereiche	Anzahl/ 100 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe	Anzahl/ 100 <sup>1</sup>	Funktionsgruppe
<b>Ärztlicher Bereich</b>				
Ärztinnen und Ärzte <sup>2</sup>	6		6	
<b>Psychologischer Bereich</b>				
Psychologische Psychotherapeut*in	0,5	7,5	0,5	7,5
Psychologie Diplom, MA	1		1	
Psychologie BA <sup>3</sup>	0,25 <sup>3</sup>	0,25 <sup>3</sup>	0,25 <sup>3</sup>	0,25 <sup>3</sup>
<b>Bereich Pflege</b>				
Pflegepersonal	7 <sup>4</sup>	7 <sup>4</sup>	8,5 <sup>4</sup>	8,5 <sup>4</sup>
<b>Bereich soziale Arbeit</b>				
Sozialarbeit/-pädagogik Diplom, MA	1	1	1	1
Sozialarbeit/-pädagogik BA				
<b>Therapeutischer Bereich</b>				
Sportlehrer*in/-wissensch. Diplom, MA	1		1,5	
Sportlehrer*in/-wissensch. BA			1	
Bewegungs-Th./Gymnastik-Lehrer*in				
Physiotherapie MA, BA	8		2,5	
Physiotherapeut*in				
Masseur*in, med. Bademeister*in	3		1	
med. Badehelfer*in		13,25		6,6
Ergotherapie MA, BA				
Ergotherapeut*in				
Kreativtherapeut*in (z. B. Tanz-, Kunst-, Musik- oder Theatertherapie)	1,25 <sup>5</sup>		0,6 <sup>5</sup>	
Berufstherapeut*in (z. B. Berufspädagog*innen, Arbeitserzieher*innen)				
Stomatherapeut*in				
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in Dipl., MA	1		1	
Diät-Assistent*in/Ökotropholog*in BA		1		1,5
Diabetesberater*in			0,5	
Diabetesassistent*in				
Sprachtherapie MA, BA				
Sprachtherapeut*in				
<b>Funktionsdiagnostik <sup>6</sup></b>				
Medizinisch-technische Assistenz	0,5		1,5	
Medizinisch-technische Laborassistenz	0,5		0,5	
Medizinisch-technische Radiologieassistenz	0,5		0,5	
Pharmazeutisch-technische Assistenz	0,5		0,5	
Neurophysiologische Assistent*in <sup>6</sup>				

**Abb. 8:** Personelle Anforderungen stationärer Fachabteilungen, Indikationen Orthopädie und Kardiologie.

Hinweis: Auszug aus den Anforderungen zur Strukturqualität (3. Aufl. DRV, 2023). Dunkelblau eingefasst sind die in Kap. 3 aufgeführten Berufsgruppen der Bewegungstherapie. Die Bewegungstherapeut\*innen bilden mit weiteren Professionen wie der Ergotherapie und Weiteren eine s.g. „Funktionsgruppe“.

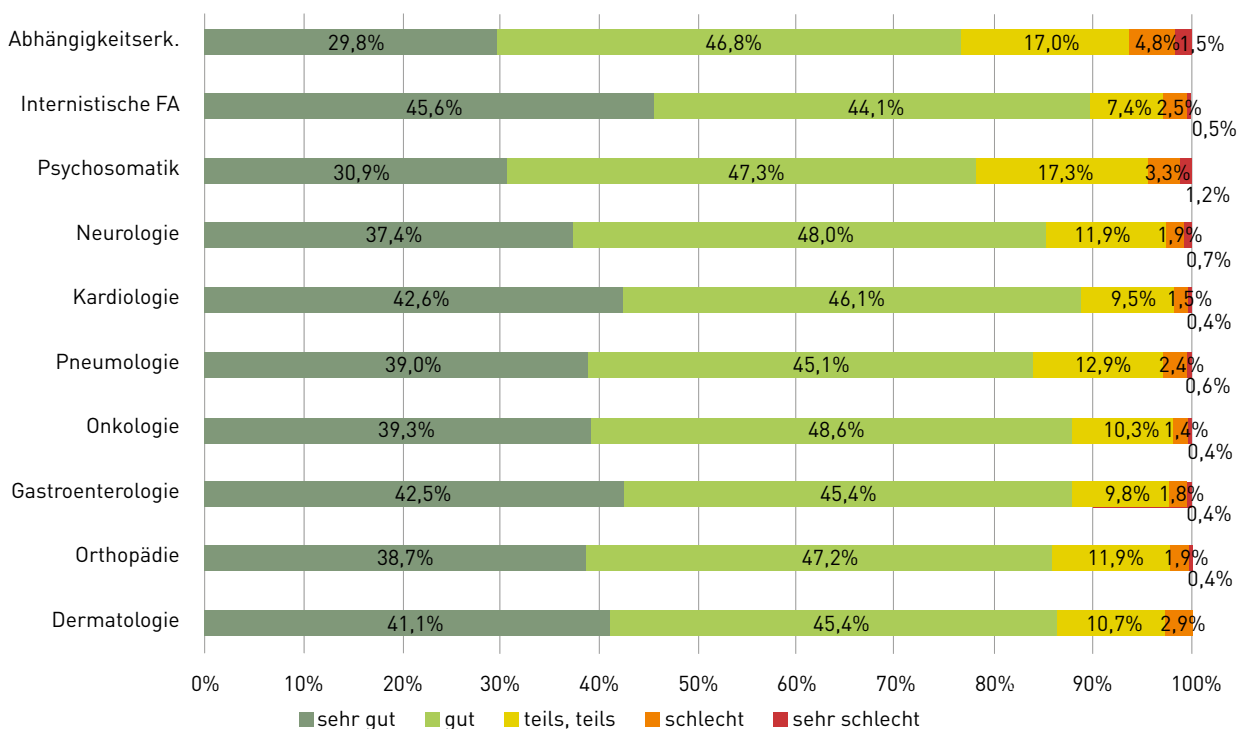
## Visitationen

In regelmäßigen Abständen und zu besonderen Anlässen, wie der Neueröffnung einer Fachabteilung oder bei gehäuften Beschwerden, visitieren Mitarbeiter\*innen der Deutschen Rentenversicherung die Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation. Die Visitationen erfolgen umfangreich, strukturiert und dialogorientiert. Sie bieten neben der Überprüfung der Struktur- anforderungen auch die Möglichkeit des strukturierten Gesprächs mit den Rehabilitanden\*innen und den Austausch mit Vertreter\*innen aller an der Rehabilitation beteiligten Berufsgruppen.

## Rehabilitandenbefragung

Die Rehabilitandenbefragung der Deutschen Rentenversicherung wird unter Verwendung verschiedener strukturierter Fragebögen (je nach Indikations- und Versorgungsbereich) durchgeführt und gibt bislang als retrospektive<sup>2</sup> Befragung wichtige Hinweise zur Nachhaltigkeit, der in Rehabilitationen erreichten Ergebnisse. Durch die kontinuierliche monatliche Stichprobenerhebung und Befragung (8–12 Wochen nach Beendigung der Rehabilitation) werden sowohl die subjektive Zufriedenheit mit dem Leistungsangebot als auch der Erfolg der Rehabilitation aus Sicht der Rehabilitand\*innen erfasst.

Befragungsinhalte, die die Bewegungstherapie betreffen sind: Zufriedenheit mit Gesundheitsbildung/-training zu „Bewegung, Bewegungsmangel, Sport und Herz-Kreislauf-System“, Zufriedenheit mit Behandlungen Krankengymnastik Einzel/Gruppe, Sport- und Bewegungstherapie. Darüber hinaus werden die Rehabilitand\*innen befragt, ob sie bestimmte Anregungen zum gesundheitsförderlichen Verhalten erhielten, das sie auch nach der Rehabilitation beginnen oder fortführen möchten (s. Abb. 9 und 10)



**Abb. 9:** Ergebnisse der Rehabilitandenbefragung zur Zufriedenheit mit der Behandlung während der Reha.

Hinweis: Item „Sport- und Bewegungstherapie“ nach Indikationen (Auswertung DRV Bund, 2025). Stationäre Rehabilitationen, abgeschlossen 2021-2022. Abhängigkeitserk. - Abhängigkeitserkrankungen, FA - Fachabteilungen.

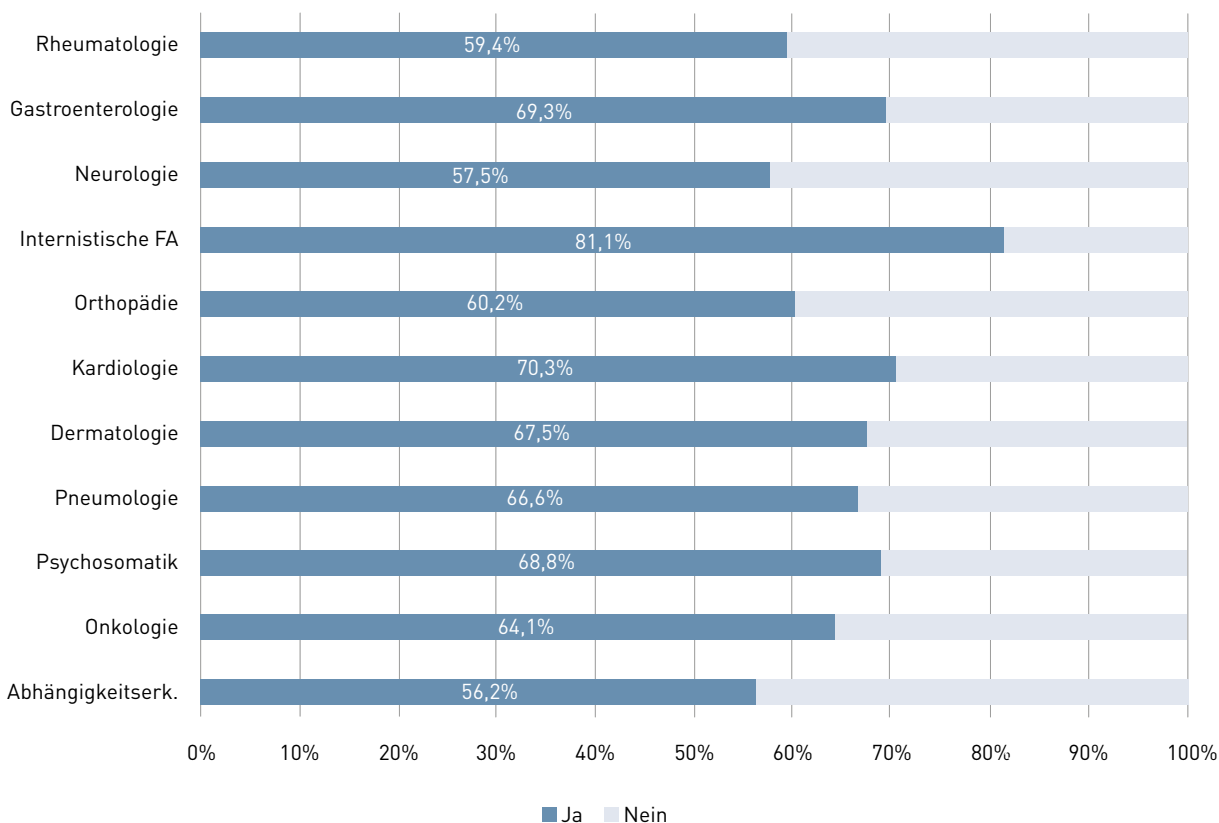
16

**Hat Sie die Reha dazu angeregt, etwas Neues zu beginnen oder eine bisherige Aktivität fortzusetzen, um Ihre Gesundheit zu bessern oder zu erhalten? (Fortsetzung)**

**WICHTIG: Sie können mehrere Aktivitäten ankreuzen.**

Gesundheits-Kurs (z. B. Herzgruppe, Rheumafunktionstraining, Asthmasportgruppe, Rückenschule, Odiabetesschulung, Schmerzbewältigung) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S77
	nein	ja	
Entspannungsübungen (z. B. autogenes Training) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S78
	nein	ja	
Ausdauersport (z. B. Laufen, rasches Gehen, Schwimmen) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S79
	nein	ja	
Krankengymnastik einzeln oder in der Gruppe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S80
	nein	ja	

**Abb. 10:** Rehabilitandenbefragung, Rubrik "Gesundheitsförderliches Verhalten".  
Hinweis: Auszug aus dem Fragebogen für die stationäre Somatik.



**Abb. 11:** Ergebnisse der Auswertung der Rehabilitandenbefragung zum Item „Ausdauersport“  
Hinweis: Vgl. Abb. 10. Auswertung DRV Bund (2025). Stationäre Rehabilitationen, abgeschlossen 2021-2022.

**Anforderungen der DRV an die Bewegungstherapie**

Die Erbringung bewegungstherapeutischer Leistungen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung erfolgt nach definierten Anforderungen, die sich aus den Vorgaben der oben beschriebenen Qualitätsinstrumente und dem Rahmenkonzept medizinische Rehabilitation ergeben (6). Tabelle 5 gibt einen Überblick zu den wichtigsten Quellen.

**Tab. 2: Übersicht zu den Quellen**

Quelle	Relevante Inhalte
<b>Rahmenkonzept med. Rehabilitation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definition bio-psycho-sozialer Ansatz</li> <li>- Anforderungen an das multidisziplinäre Reha-Team und dessen Zusammenarbeit</li> <li>- Qualifikationsanforderungen</li> <li>- Behandlungselemente, Aufgaben und Tätigkeiten</li> <li>- Reha-/Therapieziele, Therapiepläne etc..</li> </ul>
<b>Klassifikation Therapeutischer Leistungen</b>	<p>Leistungsabhängige Qualitätsmerkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualifikationen</li> <li>- Indikationen</li> <li>- Therapieziele</li> <li>- Setting: Dauer, Frequenz, Gruppengrößen</li> <li>- Erbringungsform (präsenz, digital ab KTL 2025)</li> </ul>
<b>Reha-Therapiestandards</b>	<p>ETM Bewegungstherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Therapeutische Inhalte</li> <li>- KTL-Leistungen</li> <li>- Mindestdauer und Mindestanteil Rehabilitand*innen</li> </ul>
<b>Strukturanforderungen</b>	<p>Für ambulante und stationäre Fachabteilungen indikationsspezifische:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualifikationen</li> <li>- Personalschlüssel</li> <li>- Räumlichkeiten/Ausstattung</li> </ul>
<b>Ggf. Spezialkonzepte wie MBOR oder VOR</b>	<p>Verhaltensmedizinisch orientierte Rehabilitation (VOR):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personelle Voraussetzungen mit Qualifikationen</li> <li>- Anforderungen an die bewegungstherapeutische Kompetenzgruppe, Aufnahme und Abschlussgespräch</li> </ul> <p>Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anforderungsdiagnostik, Arbeitsplatztraining</li> </ul>
<b>Praxisempfehlungen Bewegungsförderung und Bewegungstherapie in der med. Rehabilitation</b>	<p>Bewegungsförderliche Bewegungstherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestaltung</li> <li>- Umsetzung</li> <li>- Bewertung</li> </ul>

Hinweis: Tab. 2 umfasst die relevantesten Quellen zu den Anforderungen, stellt jedoch keine erschöpfende Auflistung dar.

**Weiterführende Literatur:**

Flyer zum QS-Verfahren der DRV

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/quali\\_allgemein/QS\\_Flyer\\_2017.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_allgemein/QS_Flyer_2017.html)

Internetseite Reha-Qualitätssicherung der DRV

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/reha-qualitaetssicherung\\_node.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/reha-qualitaetssicherung_node.html)

Rahmenkonzept medizinische Rehabilitation der DRV

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/konzepte\\_systemfragen/konzepte\\_rahmenkonzept\\_medizinische\\_reha.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte_rahmenkonzept_medizinische_reha.html)

### **Reha-Bericht 2024**

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht\\_2024.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2024.html)

### **Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der Deutschen Rentenversicherung**

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/konzepte\\_systemfragen/konzepte\\_rahmenkonzept\\_medizinische\\_reha.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte_rahmenkonzept_medizinische_reha.html)

### **Visitationen in medizinischen Reha-Einrichtungen**

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/quali\\_allgemein/visitationen\\_broschuere.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_allgemein/visitationen_broschuere.html)

### **Klassifikation Therapeutischer Leistungen**

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/ctl\\_therapeutische\\_versorgung.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/ctl_therapeutische_versorgung.html)

### **Reha-Therapiestandards**

<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/rts.html>

### **Rehabilitandenbefragung**

<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Grundlagen-und-Anforderungen/Reha-Qualitaetssicherung/rehabilitandenbefragung.html>

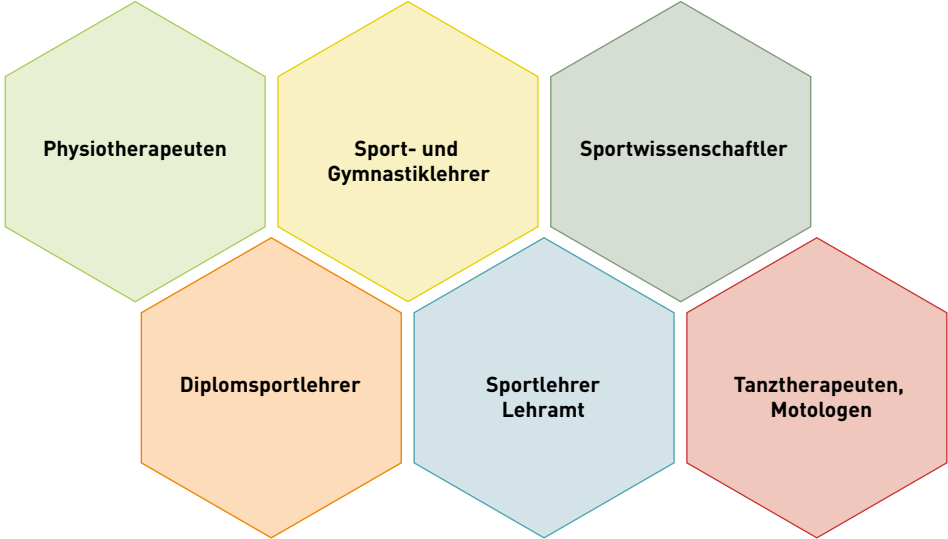
### **Strukturqualität von Reha-Fachabteilungen**

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/quali\\_strukturqualitaet/strukturqualitaet\\_reha\\_fachabteilungen.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_strukturqualitaet/strukturqualitaet_reha_fachabteilungen.html)

### 3. Das bewegungstherapeutische Team und Qualifikationen in der Bewegungstherapie

**In Kürze:** Das bewegungstherapeutische Team umfasst mehrere Berufsgruppen unterschiedlichster Qualifizierungen. Insbesondere für die akademisierten Berufsgruppen muss im Detail geprüft werden, ob eine rehabilitationsbezogene Spezialisierung und therapeutische Qualifikation vorliegen.

Die Personalpraxis in den Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation zeigt eine große Heterogenität in der Zusammensetzung des Bewegungsteams. Die Anforderungen der DRV hinsichtlich der Strukturqualität und die KTL bieten breite Ausgestaltungsmöglichkeiten und z. T. transprofessionelles Arbeiten. Abbildung 12 gibt einen Überblick über die Vielfalt der Berufsgruppen..



**Abb. 12:** Vielfalt der Berufsgruppen in der Bewegungstherapie.  
Hinweis: Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Abbildung das generische Maskulinum verwendet. Die benannten Berufsgruppenbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

#### Berufsabschlüsse und Qualifikationen

Das Therapiefeld Bewegungstherapie profitiert von der Vielseitigkeit der Berufsgruppen, die mit ihrer spezifischen Kompetenz den ganzheitlich bio-psycho-sozialen Behandlungsansatz im interprofessionellen Reha-Team stützen. Für die medizinische Rehabilitation ist zu beachten, dass nicht alle Berufs- und Studienabschlüsse für den therapeutischen Einsatz in der medizinischen Rehabilitation anerkannt werden können. Es können staatlich reglementierte von nicht-reglementierten Berufen unterschieden werden. Als reglementierte Berufe (staatlich geregelter Abschluss) gelten Sport- und Gymnastiklehrer\*innen sowie Physiotherapeut\*innen. Letztere sind als Heilberuf (geregelt im Masseur- und Physiotherapeutengesetz, MPhG) direkt für die Therapie qualifiziert. Für die akademisierten Berufsgruppen (Sportlehrer, Sportwissenschaftler usw.) ergibt sich durch die Bologna

Reform und die damit verbundene Umstellung der Abschlüsse von Diplom, Magister zu Bachelor/Master eine breite Angebotsvariation an Studiengängen mit vielseitiger Modulgestaltung der Studiengänge. Sowohl für die Reha-Einrichtungen als auch die Kostenträger gilt es seitdem genau zu prüfen, ob und in welchem Umfang für den Reha-Kontext elementar wichtige Ausbildungsbestandteile wie Praxisbezug und eine therapeutische Qualifikation durch das Hoch- oder Fachhochschulstudium vorliegen.

Formale Kriterien zur fachlichen Qualifikation des therapeutischen Personals finden sich in den Anforderungen zur Strukturqualität der Deutsche Rentenversicherung und im Leitfaden „Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation und deren interprofessionelle Zusammenarbeit“ der DRV (S. 8 ff.). Allgemein gilt hier für Gesundheitsberufe ohne gesetzliche Regelung:

- die Studieninhalte sollen sich am rehabilitativen Aufgabenfeld orientieren (vgl. Tab. 6)
- es soll ein Praktikum in einem angemessenen Zeitumfang durchgeführt worden sein
- die Ausbildung soll durch den jeweiligen Berufs- oder Fachverband positiv bewertet worden sein
- personelle Anforderungen orientieren sich an den Leistungen der Fachabteilung (z. B. Psychosomatik)

Für die Berufsgruppe der Sportwissenschaftler\*innen wurden diese Anforderungen zusammen mit dem Fachverband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS e.V.) als Mindeststandards folgend in Tabelle 6 konkretisiert.

## **Beschreibung der Qualifikationen im bewegungstherapeutischen Team**

### **Sporttherapeut**

Die Bezeichnung „Sporttherapeut/-in“ oder „Sport- und Bewegungstherapeut/in“ ist weder staatlich reglementiert noch markenrechtlich geschützt (mit Ausnahme Sport-/Bewegungstherapeut DVGS). Im Allgemeinen beschreibt der Begriff ein bestimmtes Einsatzgebiet bzw. Tätigkeitsspektrum (vgl. Kap. 1) in der stationären und ambulanten medizinischen Rehabilitation. Zudem findet sich die Stellenbezeichnung häufig außerhalb der medizinischen Rehabilitation in Gesundheitseinrichtungen, Rehasportvereinen, Praxen etc.

In den personellen Anforderungen zur Strukturqualität (DRV) finden sich die folgenden Stellenbezeichnungen (vgl. Tab. 2-4):

- Sportlehrer\*in/-wissenschaftler Diplom, Master, Bachelor
- Bewegungstherapeut/Gymnastiklehrer\*in
- Physiotherapie Master, Bachelor
- Physiotherapeut\*in

### **Sportwissenschaftliches Studium (Bachelor/Master)**

Ein sportwissenschaftliches Studium auf Bachelor-Niveau setzt sich aus theoretischen und sportpraktischen Studieninhalten zusammen. Vermittelt werden z. B. sportmedizinische Grundlagen (wie Anatomie und Physiologie), Trainingswissenschaft, Bewegungswissenschaft (z. B. Sportmotorik und Biomechanik), Sport- und Gesundheitspädagogik (u. a. Didaktik/Methodik), Sportsoziologie (z. B. Sport in Kultur und Gesellschaft), Sportpsychologie, wissenschaftliches Arbeiten sowie die Theorie und Praxis der Sportarten und Bewegungsfelder (7). Auf Master- Niveau findet eine Spezialisierung zu

einer Auswahl o.g. und weiterer Profile statt, die Inhalte sind überwiegend theoretisch-konzeptioneller Natur.

Die Studiengänge der Sportwissenschaft in Deutschland können unterschiedlichste Schwerpunkte/Profile in den Studieninhalten setzen. Die Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaften erarbeitete ein Kern-Curriculum Sportwissenschaft für Ein-Fach-Bachelor, um Grundlagen der Lehre an den Universitäten zu homogenisieren (7). Eine für die medizinische Rehabilitation notwendige therapeutische Qualifikation (s. Tab. 6) ist jedoch nicht per se gegeben. Die gängigsten Ausprägungen ohne Lehramtsausrichtung sind:

- Prävention und Rehabilitation, Gesundheitssport
- Sportökonomie, Sportmanagement, Sportverwaltung
- Sportjournalistik, Sport und Medien
- Sportinformatik, Sport und Technik, Sportgeräte
- Freizeitsport
- Leistungssport, Training

(vgl. Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft e.V., dvs).

Der Deutsche Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS) hat Richtlinien zur Einschätzung der jeweiligen therapeutischen Qualifikation entwickelt und die einzelnen Studiengänge u. a. nach den in Tabelle 6 genannten Kriterien bewertet. Die Richtlinienbestandteile der Fort- und Weiterbildungen des DVGS wurden in die Ausbildungen der mit dem DVGS kooperierenden 30 Hochschulen und Fachhochschulen sowie 15 Fachschulen für Gymnastik und Sport übernommen. Die Deutsche Rentenversicherung folgt diesen Empfehlungen.

### **Obligatorische Studieninhalte für Absolventen der Sportwissenschaft für die Arbeit in der Bewegungstherapie**

Für die Erbringung von Leistungen in den Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation erwartet die DRV Bund eine einschlägige Aus-/Weiterbildung für den Reha-Kontext. Mit dem Fachverband DVGS e.V. wurden die Mindestqualifikationen für sportwissenschaftliche Studiengänge abgestimmt (vgl. Tab. 3 auf der folgenden Seite).

Der Fachverband DVGS berät Leistungsträger und -erbringer sowie Studienabsolvent\*innen hinsichtlich Qualifikationen, Anforderungen und eventuelle Nachqualifikationen.

### **Studium Dipl.-Sportlehrer/Dipl. Sportwissenschaftler und Magister Sportwissenschaft**

Bis zur Bologna-Reform wurden die Diplom- und Magisterstudiengänge einheitlich in der Hochschulrahmenordnung geregelt. In diesen „alten Studiengängen“ waren jeweils 72 Semesterwochenstunden Theorie und Praxis der Sportarten, Trainingswissenschaft und Bewegungswissenschaft festgelegt. Diese erfüllen die o.g. Mindestanforderungen, weshalb bei diesen Absolvent\*innen lediglich der Nachweis des rehabilitativen Studienschwerpunktes bzw. Reha-Kontext geprüft werden muss.

### **Ausbildung Sport- und Gymnastiklehrer**

Staatl. geprüfte Gymnastiklehrer\*innen sind nicht-akademische Fachkräfte für Sport und Bewegung mit unterschiedlichen Ausbildungsschwerpunkten. Während der Ausbildung erwerben die Teilnehmer\*innen methodisch/didaktische Kompetenzen zum Aufbau und der Durchführung

**Tab. 3: Qualifikationsmindeststandards für die medizinische Rehabilitation**

Module	Inhalte	Umfang
<b>Grundlagen der Sportwissenschaft</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trainings- und Bewegungswissenschaft</li> <li>- Belastungssteuerung</li> <li>- Methodische und didaktische Grundlagen</li> <li>- Wissenschaftliches Arbeiten, Forschungsmethodik</li> </ul>	Min. 300h oder 10 ECTS
<b>Sport- und bewegungspraktische Erfahrung und deren Reflexion</b>	- Theorie und Praxis der Didaktik und Vermittlung von Einzel- und Gruppensportarten und Bewegungsfeldern	300h oder 10 ECTS
<b>Biologisch-Medizinische Grundlagen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anatomie/Funktionelle Anatomie</li> <li>- Biomechanik</li> <li>- Physiologie, ggf. Biochemie</li> </ul>	min. 150h oder 5 ECTS
<b>Pädagogik und Psychologie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozialwissenschaftliche/Psychologische Grundprinzipien und Theorien</li> <li>- Gesundheitspsychologische Modelle und Gesundheitspädagogik (z. B. Verhaltensänderung), bio-psycho-soziales Modell (ICF)</li> <li>- Gruppeninterventionen</li> <li>- Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz</li> </ul>	150h oder 5 ECTS
<b>Rehabilitativer Schwerpunkt/ Profilwahl</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pathologie und Pathophysiologie orientiert an der indikationsspezifischen Fachabteilung (mindestens orthopädisch, internistisch),</li> <li>- Indikationen und Kontraindikationen</li> <li>- Sportmedizinische Grundlagen</li> <li>- Diagnostik und Befundung Indikationsspezifisch und -übergreifend</li> </ul>	150h oder 5 ECTS
<b>Praxiserfahrung</b>	- Praktikum/Praktika und/oder Tätigkeit im rehabilitativen Kontext (Reha-Kliniken ambulant und/oder stationär)	min. 300h oder 10 ECTS
<b>Lizenz Medizinische Trainingstherapie MTT*</b>		min. 100 UE

Hinweis: 1 ECTS entspricht 30 Zeitstunden, inklusive Zeit für Vor- und Nachbereitung. \*generell erwünscht, bei Einsatz in der MTT verpflichtend.

gymnastischer Übungen und Bewegungsgruppen. Hierzu zählen neben klassischer Gymnastik auch rhythmische Gymnastik, Tanz, Aqua-Fitness oder Aerobic. Als Therapeut\*innen vermitteln Gymnastiklehrer\*innen vielseitige Bewegungserfahrungen, unterstützen die Entwicklung eines Gesundheitsbewusstseins und leiten indikationsbezogene Übungseinheiten an. Die zwei bis dreijährige Ausbildung erfolgt an einer Berufsfachschule. Die Abschlussbezeichnung lautet staatlich geprüfte Gymnastiklehrer\*in bzw. staatlich anerkannte Sport- und Gymnastiklehrer\*in. Für den Einsatz in der Rehabilitation sollten Einrichtungen auf die therapeutische Zusatzqualifikation bzw. die Spezialisierung auf den rehabilitativen Kontext achten (z. B. Spezialisierung Rehabilitation und Prävention).

### **Ausbildung Physiotherapie**

Die Ausbildung zur Physiotherapie ist in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Physiotherapeuten (Phys TH-APrV) geregelt und schließt nach drei Jahren mit der staatlichen Prüfung als Heilberuf ab. Die Ausbildung beinhaltet praktische und theoretische Inhalte, zu denen u. a. Biomechanik, Ergonomie, Trainings- und Bewegungslehre, Massagetherapie,

Bewegungserziehung und Befundung zählen. Teil der praktischen Ausbildung sind umfangreiche Praktika in Krankenhäusern und ggf. Reha-Einrichtungen diverser Indikationen mit einer Gesamtstundenzahl von 1.600 Stunden.

Auf Einrichtungsebene sollte festgestellt werden, ob die Physiotherapeutin bzw. der Physiotherapeut über die notwendigen Kompetenzen wie bspw. trainingswissenschaftliche, psychologisch-pädagogische oder didaktische Kompetenzen in ausreichendem Maße verfügt, um in gruppentherapeutischen Verfahren eingesetzt werden zu können.

### **Studium der Physiotherapie**

Neben einer berufsfachschulischen Ausbildung besteht seit 2009 in Deutschland die Möglichkeit, Physiotherapie an einer Hochschule oder Universität zu studieren. Die Bezeichnung B.Sc. Physiotherapie ist derzeit (noch) nicht staatlich reglementiert, so dass die Abschlussbezeichnung sowohl für ein grundständig hochschulisches Studium (sogenannte primärqualifizierende Studiengänge) als auch für ein ergänzendes Studium zu einem berufsfachschulischen Abschluss verwendet wird. Eine hochschulische Qualifizierung fördert durch die Problemlösungskompetenzen und den Einsatz wissenschaftlicher Erkenntnisse und Methoden die evidenzbasierte Physiotherapie. Konkrete hochschulische Abschlusskompetenzen beschreibt das frei verfügbare Qualifikationsprofil B.Sc. Physiotherapie näher (FBTT 2023).

Die Bachelorstudiengänge sind aktuell hinsichtlich der praktischen Qualifizierung an dieselbe Ausbildungs- und Prüfungsverordnung gebunden wie die berufs(fach-)schulische Ausbildung und führen ebenso zur staatlichen Anerkennung in der Physiotherapie. Die praktische Qualifizierung ist also Kernbestandteil in beiden Ausbildungsformen. Auch im Hinblick auf die anstehende Reform der Berufsgesetze ist dies in den Entwürfen weiterhin verankert. Eine weitere Gemeinsamkeit von Studium und Ausbildung ist, dass berufliche Fort- und Weiterbildungen wie z. B. Zertifikatskurse der Manuellen Lymphdrainage, Krankengymnastik am Gerät oder medizinische Trainingstherapie kein regulärer Bestandteil der Qualifikation sind. Hier ist im Rahmen der Reform der Berufsgesetze eine Integration gewisser Inhalte in die Ausbildung vorgesehen.

Für die medizinische Rehabilitation ergeben sich durch das Studium der Physiotherapie Mehrwerte, insbesondere in der wissenschaftlichen Kompetenz und in diesem Zuge eine Stärkung der evidenzbasierten Therapie (vgl. Kap. 10).

### **Weitere Ausbildungen**

#### **Studium Motologe/-in**

Motologie ist eine interdisziplinäre Wissenschaft bei der die Aspekte Bewegung, Körper und Psyche im Fokus stehen. Motolog\*innen arbeiten therapeutisch und pädagogisch mit bewegungsorientierten Methoden und unterstützen Menschen mit motorischen Entwicklungsstörungen, psychosomatischen Beschwerden, Verhaltensauffälligkeiten und Entwicklungsstörungen. Die Ausbildung erfolgt durch spezialisierte Bachelor- und/oder Masterstudiengänge. Charakteristische Aufgaben sind Förderung der Psychomotorik, Bewegungserziehung, Entwicklungsförderung, Bewegungs- und Gesundheitsförderung und Förderung der Körperwahrnehmung. Motolog\*innen arbeiten v.a. in psychosomatischen oder psychiatrischen Kliniken und in der Kinder- und Jugendrehabilitation.

### **Ausbildung Motopäde/-in**

Die Weiterbildung Motopäde/-in ist eine landesrechtlich geregelte berufliche Weiterbildung an Fachschulen, die zu einer staatlichen Abschlussprüfung führt. Voraussetzung zur Weiterbildung ist eine Grundqualifikation als Erzieher/-in, Heilerziehungspfleger/-in oder einen einschlägigen Berufs- oder Studienabschluss des Sozial-, Gesundheits- oder Bildungswesens. Das Aufgabenspektrum ist vergleichbar mit dem/der o.g. Motologen/-in, kann unter Umständen aber etwas mehr auf die Förderung sozial-emotionaler und kognitiver Kompetenzen ausgerichtet sein. Motopäd\*innen finden sich ebenfalls v.a. in Einrichtungen der Kinder- und Jugendrehabilitation.

Im Kapitel A der KTL (2025) finden sich Leistungen, in denen die Motolog\*innen (A07, A08) bzw. Motopäd\*innen (A07) explizit als qualifizierte Berufsgruppe zur Leistungserbringung benannt werden.

### **Sport- und Fitnesskauffrau/-man, Fitnessökonomie, Fitnesscoach, Sportmanagement, Gesundheitsmanagement, Sportassistent/-in**

Wie eingangs beschrieben kann heute eine wachsend heterogene Ausbildungslandschaft von Sport und/oder gesundheitsbezogenen Qualifikationsangeboten beobachtet werden. Sehr häufig dominieren betriebswirtschaftliche und marketingbezogene Inhalte, dafür fehlen rehabilitationsbezogene Inhalte und v.a. therapeutische, indikationsspezifische Kompetenzen. Der sportpraktische Anteil variiert je nach Studiengang und Ausbildung. Im Einzelfall können entsprechende Bewerber\*innen für den Einsatz in den Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation berücksichtigt werden, sofern eine Zusatzqualifikation (Zertifikat Sport- und Bewegungstherapeut DVGS) zum Zeitpunkt der Einstellung vorliegt.

Der Fachverband DVGS e.V. nimmt eine individuelle Sichtung kostenfrei vor und bietet individuelle Lösungen mit einem modularen Ausbildungssystem an.

### **Umgang mit ausländischen Berufsabschlüssen**

Die zunehmende Globalisierung, der Fachkräftemangel und weitere Entwicklungen führen zu vermehrten Bewerbungen ausländischer Fachkräfte. In vielen Fällen sind die Abschlüsse schwer mit nationalen Qualifikationsstandards zu vergleichen. Zur Anerkennung von EU-Ausland-Abschlüssen für staatlich reglementierte Berufe (Physiotherapie) ist eine Gleichwertigkeitsbescheinigung i. S. des § 2 Abs. 2 Masseur- und Physiotherapiegesetzes – MPhG vorzulegen. Bei Bewerbungen mit nicht-reglementierten akademischen Abschlüssen muss das jeweilige Kultusministerium den Abschluss mittels Gleichstellungsbescheinigung anerkennen (z. B. Abschluss entspricht Bachelorniveau). Die Prüfung kann neben den Länderinstanzen auch zentral durch die Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen (ZAB) erfolgen. Es muss eine beglaubigte Übersetzung der Ausbildungsurkunde vorliegen und die Studieninhalte in die deutsche Sprache übersetzt werden. Nach oben beschriebenen Schemata (s. Tab. 6) kann anschließend die Fachqualifikation geprüft werden. In unklaren Fällen bietet sich eine Bewertung durch die jeweiligen Fach- und Berufsverbände an.

### **Professionelle bewegungstherapeutische Teams**

Aufgrund der vielfältigen Qualifikationsmöglichkeiten, Fort- und Weiterbildungen, ergibt sich für die Reha-Einrichtungen die Notwendigkeit einer genauen Prüfung, welche Bewerber\*innen qualifiziert sind. An dieser Stelle sei nochmal betont, dass Bewegungstherapie und Bewegungsförderung professionelle Tätigkeiten sind, die ausschließlich von speziell qualifizierten Therapeut\*innen erbracht werden dürfen.

Darüber hinaus empfiehlt sich für leitende Bewegungstherapeut\*innen, das intraprofessionelle Team so zu organisieren, dass die erbrachten Leistungen an den jeweiligen Kompetenzen, Erfahrungen und Neigungen der Therapeut\*innen ausgerichtet sind. „One-size-fits-all-Ansätze“ sind in diesem Zuge kritisch zu hinterfragen.

Die Ausführungen von Huber (8) zu qualifikationsbezogenen Aufgaben und Verantwortungen (vgl. Tab. 4) geben eine gute Orientierung.

**Tab. 4: Qualifikationsstufen laut EQR und Bewegungsförderung**

<b>EQR Level</b>	<b>Qualifikation zur Bewegungsförderung</b>	<b>Kompetenzen laut EQR</b>
<b>3</b>	Qualifikation ohne grundständige Ausbildung; z. B. Übungsleiter	Verantwortung für die Erledigung von Arbeits- oder Lernaufgaben übernehmen; bei der Lösung von Problemen das eigene Verhalten an die jeweiligen Umstände anpassen
<b>4</b>	Spezifische Qualifikation ohne grundständige Ausbildung; z. B. Übungsleiter mit geeigneter Zusatzqualifikation	Selbstständiges Tätigwerden innerhalb der Handlungsparameter von Arbeits- oder Lernkontexten, die in der Regel bekannt sind, sich jedoch ändern können
<b>5</b>	Grundständige Qualifikation mit Bewegungsbezug; z. B. Gymnastiklehrer	Leiten und Beaufsichtigen in Arbeits- oder Lernkontexten, in denen nicht vorhersehbare Änderungen auftreten; Überprüfung und Entwicklung der eigenen Leistung und der Leistung anderer Personen
<b>6</b>	Bachelorabschluss in Sportwissenschaft oder Physiotherapie (bzw. alte 3-jährige akademische Abschlüsse ETH, PH)	Leitung komplexer fachlicher oder beruflicher Tätigkeiten oder Projekte und Übernahme von Entscheidungsverantwortung in nicht vorhersehbaren Arbeits- oder Lernkontexten; Übernahme der Verantwortung für die berufliche Entwicklung von Einzelpersonen und Gruppen
<b>7</b>	Masterabschluss in Sportwissenschaft oder Physiotherapie (bzw. alte 4-jährige akademische Abschlüsse Magister, Diplom-Sportwissenschaft, Lehramt)	Leitung und Gestaltung komplexer, unvorhersehbarer Arbeits- oder Lernkontexte, die neue strategische Ansätze erfordern; Übernahme von Verantwortung für Beiträge zum Fachwissen und zur Berufspraxis und/ oder für die Überprüfung der strategischen Leistung von Teams
<b>8</b>	Fachlich einschlägige Promotion/ Habilitation	Fachliche Autorität, Innovationsfähigkeit, Selbstständigkeit, wissenschaftliche und berufliche Integrität und nachhaltiges Engagement bei der Entwicklung neuer Ideen oder Verfahren in führenden Arbeits oder Lernkontexten einschließlich der Forschung

Hinweis: Tabelle modifiziert nach Huber et al. (8), EQR – Europäische Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen und Bewegungsförderung. Für den Einsatz in der medizinischen Rehabilitation werden nur Abschlüsse nach EQR-Stufe 5 oder höher zugelassen.

### **Therapieübergreifende Aufgaben**

Abseits der KTL-relevanten Leistungen entstehen weitere Aufgaben für das bewegungstherapeutische Team, die maßgeblich für die Therapiequalität sind. Innerhalb des Bewegungsteams sollte geklärt sein, wie die folgenden therapieübergreifenden Aufgaben verteilt werden:

- Erarbeitung und Aktualisierung von Einrichtungs-, Fach- oder Therapiekonzepten
- Supervision und/oder Intervention der Bewegungs- und/oder Reha-Teams
- Fortbildungsmanagement: interne Fortbildungen, Inhouse-Schulungen, regelmäßige externe Fortbildungen
- Wissenschaft: Initiierung/Mitarbeit in Modellprojekten, Information/Übersetzung neuer Leitlinienentwicklungen und evidenzbasierte Therapiestandards
- Assessment/Diagnostik: fachliches Know-How, Einweisung neuer Mitarbeiter\*innen
- Dokumentation, Sozialmedizin und Befunderstellung

**Weiterführende Informationen:**

DRV Broschüre: Anforderungen zur Strukturqualität

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/quali\\_strukturqualitaet/strukturqualitaet\\_reha\\_fachabteilungen.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_strukturqualitaet/strukturqualitaet_reha_fachabteilungen.html)

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2023). Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation und deren interprofessionelle Zusammenarbeit.

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_fuer\\_aerzte/veranstaltungen/leitfaden\\_Berufsgruppen\\_IZ.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/veranstaltungen/leitfaden_Berufsgruppen_IZ.html)

Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaften – Allgemeine Informationen zur Sportwissenschaft

<https://www.sportwissenschaft.de/service/informationen-zur-sportwissenschaft/>

Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft - Kern-Curriculum Ein-Fach-Bachelor Sportwissenschaft

[https://www.sportwissenschaft.de/fileadmin/pdf/download/Kerncurriculum-Sportwissenschaft\\_web.pdf](https://www.sportwissenschaft.de/fileadmin/pdf/download/Kerncurriculum-Sportwissenschaft_web.pdf)

Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V.

<https://dvgs.de/de/>

Berufsbeschreibungen der Agentur für Arbeit

<https://web.arbeitsagentur.de/berufenet/>

FBTT (2023): Qualifikationsprofil B.Sc. Physiotherapie des Fachbereichstags Therapiewissenschaften (FBTT).

Abruf am 10.02.2025 unter [https://www.fbt-therapiewissenschaften.de/\\_files/ugd/65ae60\\_c9d8c38d3aa0414d9310087e68ac8ed1.pdf](https://www.fbt-therapiewissenschaften.de/_files/ugd/65ae60_c9d8c38d3aa0414d9310087e68ac8ed1.pdf)

Zentralstelle für ausländisches Bildungswesen

<https://zab.kmk.org/de/dab>

Europäischer Qualifikationsrahmen (EQR)

<https://europass.europa.eu/de/europass-tools/europaeischer-qualifikationsrahmen>

## 4. Der bewegungstherapeutische Prozess in der medizinischen Rehabilitation

**In Kürze:** Für die strukturierte und qualitativ hochwertige Arbeit in der Bewegungstherapie empfiehlt sich ein im (therapeutischen) Konzept verankerter Therapieprozess.

Der bewegungstherapeutische Prozess in der medizinischen Rehabilitation ist Teil des interdisziplinären Gesamt-Reha-Prozesses. Das Konstrukt eines Prozessmodells stellt entscheidende Bestandteile der therapeutischen Tätigkeit heraus und unterstützt ein evidenzgeleitetes standardisiertes Vorgehen in der Praxis. Das folgende Prozessschema bildet ein idealtypisches Vorgehen einer evidenzbasierten, qualitätsorientierten Bewegungstherapie und sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung ab. Die einzelnen Arbeitsprozesse können linear (serielle Abfolge) oder zyklisch (Kreislauf, wiederholend) verlaufen. Der hier beschriebene bewegungstherapeutische Prozess (s. Abb. 7) ist zum besseren Verständnis linear verlaufend, was jedoch nicht ausschließt, dass bestimmte Teilschritte sich ggf. wiederholen (z. B. Evaluation oder Zieldefinition).

### **Spannungsfeld therapieübergreifende Tätigkeiten**

Ein häufig berichtetes Spannungsfeld in der medizinischen Rehabilitation präsentiert sich in der Konkurrenz zwischen Dokumentations-/ Besprechungszeiten und Therapiezeiten. Die Bestandsaufnahme der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation (9, 10) zeigte eine heterogene Ausgestaltung in den Reha-Einrichtungen. Im Gegensatz zu Therapieleistungen am Rehabilitanden können entsprechende Tätigkeiten im Klassifikationssystem der DRV (KTL) nicht codiert werden, was in manchen Reha-Einrichtungen zur Konsequenz hat, dass nicht alle Berufsgruppen regelmäßig an Teamsitzungen teilnehmen können oder keine Dokumentationszeiten eingeplant werden. Neben der fundierten Unterstützung der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung durch den fachspezifischen bewegungstherapeutischen Befund (vgl. Kap. 5 und 6), ergeben sich durch die Zusammenarbeit im Reha-Team noch weitere positive Effekte für die Einrichtung: der wertschätzende Einbezug aller Berufsgruppen fördert das Betriebsklima und den Austausch untereinander und kann somit Missverständnissen (z. B. Therapieauswahl und -planung) und Konflikten vorbeugen (vgl. Kap. 8). Zudem stärkt die sozialmedizinische Beteiligung den Professionsgedanken der Berufsgruppen und zahlt somit zur Wahrnehmung der Rehabilitation als vielseitigen und attraktiven Arbeitsplatz ein.



**Abb. 13:** Der Bewegungstherapeutische Prozess.

Abb. adaptiert nach Geidl et al. [10] und Werle et al. [11]. \*Hinweis: Sozialmedizinisch relevante Informationen wie Verhaltensbeobachtungen etc. werden i.d.R. auch bereits im Reha-Verlauf gesammelt und weitergeleitet.

## 5. Bewegungstherapeutische Assessments und Befunderhebung

**In Kürze:** Assessments in der Bewegungstherapie sind Basis einer evidenzbasierten Behandlung und unterstützen eine zielgerichtete Therapie und eine standardisierte Dokumentation des Fortschritts. Der Abgleich arbeitsplatzbezogener Anforderungen und individueller Fähigkeitsprofile ist in der medizinischen Rehabilitation von zentraler Bedeutung.

Die fachspezifische Befunderhebung dient der zielorientierten Auswahl therapeutischer Inhalte und einer geeigneten Belastungssteuerung. Sie ist Ausgangslage einer individualisierten Bewegungstherapie und gewährleistet nicht zuletzt eine sichere und bestmögliche Therapie. Durch Verlaufstestungen können Therapiepläne z. B. im Sinne einer progredienten Belastungssteuerung (oder bedingt durch andere Aspekte) adjustiert werden. Zusätzlich bieten die resultierenden Datensätze die Möglichkeit zur Objektivierung von Therapieerfolgen und schaffen eine professionelle Arbeitsatmosphäre (nachweislich erwarten viele Patient\*innen häufig eine spezifische Diagnostik) und können sich somit positiv auf die Motivation (Rehabilitand/in

und Therapeut/in) und den Behandlungserfolg auswirken. Darüber hinaus ergänzen und stützen Testergebnisse die Darstellungen und Empfehlungen im sozialmedizinischen Entlassungsbericht. Nicht zuletzt trägt der regelmäßige Einsatz etablierter Testverfahren und die Kommunikation der Ergebnisse zur Professionalisierung der Bewegungstherapie bei und unterstützt somit die Kommunikation auf „Augenhöhe“ mit weiteren Berufsgruppen (z. B. Medizin oder Psychologie).

Die Auswahl geeigneter Assessments sollte vorrangig nach folgenden Kriterien erfolgen:

- Indikation
- Umsetzbarkeit (zeitlich, räumlich, apparativ)
- Handhabbarkeit/Praktikabilität
- Zumutbarkeit und Sicherheit
- Notwendigkeit/Angemessenheit
- Testqualität/Gütekriterien (Validität, Reliabilität, Objektivität)
- Erfahrung des Testpersonals

Für eine umfassende Testung besteht im klinischen Alltag i.d.R. nicht genügend Zeit, daraus folgt, dass Verfahren individuell ausgewählt und effizient eingesetzt werden müssen. In Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen im Reha-Team muss festgelegt werden, wer welche Erhebungen z. B. zum berufsbezogenen Anforderungs- und Fähigkeitsprofil durchführt. Eine Koordination der Arbeitsprozesse sollte interdisziplinär abgestimmt werden: wer macht was, wann, für welche Fälle und wie werden Ergebnisse verarbeitet. Reguläre Austauschformate sowie eine strukturierte Dokumentation dienen der Abstimmung der Prozesse (vgl. Kap. 8). Der Bezug zu Anforderungen im (beruflichen-)Alltag sollte durchgehend berücksichtigt werden. Die Ergebnisse können Teil des bewegungstherapeutischen Befundes im Entlassungsbericht sein.

Die Praxisempfehlungen zur Bewegungsförderung und -therapie in der medizinischen Rehabilitation (12) geben eine exemplarische Übersicht zu verschiedenen Assessments in mehreren Merkmalsbereichen. Mit Blick auf das zentrale Ziel der Bewegungsförderung gehören neben Informationen zur körperlichen Funktions- und Leistungsfähigkeit besonders Informationen zum bisherigen Bewegungsverhalten, zum motivational-volitionalen Status und zur bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz in das bewegungstherapeutische Assessment.

Beispiele für wissenschaftlich etablierte Testverfahren:

- Handkraftdynamometrie
- Six Minute Walk-Test
- 30s Chair Rise-Test
- Timed-Up-and-Go-Test (TUG)
- Physical Activity (IPAQ)
- Fragebogen zur Erfassung der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz (BGK)
- uvm.

Für die bewegungstherapeutische Befunderhebung und -verwertung im Zuge der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung kann auf die Fortbildung: „Modul 2b, bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung“ der DRV Bund verwiesen werden.

### **Besondere Berücksichtigung berufsbezogener Anforderungen und MBOR**

Ein wesentlicher Auftrag der medizinischen Rehabilitation ist die Sicherung oder Wiederherstellung der beruflichen Teilhabe. Dementsprechend müssen alle Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation diagnostische und therapeutische Kompetenzen für die berufliche Integration vorhalten (13). Das Anforderungskonzept für die Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) erweitert die medizinische Rehabilitation um explizit arbeitsbezogene Leistungen wie spezifische arbeitsplatzbezogene Diagnostik und Therapiebausteine (13). Neben dieser grundlegenden Ausrichtung für alle Rehabilitand\*innen, benötigt ein kleinerer Anteil von Menschen mit besonderen beruflichen Problemlagen (BBPL) intensivere berufsbezogene Interventionen (im MBOR-Konzept unter „Stufe B“ und „C“ definiert). Zentraler Bestandteil ist hier der Abgleich vom arbeitsplatzbezogenen Anforderungs- und dem individuellen Fähigkeitsprofil der Rehabilitand\*innen (13). Die Bewegungstherapie kann insbesondere Informationen zu den physischen Anforderungen am Arbeitsplatz erheben und dabei Aktivitäten identifizieren, die aktuell nicht in erforderlicher Dauer, Intensität oder im erforderlichen Schweregrad ausgeführt werden können (13). Diese sollen im folgenden arbeitsplatzbezogenen Training berücksichtigt und gezielt, d.h. möglichst realistisch den Anforderungen der Tätigkeit bzw. des Arbeitsplatzes nachempfunden, trainiert werden. Zum strukturierten Anforderungs- und Fähigkeitsabgleich bieten sich s.g. „FCE-Systeme“ (bspw. EFL, ELA) an, die eine objektive Erfassung der individuellen arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit ermöglichen. Des Weiteren bestehen für eine umfassende Diagnostik standardisierte Dokumentationssysteme und Profilvergleichsverfahren (Abgleich Fähigkeiten und Anforderungen des Arbeitsplatzes, z. B. IMBA, MELBA, welche gängigerweise neben körperlichen Tests auch anamnestische Erhebungen, Interviews und Verhaltensbeobachtungen beinhalten (vgl. reha-passt.de).

### **Weiterführende Literatur:**

Englischsprachige Datenbank für Assessments und Testinstrumente

<https://www.sralab.org/rehabilitation-measures/database>

Manual “Modul 2b Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung”, DRV Bund

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_fuer\\_aerzte/fort\\_und\\_weiterbildung/Curriculum\\_Sozialmedizin/Manual\\_Team\\_Modul\\_2b.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/fort_und_weiterbildung/Curriculum_Sozialmedizin/Manual_Team_Modul_2b.html)

Informationen rund um MBOR auf der Website: reha-passt.de

<https://reha-passt.de/fachkraefte/einrichtungen/mbor/>

<https://reha-passt.de/fce-systeme/>

Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR)

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/konzepte\\_systemfragen/konzepte/MBOR\\_AP\\_2019.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/MBOR_AP_2019.html)

Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation – Praxisempfehlungen für die Bewegungstherapie

[https://www.sport.fau.de/files/2025/08/PRO-BT\\_Praxisempfehlungen-und-Hintergrundtexte.pdf](https://www.sport.fau.de/files/2025/08/PRO-BT_Praxisempfehlungen-und-Hintergrundtexte.pdf)

## 6. Bewegungstherapeutische Beiträge zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

Die sozialmedizinische Leistungsbeurteilung ist eine gutachterliche Aufgabe über den gesamten Reha-Prozess hinweg. Die Dokumentation im Reha-Entlassungsbericht bildet den Abschluss einer medizinischen Rehabilitation. Sie ist eine wesentliche Grundlage bei folgenden Verwaltungsentscheidungen wie Anträge zu weiteren Teilhabeleistungen oder Erwerbsminderungsrenten. Eine enge fachliche Zusammenarbeit im interprofessionellen Reha-Team gewährleistet die fundierte Beurteilung aller Aspekte der Funktions- und Teilhabefähigkeit. In die fachärztliche Beurteilung sollten deshalb die fachbezogenen Leistungseinschätzungen aller Berufsgruppen des Reha-Teams einbezogen werden (14).

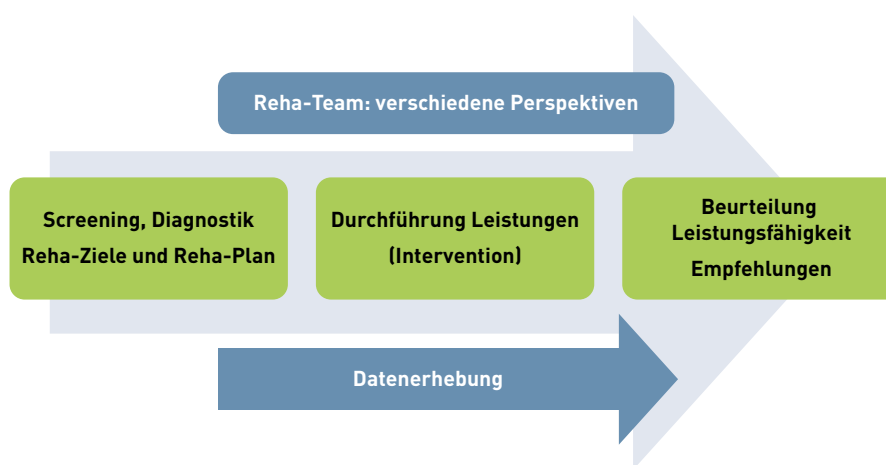


Abb. 14: Sozialmedizin im Reha-Team im Prozess der Rehabilitation.

### Orientierung am bio-psycho-sozialen Modell

Traditionell konzentrierte sich die Bewegungstherapie vordergründig auf körper- bzw. funktionsorientierte Interventionen wie z. B. die Stärkung der Muskulatur und Förderung der Mobilität bei Rückenbeschwerden. Da sich Teilhabebeeinträchtigungen in den seltensten Fällen durch das Vorliegen einer einzelnen Gesundheitsstörung begründen und zudem dynamische Wechselwirkungen mit weiteren Gesundheitskomponenten wie Kontextfaktoren bestehen, fordert die DRV einen ganzheitlichen Rehabilitationsansatz, welcher auf dem bio-psycho-sozialen Modell von Gesundheit und Krankheit der WHO basiert (vgl. Rahmenkonzept medizinische Rehabilitation, DRV). Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO, primär ein Kodiersystem, nutzt dieselben Komponenten und Begrifflichkeiten. Wesentlich ist, dass nicht allein Gesundheitsstörungen und Diagnosen berücksichtigt werden, sondern der Denkansatz vielmehr funktions- und teilhabeorientiert ausgerichtet ist. Der strukturierte Abgleich von Fähigkeits- und Anforderungsprofilen der beruflichen Tätigkeit durch Bewegungstherapie (vgl. Kap. 5) und Reha-Team erfolgt in Anlehnung an das bio-psycho-soziale Modell. Förderfaktoren wie ein unterstützendes soziales Umfeld oder Barrieren wie Tätigkeiten im Schichtdienst können im o.g. Beispiel Rückenschmerz einen positiven (Förderfaktoren) oder negativen (Barrieren) Einfluss auf den Reha-Erfolg haben. Das Schema in Abbildung 14 gibt einen Orientierungsrahmen für die bio-psycho-soziale Betrachtungsweise in Therapie und dem bewegungstherapeutischen Befund.

Die Funktionsfähigkeit (mittlere Zeile) wird modifiziert durch die sogenannten Kontextfaktoren (untere Zeile). Der Abbau von Barrieren und die Stärkung von Förderfaktoren sollte therapeutisch berücksichtigt werden.



Abb. 15: Das bio-psycho-soziale Modell der WHO modifiziert.

### Was heißt das konkret für die Therapeut\*innen?

Die nachstehenden Fragen sind Beispiele für ein bewegungstherapeutisches Assessment orientiert am bio-psycho-sozialen Modell.

- Welche Körperfunktionen und -strukturen sind eingeschränkt?
- Welche Aktivitäten sind für Alltag und Beruf relevant?
- Gibt es bestimmte bewegungsbezogene Hobbys?
- Wie sieht die körperliche Belastung am Arbeitsplatz aus?
- Wie stellt sich das aktuelle Fähigkeitsprofil zum arbeitsplatzbezogenen Anforderungsprofil dar? (vgl. Kap. 5)
- Wie ist die bewegungsbezogene Biografie der Person?
- Welche Motive für regelmäßige Bewegung oder Sport hat die Person?
- Gibt es soziale Unterstützung (Familie, Freunde), Equipment für körperliches Training in der Freizeit?
- Wohnt die Person in der Stadt, am Wald, an einem Gewässer usw.?
- Gibt es Gesundheitsvereine, Nachsorgeeinrichtungen, Sportvereine etc. im Umkreis?
- Fördert der Arbeitgeber Prävention oder BGM-Maßnahmen?

### Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung – Voraussetzungen und Chancen

Eine aussagekräftig fundierte sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team erfordert klar definierte Zuständigkeiten und Rollen im Team (Befunde, Dokumentation, Assessments etc.), regelmäßige Austauschformate wie Team-Besprechungen und/oder Fallkonferenzen und einen gemeinsamen Bezugsrahmen im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells (14, 15). Flache Hierarchien, ein wertschätzender Umgang und profunde Kenntnisse zu den Interventionen und Kompetenzen der anderen Berufsgruppen fördern die Sozialmedizin im Reha-Team (14). Ein häufig von Therapeut\*innen berichtetes Spannungsfeld in den Reha-Einrichtungen stellt die Konkurrenz zwischen Dokumentations-/Besprechungszeiten und Therapiezeiten dar. In der Studie zur Bestandsaufnahme der Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation (9) zeigte sich eine sehr heterogene Ausgestaltung im Bundesgebiet. Neben der aussagekräftigen

sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung ergeben sich durch eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit weitere positive Effekte für die Einrichtung: der wertschätzende Einbezug aller Berufsgruppen fördert das Betriebsklima und den Austausch untereinander und kann somit Missverständnissen (z. B. Therapieauswahl und -planung) und Konflikten vorbeugen.

### **Rollenverständnis und Abgrenzung**

Die eingangs beschriebene Aufgabe in der sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung führt im Reha-Kontext zu einer besonderen Doppelrolle: Therapeut/in und Gutachter/in. Bewegungstherapeut\*innen müssen sich dieser Konstellation bewusst sein und besondere Situationen erkennen können, in denen professionelle Distanz gefragt ist. Die Wahrung dieser Distanz kann insbesondere für Bewegungstherapeut\*innen zur Herausforderung werden. Regelmäßige Kontaktzeiten, die Betreuung über lange Zeiträume und ggf. Einzelanwendungen fördern den Aufbau von Beziehungen. Die Fähigkeit zur emotionalen Abgrenzung und ein klares eigenes Rollenverständnis fördern jedoch die sachliche, objektive Beurteilung der Leistungsfähigkeit mit Hinblick auf den Beruf bzw. allgemeinen Arbeitsmarkt. Ein Aspekt zur Wahrung der professionellen Distanz kann beispielsweise die siezende Ansprache sein.

Die DRV Bund bietet sozialmedizinische Fortbildungen für das Reha-Team, auch mit einem eigenen Modul für die Berufsgruppe der Bewegungstherapeut\*innen an (Modul 2b). Es gibt darüber hinaus ein kostenfreies E-Learning Angebot zur Vermittlung der sozialmedizinischen Grundlagen.

### **Weiterführende Literatur:**

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), BfArM

[https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/\\_node.html](https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html)

Leitfaden zum ärztlichen Entlassungsbericht der DRV

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/quali\\_allgemein/download\\_leitfaden\\_einheitl\\_e\\_bericht.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/quali_allgemein/download_leitfaden_einheitl_e_bericht.html)

E-Learning sozialmedizinische Grundlagen

<https://www.leistungsbeurteilung-reha.de/>

Curriculum Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung im Reha-Team der DRV Bund

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_fuer\\_aerzte/fort\\_und\\_weiterbildung/Curriculum\\_Sozialmedizin/Manual\\_Team\\_Modul\\_1.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/fort_und_weiterbildung/Curriculum_Sozialmedizin/Manual_Team_Modul_1.html)

Manual "Modul 2b Bewegungstherapeutische Beiträge zur Leistungsbeurteilung", DRV Bund

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_fuer\\_aerzte/fort\\_und\\_weiterbildung/Curriculum\\_Sozialmedizin/Manual\\_Team\\_Modul\\_2b.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/fort_und_weiterbildung/Curriculum_Sozialmedizin/Manual_Team_Modul_2b.html)

Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation und deren interprofessionelle Zusammenarbeit, DRV Bund

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_fuer\\_aerzte/veranstaltungen/leitfaden\\_Berufsgruppen\\_IZ.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/veranstaltungen/leitfaden_Berufsgruppen_IZ.html)

Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR), DRV

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/konzepte\\_systemfragen/konzepte/MBOR\\_AP\\_2019.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/MBOR_AP_2019.html)

## 7. Bewegungsförderung und bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz

**In Kürze:** Die nachhaltige Förderung von körperlich aktivem Verhalten ist ein Kernaspekt der Bewegungstherapie. Dabei können Motive der Rehabilitand\*innen für mehr Bewegung oder Sport im Alltag verschiedenste Ausprägungen annehmen. Im strukturierten bewegungstherapeutischen Prozess (vgl. Kap. 4) können wichtige Interventionen zur Förderung der bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz erfolgen.

Die gesundheitswirksamen und präventiven Effekte körperlicher Aktivität und körperlichen Trainings sind deutlich belegt und in nationalen wie internationalen Richtlinien verankert (1, 16, 17). Aus diesem Grund erhalten bis auf wenige Ausnahmen alle Rehabilitand\*innen Leistungen der Bewegungstherapie.

Erwiesenermaßen entspricht das Bewegungsverhalten eines Großteils der Bevölkerung und insbesondere jenes von Personen mit nichtübertragbaren chronischen Erkrankungen<sup>4</sup> jedoch nicht diesen Empfehlungen (18, 19) (20). Andererseits sind die vielfältig wirksamen Effekte von Sport, Bewegung und allgemeiner körperlicher Aktivität auf Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention eindrücklich belegt. Die folgenden nationalen Empfehlungen zu Bewegung und Bewegungsförderung (16) (vgl. Tab. 8) geben einen orientierenden und evidenzbasierten Rahmen für gesundheitswirksame körperliche Aktivität. Die Autor\*innen nehmen in den Empfehlungen eine weitere Ausdifferenzierung für Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene mit nicht-übertragbaren Krankheiten vor. Letztere enthalten ergänzende Empfehlungen zur (professionellen) Unterstützung u. a. beim Umgang mit Symptomen, der Sicherheit und der Einbindung von Gesundheitsfachberufen.

**Tab. 5: Nationale Bewegungsempfehlungen für Erwachsene (16)**

- Erwachsene sollten möglichst mindestens 150 min/Woche ausdauerorientierte Bewegung mit moderater Intensität durchführen (z. B. 5x30min/Woche)
- (oder) mindestens 75 min/Woche ausdauerorientierte mit höherer Intensität durchführen, oder
- ausdauerorientierte Bewegung in entsprechenden Kombinationen beider Intensitäten durchführen
- und Gesamtaktivität in mindestens 10-minütigen einzelnen Einheiten verteilt über Tag und Woche sammeln (z. B. min. 3x10 min/Tag an fünf Tagen einer Woche)
- Erwachsene sollten zusätzlich muskelkräftigende körperliche Aktivität an mindestens zwei Tagen pro Woche durchführen
- Erwachsene sollten lange, ununterbrochene Sitzphasen meiden und nach Möglichkeit das Sitzen regelmäßig mit körperlicher Aktivität unterbrechen

Die medizinische Rehabilitation bietet die Gelegenheit das Bewegungsverhalten auf individueller Ebene strukturiert zu fördern und die bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz nachhaltig zu verbessern.

Von strukturierten Interventionen zur Förderung des Bewegungsverhaltens, profitieren besonders diejenigen Rehabilitand\*innen, die zuvor ein geringes Level an körperlicher Aktivität bzw. ausgeprägte Inaktivität im Alltag aufwiesen. Erste Effekte eines gesteigertem Bewegungsverhalten auf das körperliche und psychische Wohlbefinden, der Kraft oder Ausdauer (z. B. „mehr Luft zu haben“) sind bereits unmittelbar in der Rehabilitation erlebbar. Um Bewegung v.a. in der Initialphase attraktiver zu machen, bietet sich z. B. die Beratung zu s.g. Short Bouts<sup>5</sup> für den Alltag an. In diesem Konzept geht es darum, die notwendige Dauer von gesundheitswirksamen Aktivitätsphasen (s.o.) auf ein Mindestmaß zu reduzieren, dieses jedoch regelmäßig und ohne größeren Aufwand in den Alltag zu integrieren und somit initiale Motivationsbarrieren abzubauen. Motivierend für Rehabilitand\*innen kann sein, dass auch diese geringen, aber regelmäßigen Bewegungszeiten bereits positiven Einfluss z. B. auf den BMI, Glucosostoffwechsel oder auch die Mortalität haben können (21). Der Zugang zu mehr Aktivität über kleine Bewegungseinheiten senkt die Einstiegshürden: wie Zeitmangel, fehlendes Equipment oder unpassende Örtlichkeit, auf ein Minimum herab und kann darauf aufbauend stetig im Alltag erweitert werden. Es empfiehlt sich diese Bewegungseinheiten bereits während der Rehabilitation mit den Rehabilitand\*innen zu besprechen, für den Alltag zu planen und bereits während der Rehabilitation umzusetzen.

### **Gesundheitskompetenz**

Gesundheitskompetenz ist die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden, um im Alltag angemessene Entscheidungen zur Gesundheit treffen zu können (22, 23). Gesundheitskompetenz umfasst Wissen, Motivation und Handlungskompetenz. Eine gute Gesundheitskompetenz ermöglicht, auch die Teilhabe während des ganzen Lebens zu erhalten oder zu verbessern, auch bei Menschen mit chronischen Erkrankungen. Die Förderung der Gesundheitskompetenz ist deshalb ein zentrales Ziel in der medizinischen Rehabilitation.

### **Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz**

Eine entscheidende Voraussetzung für die Aufrechterhaltung oder Initiierung eines körperlich aktiven Lebensstils ist die individuelle bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz, die als Modell im Artikel von Sudeck, Rosenstiel (24) ausführlich beschrieben wird.

5 Sinngemäß übersetzt mit „kurze Bewegungseinheiten“

Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz (BGK) umfasst das Wissen über die positiven Effekte von Bewegung, das Erkennen und Verständnis individueller Bedürfnisse und die Fähigkeit, Bewegung eigenverantwortlich und gesundheitsfördernd umzusetzen (24). Sie kann in drei Teilkomponenten untergliedert werden (vgl. Abb. 16): Bewegungskompetenz, Steuerungskompetenz, Selbstregulationskompetenz (24). Im Kontext der Rehabilitation ist sie entscheidend für die Planung, Durchführung und Aufrechterhaltung regelmäßiger körperlicher Aktivität.

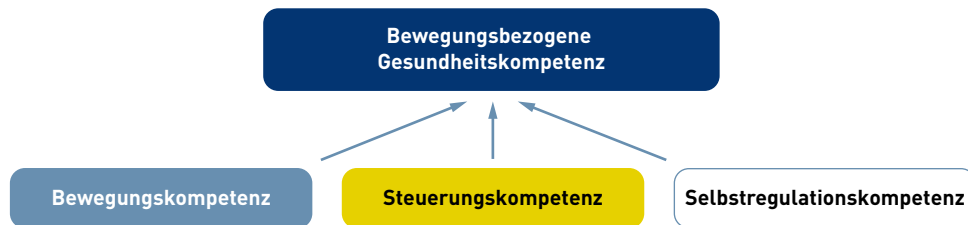


Abb. 16: Komponenten der Bewegungsbezogenen Gesundheitskompetenz, modifiziert nach Pfeifer, Sudeck (25)

Bewegungskompetenz umfasst „Motorische Fähigkeiten und Fertigkeiten inklusive 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.“ (12).

Steuerungskompetenz beschreibt in diesem Zusammenhang die „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- und Unterforderung sowie Unbehagen oder unangemessene körperliche Belastung vermieden werden.“ (12).

Selbstregulationskompetenz ist in diesem Modell die „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<sup>6</sup>) auf.“ (12).

Alle drei Komponenten sollten sich im bewegungstherapeutischen Konzept in der Rehabilitation wiederfinden. Eine Unterstützung bei der Umsetzung können die Praxisempfehlungen: „[Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation – Praxisempfehlungen für die Bewegungstherapie](#)“ (12) sein. Diese entstanden im Rahmen des DRV Bund geförderten Forschungsprojektes „PRO-BT“. Ziel des Projektes war unter Einbezug der Praktiker\*innen die Entwicklung evidenzbasierter und konsentierter<sup>7</sup> Praxisempfehlungen

6 Unter Selbstwirksamkeit wird in diesem Kontext die persönliche Überzeugung verstanden, selbst in der Lage zu sein, die angestrebte Bewegung auszuführen.

7 Hier durch Expert\*innen abgestimmte Formulierungen

zur Förderung einer bewegungsförderlichen Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation. Die Praxisempfehlungen stellen ein umfassendes Werk dar, das auf langjähriger Forschung und Praxis zur Bewegungsförderung basiert.

### **Motive für Bewegung und individuelle Sportpassung**

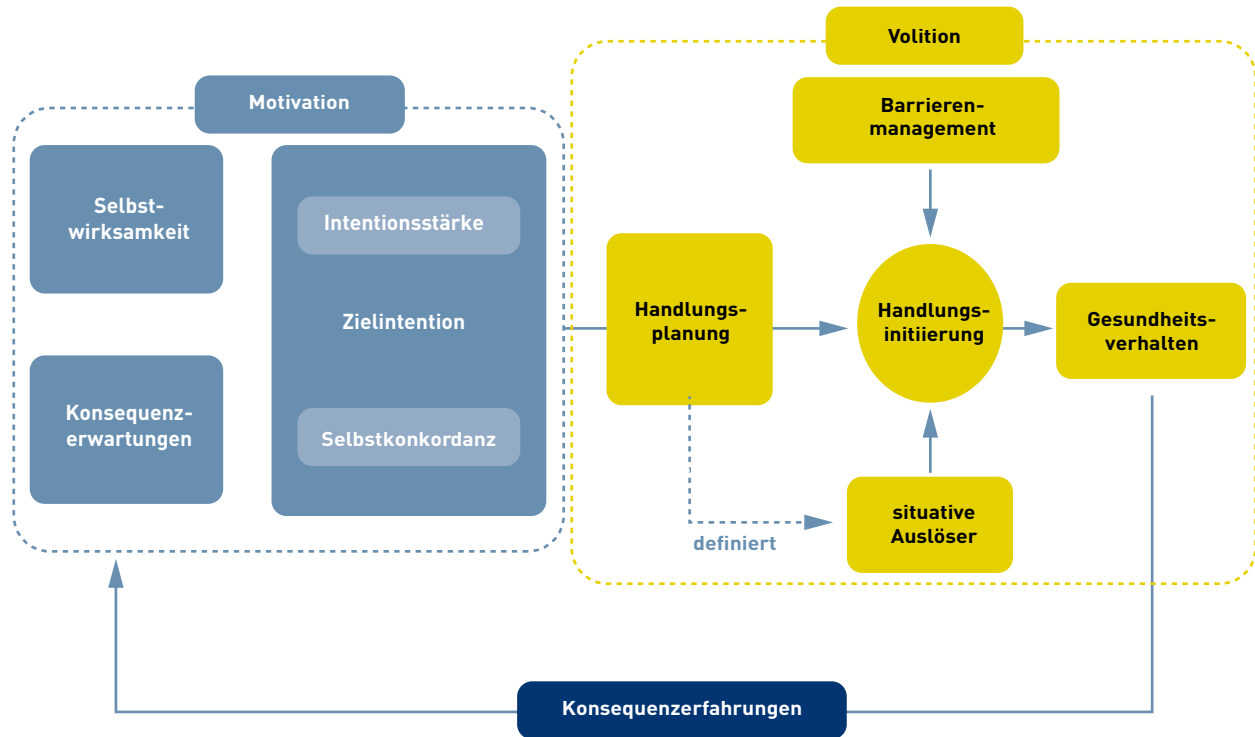
Körperlich aktiver zu werden, ist ein gern formulierter Vorsatz von Rehabilitand\*innen. Sport kann dabei eine gute Möglichkeit sein, um persönliche Ziele attraktiv umzusetzen. Das Angebot an sportlichen Aktivitäten ist vielfältig und häufig losgelöst vom traditionellen Wettkampf- und Leistungsgedanken. Die individuellen Bedürfnisse und Motive für Bewegung können auf individueller Ebene sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Bewegungstherapeut\*innen können bei der Identifikation und Beratung zu einem passenden Angebot unterstützen. Dabei sollten pauschale Empfehlung wie Schwimmen bei Rückenschmerzen, Nordic Walking für Ältere oder Aquafitness bei Übergewicht nicht das Ergebnis einer individuellen Beratung sein (26). Einen guten Überblick bietet z. B. das Buch von Schmid, Gut (26). In der Bewegungstherapie können Therapeut\*innen auf spezifische Assessments zurückgreifen, um individuelle Bewegungsbedürfnisse und Motive zu eruieren und so die langfristige Bindung an Sport und Bewegung im Alltag zu ermöglichen.

### **Gezielte Förderung von Verhaltensänderung: Motivations-Volitions-Konzept (MoVo) und Verhaltensbezogene Bewegungstherapie (VBT)**

Zur Sicherung des Rehabilitationserfolges bzw. Förderung der Teilhabe, vereinbaren Ärzt\*innen und Therapeut\*innen des Reha-Teams gemeinsam mit den Rehabilitand\*innen individuelle Bewegungsziele. Die Etablierung und Festigung eines angestrebten Verhaltens im Alltag gelingt jedoch nicht von selbst. Sie kann aber durch gezielte Interventionen in der Rehabilitation unterstützt werden. Hierzu werden sogenannte Handlungs- und Bewältigungspläne eingesetzt. Es wird bereits in der Rehabilitation konkret geplant wann, was, wo mit wem an Bewegung im Alltag durchgeführt werden soll. Antizipiert werden auch Barrieren, das heißt Gründe, die die Umsetzung des Plans erschweren oder verhindern könnten. Es werden Strategien erarbeitet, wie diese Barrieren bewältigt werden können (z. B. Alternativen zum geplanten Freizeitsport im Freien bei schlechtem Wetter). Göhner und Fuchs (27) geben mit dem Motivations-Volitions-Konzept (MoVo-Konzept) einen evidenzbasierten theoretischen Rahmen zum Aufbau und der Aufrechterhaltung eines gesunden Lebensstiles (vgl. Abb. 14). Die einzelnen Komponenten des Modells können in motivationsbildende und volitionale Aspekte der Verhaltensänderung zusammengefasst werden.

Bewegungstherapeut\*innen sollten die einzelnen Aspekte der Motivations- und Volitionsbildung sowie Strategien der Handlungs- und Bewältigungsplanung kennen, um Rehabilitand\*innen gezielt bei der Planung der Verhaltensänderung unterstützen zu können. Auf diese Weise werden Selbstregulationskompetenzen (s.o.) zur Umsetzung regelmäßiger gesundheitswirksamer Bewegung gefördert. Konkret heißt das z. B., dass bereits motivierte und befähigte Rehabilitand\*innen ggf. Informationen zur Handlungs- und Bewältigungsplanung benötigen, wohingegen andere vielleicht erst am Anfang stehen und für die gesundheitswirksamen Effekte von Bewegung und die persönlichen Konsequenzen beraten werden sollten. Schulungen zu einer verhaltensbezogenen Bewegungstherapie (VBT) bieten unterschiedliche Anbieter an, u. a. das Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung e.V. (ZePG) mit dem evaluierten Schulungskonzept BeFo (28). Ausgehend von einem DRV Bund geförderten Forschungsprojekt zur VBT entstand zudem ein Interventionskonzept, welches die langfristige Bindung der Rehabilitand\*innen an einen körperlich aktiven Lebensstil in

den Mittelpunkt stellt. Das Konzept bietet sich besonders für den Einsatz in der Verhaltensmedizinisch orientierten Rehabilitation (VOR) an. Beispiele für Handlungs- und Bewältigungspläne finden sich im Gesundheitstrainingsprogramm der DRV Bund, z.B. im Curriculum Rückenschule (Module 6 und 7).



**Abb. 17:** MoVo-Prozessmodell von Fuchs und Göhner (adaptiert).  
 Abruf am 27.02.2025 unter: <https://www.movo-konzept.de/prozessmodell/>

**Weiterführende Literatur:**

Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK)  
<https://dngk.de/definition/>

Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation – Praxisempfehlungen der Bewegungstherapie  
[https://www.sport.fau.de/files/2025/08/PRO-BT\\_Praxisempfehlungen-und-Hintergrundtexte.pdf](https://www.sport.fau.de/files/2025/08/PRO-BT_Praxisempfehlungen-und-Hintergrundtexte.pdf)

Nationale Empfehlungen Bewegung und Bewegungsförderung (Rütte und Pfeiffer, 2017)  
<https://shop.bzga.de/sonderheft-03-nationale-empfehlungen-fuer-bewegung-und-bewegungsfoerd-60640103/>

Verhaltensbezogene Bewegungstherapie (VBT)  
 Geidl, W., Hofmann, J., Göhner, W., Sudeck, G., & Pfeifer, K. (2012). Verhaltensbezogene Bewegungstherapie–Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. Die Rehabilitation, 51(04), 259-268.  
[https://www.sport.fau.de/files/2019/10/VBT\\_Trainermanual.pdf](https://www.sport.fau.de/files/2019/10/VBT_Trainermanual.pdf)

Motivations-Volitions-Konzept (MoVo) Homepage, Fuchs und Göhner  
<https://www.movo-konzept.de/prozessmodell/>

BeFo Schulung des Zentrum Patientenschulung und Gesundheitsförderung e.V. (ZePG)

<https://zepg.de/befo/>

Curriculum Rückenschule der DRV Bund

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/gesundheitstraining/bewegung\\_rueckenschule.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/gesundheitstraining/bewegung_rueckenschule.html)

Short Bouts in der Bewegungsförderung

Köppel, M., & Peters, S. (2023). Der Einsatz von Short Bouts als Paradigmenwechsel bei der Ausgestaltung von Bewegungsinterventionen. B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 39(05), 192-200.

Sportpassung und Motive

Schmid, J., Gut, V., Schorno, N., Sudeck, G., & Conzelmann, A. (2024). Welcher Sport für wen?: motivationspsychologische Perspektiven zur Passung von Person und Sportaktivität.

## 8. Interprofessionelle Zusammenarbeit

**In Kürze:** Bewegungstherapeut\*innen sind Teil des interprofessionellen Reha-Teams. Regelmäßige Interaktion, Kommunikation und entsprechende Strukturen fördern u. a. die Gesamttherapiequalität und sozialmedizinische Leistungsbeurteilung.

In der medizinischen Rehabilitation der Deutschen Rentenversicherung arbeiten unterschiedliche Gesundheits- und Sozialberufe und bilden gemeinsam das interprofessionelle Reha-Team (14). Das Rahmenkonzept Medizinische Rehabilitation der DRV (6) stellt die Erforderlichkeit einer interdisziplinären Kooperation im multiprofessionellen Behandlungsteam zur Realisation eines ganzheitlich, bio-psycho-sozialen Therapieansatzes heraus. Einrichtungen sind verpflichtet, in ihren Fachabteilungskonzepten die Praxis ihrer interdisziplinären Zusammenarbeit nachvollziehbar abzubilden.

Die interdisziplinäre oder auch interprofessionelle Zusammenarbeit zeichnet sich durch eine gemeinsame Abstimmung von Zielen und Therapien sowie eine enge Kooperation in der Ausführung dieser aus (29). Ein wichtiges Merkmal der interdisziplinären Zusammenarbeit sind die regelmäßigen Team- und/oder Fallbesprechungen (v. a. Ziel- und Therapieplanabstimmung) (6).

### **Das bio-psycho-soziale Modell als gemeinsamer Bezugsrahmen**

Aufgrund der Vielseitigkeit der Berufsgruppen, deren Qualifikationen (Fachschulische Ausbildung, akademische Ausbildung, Approbation) und spezifischem Fachvokabular ist ein gemeinsamer Bezugsrahmen entscheidend für den fallbezogenen Austausch. Das bio-psycho-soziale Modell und die ICF

bieten diesen Rahmen und fördern den Gedanken der ganzheitlichen Rehabilitationsleistung. Mit Bezug zu Abbildung 12 (vgl. Kap. 3) wird deutlich, dass die jeweiligen Berufsgruppen Aussagen zu bestimmten Teilbereichen der Gesundheit und Teilhabe tätigen können. Begründet durch die Qualifikationen, ergeben sich in gemeinsam betrachteten Gesundheitskomponenten auch unterschiedlichste Perspektiven, die sich wie Puzzleteile zu einem Gesamtbild zusammensetzen können. Beispielsweise können u. a. Sozialdienst, Bewegungstherapie und Psychologie Informationen zu den „Umweltfaktoren“ sammeln. Die Soziale Arbeit erhebt z. B. Informationen zum Familiären Status, oder der Wohnsituation etc. Die Bewegungstherapie erfragt soziale Unterstützung bei der Ausübung von Bewegung oder die lokalen Möglichkeiten zur sportlichen Betätigung. Die Psychologie evaluiert soziale Beziehungen und Konfliktsituationen am Arbeitsplatz mit Kolleg\*innen oder das soziale Stressempfinden.

Weitere Informationen zur Gestaltung der interprofessionellen Zusammenarbeit, sowie Förderfaktoren und Barrieren können dem Leitfadens „Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation“ (14) entnommen werden.

Aus Sicht der Sport- und Bewegungstherapie ergibt sich eine Vielzahl von Anknüpfungspunkten zu den anderen Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation, zum Beispiel:

- Abstimmung von Therapiezielen und -plänen (z. B. Therapietaktung/-dichte)
- Austausch sozialmedizinisch relevanter Informationen
- Austausch zu diagnostischen Verfahren und Ergebnissen
- Informationen aus der Anamnese (medizinisch, sozial, Beruf)
- Bewegungsverhalten und Bewegungsförderung im Klinikalltag

#### **Weiterführende Literatur:**

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2023). Berufsgruppen in der medizinischen Rehabilitation und deren interprofessionelle Zusammenarbeit.

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_fuer\\_aerzte/veranstaltungen/leitfaden\\_Berufsgruppen\\_IZ.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_fuer_aerzte/veranstaltungen/leitfaden_Berufsgruppen_IZ.html)

Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.) (2009) Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung

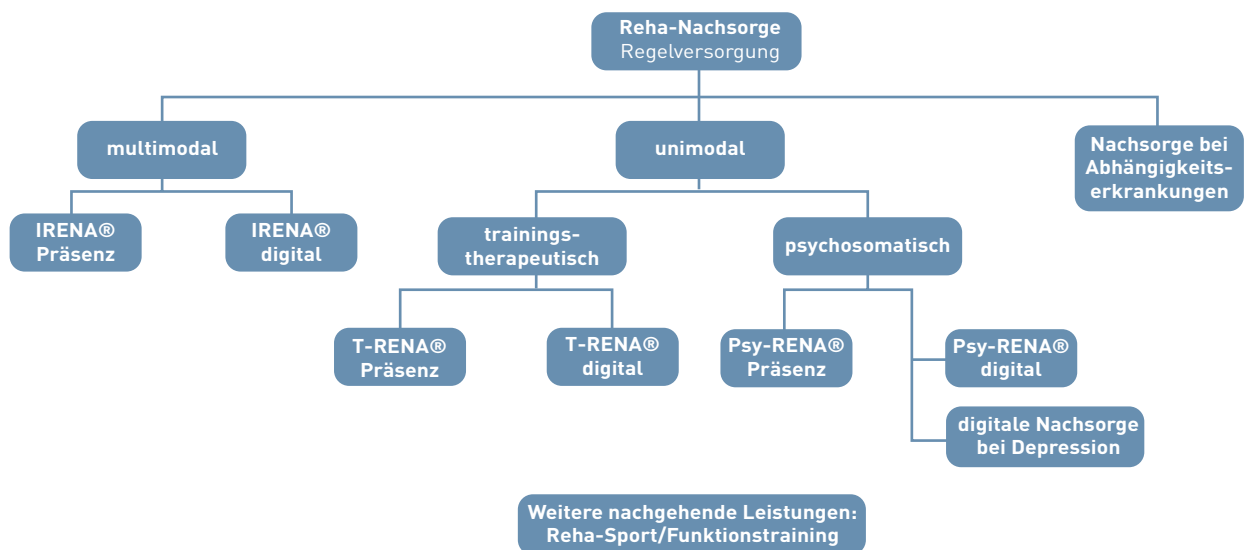
[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/konzepte\\_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept\\_medizinische\\_reha.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/konzepte_systemfragen/konzepte/rahmenkonzept_medizinische_reha.html)

## 9. Bewegungsbezogene Nachsorge im Anschluss der medizinischen Rehabilitation

**In Kürze:** Mit dem Ziel den Reha-Erfolg zu stabilisieren oder weiter zu fördern, bietet die Deutsche Rentenversicherung ihren Versicherten ein umfangreiches Spektrum an Nachsorgeleistungen. Bewegungstherapeut\*innen nehmen eine Lotsenfunktion für bewegungsbezogene Angebote ein.

### Rehabilitationsnachsorge

Um den Rehabilitationserfolg langfristig zu stabilisieren oder einzelne Reha-Ziele erst vollständig zu erreichen, können im Anschluss an eine medizinische Rehabilitation nachgehende Leistungen in Frage kommen. Je nach Fallkonstellation kommen unterschiedliche Leistungen für den/die einzelnen Versicherten in Betracht. Abbildung 16 gibt einen Überblick über die Angebote der DRV.



**Abb. 18:** Spektrum der Nachsorgeangebote für Erwachsene der DRV.  
Vgl. Reha-Bericht 2023, (30)

Bewegungstherapeut\*innen sollten im Prozess der Nachsorgeplanung eine kompetente Ansprechperson sowohl für die Versicherten als auch im Reha-Team sein und so als „Bewegungslotsen“ einen optimalen Übergang in die Eigeninitiativphase vermitteln.

Folgende Aufgaben können exemplarisch genannt werden:

- Feststellung des individuellen (bewegungsbezogenen) Bedarfs
- Beratung und ggf. Vermittlung der Versicherten zu adäquaten Angeboten zur Förderung der körperlichen Aktivität, Trainingstherapie oder spezifischen Angeboten (z. B. Osteoporose-Sportgruppen)
- Erarbeitung und Besprechung von möglichen Heimübungs-/ Trainingsprogrammen

- Aushändigung und/oder Besprechung von Informationsmaterialien, Trainingsplänen, Literatur
- Aufklärung und Unterstützung bei Fragen zu digitalen Bewegungsinterventionen (digitale Reha-Nachsorge, Bewegungs-Apps, Bewegungsvideos)
- Information und Beratung zu Möglichkeiten der Recherche vertrauenswürdiger, (bewegungsbezogener) Gesundheitsinformationen
- Information zu Neigungen/Kompetenzen der Versicherten oder auch Empfehlungen aus Sicht der Bewegungstherapie an das Reha-Team
- Ansprechpartner im Reha-Team zu bewegungsbezogenen Nachsorgeleistungen wie IRENA®, T-RENA® oder Reha-Sport

Ergibt sich im Reha-Verlauf der Bedarf an einer multimodalen, intensivierten Reha-Nachsorge (IRENA®), nimmt das Therapiefeld Bewegungstherapie auch hier in der Regel einen hohen Stellenwert ein. Neben der aktiven Bewegungstherapie kann im Rahmen von IRENA® über Vorträge und Seminare auch das bewegungsbezogene Gesundheitsverhalten nachhaltig gefördert werden. IRENA® findet immer in Reha-Einrichtungen statt (s. Fachkonzept IRENA®).

### **Trainingstherapeutische Nachsorge – T-RENA®**

Ergibt sich im Assessment oder Reha-Verlauf ein Interventionsbedarf bei Beeinträchtigungen bzw. Funktionseinschränkungen des Haltungs- und Bewegungsapparates, kann eine trainingstherapeutische Reha-Nachsorge - T-RENA® in Frage kommen. Diese kann indikationsübergreifend empfohlen werden. T-RENA® findet als strukturierte, gerätegestützte Trainingstherapie individualisiert und zielgerichtet statt (Rehabilitand\*innen erhalten einen Trainingsplan), was sie z. B. vom Rehabilitationssport oder dem Funktionstraining als Nachsorgeleistungen abgrenzt. T-RENA® wird von zugelassenen Anbietern entweder im ambulanten Bereich oder von medizinischen Reha-Einrichtungen erbracht. Es gelten definierte Voraussetzungen zur Leistungserbringung (s. Fachkonzept T-RENA®).

### **Nachsorge für Kinder- und Jugendliche**

Auch im Anschluss einer Rehabilitationsleistung für Kinder- und Jugendliche können spezielle Nachsorgeleistungen in Frage kommen. Wie für Erwachsene, gibt es multimodale und unimodale Angebote. Für die Bewegungstherapie ist zu beachten, dass als unimodale Angebote u. a. Physiotherapie und Sport- und Bewegungstherapie verordnet werden können. T-RENA® kann ab einem Alter von 16 Jahren in Anspruch genommen werden.

### **Weiterführende Literatur:**

Alle Informationen zur Reha-Nachsorge der DRV (Rahmenkonzept, Fachkonzepte etc.)

<https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/Nachsorge/nachsorge.html>

Nachsorge für Kinder und Jugendliche

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/nachsorge\\_ki\\_ju/nachsorge\\_ki\\_ju.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Experten/Infos-fuer-Reha-Einrichtungen/nachsorge_ki_ju/nachsorge_ki_ju.html)

Infografik (Version 1) des Deutschen Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V. (DVGS) zur bewegungsbezogenen Nachsorge

<https://www.dvgs-cloud.de/s/QLBmRYMk4GjAT9S>

# 10. Evidenzbasiertes Arbeiten in der Bewegungstherapie

**In Kürze:** Medizinische Rehabilitation erfolgt orientiert an medizinischen (Behandlungs-)Leitlinien und nach aktueller Evidenzlage. Im Bewegungsteam müssen Strukturen zur stetigen Weiterentwicklung der therapeutischen Kompetenzen bestehen.

Evidenzbasierte Bewegungstherapie orientiert sich an der evidenzbasierten Medizin und bezeichnet eine therapeutische Vorgehensweise, die wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse (Evidenz), klinische Expertise und individuelle Bedürfnisse der Rehabilitand\*innen in die Therapie integriert (31). Ziel ist es, die bestmögliche Behandlung zu bieten und Therapieentscheidungen auf eine objektive, überprüfbare Basis zu stellen und somit die Wirksamkeit und Sicherheit der Maßnahmen zu maximieren. Die Kompetenz zur gezielten Recherche relevanter Evidenz, die kritische Beurteilung der Informationen und Bewertung des zu erwartenden Behandlungseffektes sind entscheidende Fähigkeiten, über die im Team der Bewegungstherapie die wissenschaftlich ausgebildeten Fachkräfte verfügen (vgl. Tab. 6).

Das Rahmenkonzept medizinische Rehabilitation der DRV gibt ein evidenzbasiertes Arbeiten als notwendiges Qualitätsmerkmal für die Einrichtungen zur medizinischen Rehabilitation vor.

Merkmale einer evidenzbasierten Bewegungstherapie können sein:

- Interventionen und deren Ausgestaltung erfolgen leitliniengerecht und nach aktuellem Stand der Wissenschaft
- Die Qualifikation und fachliche Kompetenz des Therapiepersonals entspricht der Indikation und dem Konzept der Fachabteilung
- Das therapeutische Personal erhält und/oder erweitert stetig das fachliche Know-How und nimmt regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teil
- Ein individuelles Assessment ist handlungsleitend
- Eine fachliche Autorität kann im Sinne einer Intervention oder Supervision die Therapiequalität einschätzen, Beratungen anbieten und Qualifizierungsbedarfe erkennen

## **Evidenzbasiertes und konzeptionelles Arbeiten im intraprofessionellen Team der Bewegungstherapie**

Die Arbeit in der Bewegungstherapie ist geprägt von einer hohen Termindichte und geringen zeitlichen Ressourcen um wichtige Tätigkeiten wie Konzeptarbeit, Super-/Intervision, Teambesprechungen, Dokumentation, Fortbildungen und weitere umzusetzen.

In den Anforderungen zur Strukturqualität wird empfohlen, Leitungspositionen in den Einrichtungen durch akademisierte Berufsgruppen, Master oder Diplom zu besetzen. Für die Bewegungstherapie liegt der Mehrwehrt in der Sicherstellung evidenzbasierter bzw. wissenschaftlich fundierter Therapien, der regelmäßigen Überprüfung von Behandlungskonzepten und deren Weiterentwicklung, der fachlichen Autorität im Sinne einer bereichsinternen Intervention oder Team-Supervisionstätigkeit. Hierbei ist zu beachten, dass sowohl akademisierte Physiotherapeut\*innen als auch

Sportwissenschaftler\*innen oder Sportlehrer\*innen qualifiziert sein können. Mit Blick auf die kontinuierlich hohe Leistungserbringung im Therapiealltag sei hier angenommen, dass die genannten Tätigkeiten voraussichtlich nicht überall adäquat durch leitende Bewegungstherapeut\*innen erfüllt werden können, welche Leitungstätigkeiten wie Personalführung, Therapieplanung o.ä. ausüben müssen. Auf Einrichtungsebene ergibt sich somit die Frage, welche Therapeut\*innen die fachlichen Kompetenzen mitbringen und wie viel „therapieferne“ Zeiten für nachstehende Tätigkeiten eingeplant werden müssen.

Therapieferne Tätigkeiten:

- Konzeptionelles Arbeiten
- Beteiligung in Veränderungsprozessen (z. B. Digitalisierung)
- Wissenstransfer aus Forschung und Leitlinien ins Team
- Supervision/Intervision
- Fortbildungsmanagement: Identifikation Bedarfe und Vermittlung Angebote
- Studienarbeit: Ansprechpartner Institute bzw. Schnittstelle Wissenstransfer
- Assessment/Diagnostik
- Dokumentation und Befunderstellung
- Ansprechpartner Bewegungstherapie im Reha-Team
- Organisation interner Fortbildungen
- Ansprechpartner/in für verwaltungsseitige Anfragen (DRV)

#### **Weiterführende Literatur:**

Definitionen zur Evidenzbasierten Medizin

<https://www.cochrane.de/ueber-uns/evidenzbasierte-medizin>

[https://www.iqwig.de/ueber-uns/methoden/evidenzbasierte-medizin/#:~:text=Der%20Begriff%20ist%20eine%20etwas,Belege%20\(%22%20Evidenz%22\)](https://www.iqwig.de/ueber-uns/methoden/evidenzbasierte-medizin/#:~:text=Der%20Begriff%20ist%20eine%20etwas,Belege%20(%22%20Evidenz%22))

(Abgerufen am 17.02.2025)

# 11. Digitalisierung: Beiträge und Konsequenzen für die Bewegungstherapie

**In Kürze:** Digitale Anwendungen ergänzen zunehmend die klassische Reha-Praxis und Nachsorge und bieten den Rehabilitand\*innen als auch Therapeut\*innen neue Möglichkeiten in der Therapie. Bewegungstherapeut\*innen sollten frühzeitig und aktiv in digitale Veränderungsprozesse eingebunden werden.

## Digitalisierung und Flexibilisierung

Der zunehmende Einsatz digitaler Anwendungen führt zu räumlicher und zeitlicher Flexibilisierung der Therapie. Die Arbeit in der Bewegungstherapie wird zukünftig (noch) stärker durch den Einsatz digitaler Medien im Rahmen der Prävention, Rehabilitation oder Nachsorge geprägt sein. Hieraus ergeben sich Qualifizierungsbedarfe für das Bewegungsteam, aber auch die Notwendigkeit des aktiven Einbezugs in Veränderungsprozesse: d.h. Betroffene müssen frühzeitig zu Beteiligten gemacht werden. Neue Therapiewerkzeuge bzw. Geräte wie Apps, Wearables, ggf. mit virtueller Unterstützung (virtuell Reality (VR), Augmented Reality) oder künstlicher Intelligenz (KI) werden zukünftig bestehende Strukturen und Möglichkeiten zur Zusammenarbeit erweitern, z. B. mit der elektronischen Patientenakte. Bewegungstherapeut\*innen sollten dem Einsatz entsprechender Anwendungen grundsätzlich offen gegenüberstehen und z. B. durch Modellprojekte Anwendungsmöglichkeiten frühzeitig im Therapiekontext erproben. Im Sinne des New Work- Gedankens könnten Therapieleistungen örtlich flexibel von der Reha-Einrichtung erbracht und Arbeitszeiten stückweise an persönliche Lebenskonzepte angepasst werden. Ein anderer Vorteil kann in der Möglichkeit zur längerfristigen Betreuung während der Reha-Nachsorge gesehen werden. Digitalisierung auf Einrichtungs- und Fachabteilungsebene mitzudenken kann in den nächsten Jahren die Positionierung der Einrichtungen am Arbeitsmarkt aber auch bei der Einrichtungsauswahl durch die Rehabilitand\*innen förderlich wirken.

## Status Quo in der digitalen Reha-Nachsorge

Angebote zur digitalen Nachsorge ergänzen das traditionelle Nachsorgeportfolio der Deutschen Rentenversicherung. Die digitale Nachsorge bietet ein Angebot für Menschen in Gegenden ohne adäquate Nachsorgeanbieter und eine zeitlich flexible Lösung z. B. für Versicherte im Schichtdienst oder Alleinerziehende. Die digitalen Therapieangebote orientieren sich inhaltlich an den Kerngeboten: IRENA®, T-RENA® und Psy-RENA®. In dem multimodalen Angebot IRENA®, sowie dem unimodalen trainingstherapeutischen Angebot (T-RENA®) gibt es eine (intensive) Beteiligung der sport- und bewegungstherapeutischen Berufsgruppen. Die Erbringung der digitalen Nachsorge kann unterschiedlich gestaltet werden. Mittlerweile gibt es eine Reihe diverser Nachsorgeanbieter, die in Kooperationen mit den Reha-Einrichtungen agieren und entweder Software und Inhalte oder die gesamte Nachsorgeleistung zur Verfügung stellen.

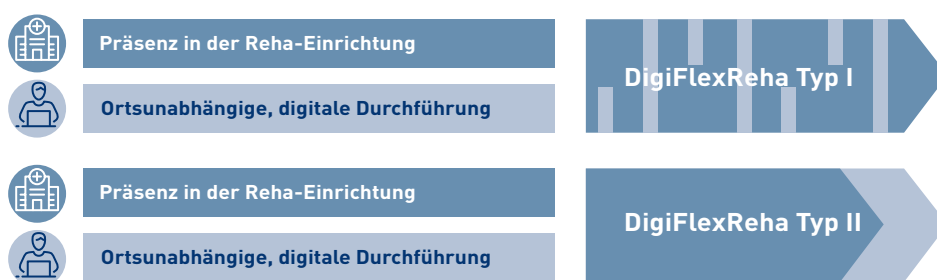
## DigiFlexReha

Die Deutsche Rentenversicherung fördert die Erprobung von Modellprojekten zur digital flexibilisierten Rehabilitation. DigiFlexReha wird wie folgt

definiert: „Eine Form der medizinischen Rehabilitation, in der ein Anteil der Leistungen durch die Nutzung digitaler Technologien örtlich und/oder zeitlich unabhängig von therapeutischem Personal begleitet und damit flexibilisiert wird.“ (32). In den „Rahmenbedingungen zur Erprobung der digital flexibilisierten medizinischen Rehabilitation (DigiFlexReha) können interessierte Reha-Einrichtungen die Bedingungen zur Erprobung innovativer Ansätze nachlesen. Hinsichtlich der Umsetzung der Flexibilisierung erwiesen sich zwei Möglichkeiten bisher in Modellprojekten als potenziell denkbar, die in Abbildung 14 beschrieben sind.

#### Typen der digital flexibilisierten medizinischen Rehabilitation

1. **Typ I:** DigiFlexReha mit digitalen Zeitfenstern: Einzelne Therapien, die bisher analog erbracht wurden, werden digital durchgeführt. Maximaler Zeitumfang der digitalen Durchführung „am Stück“ ist ein Tag.
2. **Typ II:** DigiFlexReha mit digitaler Phase: Hier wird die erste Phase der medizinischen Rehabilitation in Präsenz in der Rehabilitationseinrichtung durchgeführt, die zweite Phase ortsunabhängig außerhalb der Rehabilitationseinrichtung digital



**Abb. 19:** Typen der DigiFlexReha, Reha-Bericht 2024, DRV.

Die Implementierung digitaler Anwendungen in den etablierten Reha-Prozess ist eine Herausforderung für alle Beteiligten. Einige Förderfaktoren und Barrieren im Vorfeld zu beachten erleichtert die schnelle Umsetzung und fördert die Akzeptanz im Reha-Team und auf Seite der Rehabilitand\*innen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund förderte das Forschungsprojekt „REHADI“, welches abschließend „Handlungsempfehlungen für die Implementierung digital unterstützter Anwendungen in der medizinischen Rehabilitation“ in einer kompakten Broschüre übersichtlich zusammengefasst hat.

#### Weiterführende Literatur:

Rahmenbedingungen DigiFlexReha DRV

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos\\_reha\\_einrichtungen/modellprojekt-digiflexreha.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/modellprojekt-digiflexreha.html)

Reha-Bericht 2024, DRV Bund

[https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht\\_2024.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Statistiken-und-Berichte/Berichte/rehabericht_2024.html)

Handlungsempfehlungen aus dem Forschungsprojekt REHADI

[https://www.uni-siegen.de/lwf/departments/digitalegesundheitswissenschaften/professuren/digital\\_public\\_health/publikationen/handlungsempfehlungen\\_rehadi\\_final.pdf](https://www.uni-siegen.de/lwf/departments/digitalegesundheitswissenschaften/professuren/digital_public_health/publikationen/handlungsempfehlungen_rehadi_final.pdf)

## 12. Herausforderungen der Zukunft für die Bewegungstherapie

**In Kürze:** In den kommenden Jahren ergeben sich eine Vielzahl an Herausforderungen für die Therapeut\*innen der Bewegungstherapie. Die Offenheit für Veränderung und Bereitschaft zur Partizipation in Veränderungsprozessen tragen neben weiteren Kompetenzen zu einer effektiven Veränderungskultur bei.

### **Zunehmende Multimorbidität**

Das gleichzeitige Vorliegen mehrerer chronischer Erkrankungen erfordert die schnelle Verfügbarkeit umfassender Gesundheitsinformationen, gute Kooperationsstrukturen im intra- und interprofessionellen Reha-Team (z. B. Austauschformate) und breite Kompetenz seitens der Bewegungstherapeut\*innen.

### **Partizipation**

Das Recht der Versicherten/Rehabilitanden zur Mitbestimmung im Rehabilitationsprozess wurde durch den Gesetzgeber in verschiedenen gesetzlichen Regelungen gestärkt. Ein Beispiel ist das gestärkte Wunsch- und Wahlrecht hinsichtlich der Auswahl einer Rehabilitationsfachabteilung. Die Haltung der Bewegungstherapeut\*innen wird zukünftig noch deutlicher kooperativ als direktiv sein müssen. Dabei treten die Therapeut\*innen im Reha-Prozess zwar als Expert\*innen auf, nehmen aber gleichzeitig keine dominante dirigierende, sondern eine beratende Funktion ein.

### **Fachkräftemangel**

Geeignetes therapeutisches Personal einzustellen oder Bestandspersonal zu halten, wird in den kommenden Jahren eine Herausforderung für die sport- und bewegungstherapeutischen Abteilungen. Dabei gibt es Handlungsoptionen, die im Wirkungsbereich des intraprofessionellen Bewegungsteams liegen. Hierzu können z. B. kompetenzorientierter Einsatz der Mitarbeitenden, Förderung besonderer Fähigkeiten und Personalentwicklung und Angebote zur Partizipation in Veränderungsprozessen zählen. Weitere Optionen ergeben sich auf Einrichtungsebene und können bspw. strukturelle Voraussetzungen (Räumlichkeiten, Geräte), besondere Einrichtungskonzepte und Vergütung betreffen. Gesamtziel für Leistungserbringer und Leistungsträger sollte sein, gemeinsam mit Fach-/ Berufsverbänden und Ausbildungsstätten die medizinische Rehabilitation als attraktives Arbeitsfeld zu fördern.

### **Vermittlung Gesundheitskompetenz und vertrauenswürdige Gesundheitsinformationen**

Patient\*innen, die eine aktive Rolle im Behandlungs- und Versorgungsprozess einnehmen und fundierte gesundheitsbezogene Entscheidungen treffen können, haben mit höherer Wahrscheinlichkeit eine bessere gesundheitsbezogene Lebensqualität, höhere Lebenserwartung und sind zufriedener mit der Versorgung (22).

Bewegungstherapeut\*innen erleben in der Praxis ganz unterschiedlich ausgeprägte Gesundheitskompetenzen und Vorerfahrungen seitens der Rehabilitand\*innen. Der stetig wachsende Markt an digitalen Medien ermöglicht die schnelle und weite Verbreitung gesundheitsbezogener

Informationen, auch durch Laien und fachfremde Expert\*innen. Bewegungstherapeut\*innen in den Reha-Einrichtungen werden sich zukünftig immer häufiger in der Rolle des/der Experten/-in wiederfinden, wenn es darum geht, ggf. sachlich inkorrekte Informationen zu korrigieren oder zu geeigneten Informationsportalen zu beraten. Der fachliche Anspruch an die edukativen Leistungen (z. B. krankheitsspezifische Schulungen) in den Reha-Einrichtungen wächst und muss sich in seiner Attraktivität (z. B. Methodik/Didaktik) an den Formaten digitaler Medien messen.

## Literaturverzeichnis

1. Dibben GO, Gardiner L, Young HM, Wells V, Evans RA, Ahmed Z, et al. Evidence for exercise-based interventions across 45 different long-term conditions: an overview of systematic reviews. *EClinicalMedicine*. 2024.
2. Brüggemann S, Sewöster D, Kranzmann A. Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung–eine Analyse auf Basis quantitativer Routinedaten. *Die Rehabilitation*. 2018;57(01):24-30.
3. Klassifikation Therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2025.
4. Pfeifer K, Sudeck G, Brüggemann S, Huber G. DGRW-Update: Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation–Wirkungen, Qualität, Perspektiven. *Die Rehabilitation*. 2010;49(04):224-36.
5. Pfeifer K, Sudeck G. Körperliche Aktivität. In: Bengel J, Mittag O, editors. *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation: Somatopsychologie und Verhaltensmedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2020. p. 249-64.
6. Rahmenkonzept zur medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2009. p. 1-68.
7. Sportwissenschaft DVf. Kerncurriculum Ein-Fach-Bachelor Sportwissenschaft 2023. Available from: [https://www.sportwissenschaft.de/fileadmin/pdf/download/Kerncurriculum-Sportwissenschaft\\_web.pdf](https://www.sportwissenschaft.de/fileadmin/pdf/download/Kerncurriculum-Sportwissenschaft_web.pdf).
8. Huber C. Zur Professionalisierung der Bewegungsförderung. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*. 2016;32(04):128-32.
9. Pfeifer K, Sudeck G, Deprins J, Geidl W, Rohrbach N, Streber R. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt „Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: eine Bestandsaufnahme auf Einrichtungs- und Akteursebene “. 2017.

10. Geidl W, Sudeck G, Wais J, Pfeifer K. Bewegungsförderliche Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Konsequenzen der bundesweiten Bestandsaufnahme für die Qualitätsentwicklung. *Die Rehabilitation*. 2022;61(05):336-43.
11. Werle J, Woll A, Tittlbach S. Gesundheitsförderung: Körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit im Alter: Kohlhammer; 2006.
12. Pfeifer K, Sudeck G, Geidl W, Jung A, Matting L. Bewegungsförderung in der medizinischen Rehabilitation - Praxisempfehlungen für die Bewegungstherapie. 2025.
13. Anforderungsprofil zur Durchführung der Medizinisch-beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR). Berlin: Deutsche Rentenersicherung Bund; 2023.
14. Berufsgruppen der medizinischen Rehabilitation und deren interprofessionelle Zusammenarbeit. Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2023.
15. Worringen U. Begutachtung psychischer Funktionen und Fähigkeiten in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung. *Psychologische Begutachtung: Leitlinien und Empfehlungen für die Praxis*: Springer; 2023. p. 1-10.
16. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020;54(24):1451-62.
17. Bewegungsförderung bei Erwachsenen in Deutschland. Bestandsaufnahme (Langversion). Bundesministerium für Gesundheit; 2024.
18. Bewegungsförderung bei Erwachsenen mit nichtübertragbaren Krankheiten in Deutschland. Bestandsaufnahme (Langversion). Bundesministerium für Gesundheit; 2024.
19. Wenz B, Graf J, Sudeck G, Geidl W, Manz K, Jordan S, et al. Physical activity and motivational readiness for physical activity behavior change in adults with non-communicable diseases in Germany: a trend analysis of two cross-sectional health surveys from the German GEDA study 2014/2015 and 2019/2020. *BMC Public Health*. 2025;25(1):494.
20. Köppel M, Peters S. Der Einsatz von Short Bouts als Paradigmenwechsel bei der Ausgestaltung von Bewegungsinterventionen. *B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport*. 2023;39(05):192-200.
21. Bitzer EM, Spörhase U. Health Literacy and patient education in medical rehabilitation. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 2015;58:983-8.
22. Definition: Was ist Gesundheitskompetenz? : Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz (DNGK); o.J. [Available from: <https://dngk.de/definition/>].

23. Sudeck G, Rosenstiel S, Carl J, Pfeifer K. Bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz–Konzeption und Anwendung in Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. Gesundheitskompetenz: Springer; 2022. p. 1-12.
24. Pfeifer K, Sudeck G, Geidl W, Tallner A. Bewegungsförderung und Sport in der Neurologie–Kompetenzorientierung und Nachhaltigkeit. Neurol Rehabil. 2013;19(1):7-19.
25. Schmid J, Gut V, Schorno N, Sudeck G, Conzelmann A. Welcher Sport für wen?: motivationspsychologische Perspektiven zur Passung von Person und Sportaktivität. Bern Hogrefe; 2024.
26. Göhner W, Fuchs R. Änderung des Gesundheitsverhaltens: MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung: Hogrefe Verlag GmbH & Company KG; 2006.
27. Göhner W, Schagg D, Küffner R, Reusch A. Psychologische Strategien zur Bewegungsförderung: Entwicklung von Fortbildungen für die Bewegungstherapie (BeFo). B&G Bewegungstherapie und Gesundheitssport. 2018;34(04):168-77.
28. Worringen U, Geidl W, Reusch A, Prodingler B, Redzewsky L, Salzwedel A, et al. Ziele und Aufgaben der Arbeitsgruppe „Interprofessionelle Zusammenarbeit“ in der DGRW. Die Rehabilitation. 2024;63(02):131-7.
29. Reha-Bericht 2023. Deutsche Rentenversicherung Bund; 2023.
30. Evidenzbasierte Medizin: Cochrane Deutschland; o. J. [Available from: <https://www.cochrane.de/ueber-uns/evidenzbasierte-medizin>].
31. Rahmenbedingungen zur Erprobung einer digital flexibilisierten medizinischen Rehabilitation (DigiFlexReha). Berlin: Deutsche Rentenversicherung Bund; 2024.





**Deutsche  
Rentenversicherung**

Bund