

# Ziele und Aufgaben der Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“ in der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)<sup>1</sup>

## Objectives and Tasks of the „Exercise Therapy“ Commission of the German Society of Rehabilitation Science, DGRW

**Autor**

Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“

**Institut**

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)

### 1. Hintergrund und Begründung

Für die heute in der Rehabilitation vorherrschenden Gesundheitsstörungen mit hoher Prävalenz, wie muskuloskeletale Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, onkologische Erkrankungen und psychische Erkrankungen, sind bewegungstherapeutische Interventionen zentrale Elemente der Therapie. Zirka 50% aller durchgeführten therapeutischen Leistungen (nach der Klassifikation therapeutischer Leistungen, KTL, der Deutschen Rentenversicherung Bund von 2007) sind diesem Bereich zuzuordnen.

Im Sinne der International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF [1] ist es Ziel bewegungstherapeutischer Interventionen, die physische Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit wiederherzustellen oder zu verbessern (Funktionen), zu körperlich aktiven Lebensstilen hinzuführen und zur Beibehaltung und Wiederaufnahme von Berufstätigkeit, Alltags- und sozialen Aktivitäten beizutragen (Aktivitäten, Partizipation). Entgegen der Bedeutung der Bewegungstherapien in der Praxis nimmt die wissenschaftliche Analyse und Reflexion bewegungstherapeutischer Interventionen innerhalb der Rehabilitationswissenschaften bislang einen kleinen Raum ein. So liegen – außer guter Evidenz für die grundlegenden Adaptationsmechanismen des Organismus bei zielgerichteten physischen Belastungen – bislang noch wenig evidenzgesicherte Interventionskonzepte und Ergebnisse vor. Dies gilt im Sinne der formativen Evaluation sowohl für die konzeptuelle Struktur bewegungsthera-

peutischer Programme (Zielsetzungen, Inhalte, Methoden) als auch im Bezug auf die summative Evaluation erwünschter und tatsächlich erreichter Wirkungen von Bewegungstherapie. Im Hinblick auf die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen der Rehabilitation besteht dringender Bedarf für eine differenzierte wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Bewegungstherapie.

Zur Bildung eines theoretischen Bezugsrahmens eignen sich neben der ICF weitere vorliegende Arbeiten. So beschreiben Gerdes und Weis [2] das Ziel der Rehabilitation, einen individuellen Bewältigungsprozess zur Verbesserung von Aktivität und Teilhabe bei Vorliegen einer individuellen Gesundheitsstörung zu initiieren bzw. zu stärken. In ihrem Modell werden bereits Wirkungszusammenhänge zwischen medizinischen Interventionen, physikalischer Therapie, Pflege sowie psychologischen Verfahren und Sozialberatung auf den individuellen Bewältigungsprozess beschrieben. Die Einordnung von bewegungstherapeutischen Verfahren bleibt jedoch unspezifisch. Jene erscheinen im vorliegenden Modell bislang neben ergo- und logotherapeutischen Verfahren eher als adjuvant, und es erfolgt noch keine Herstellung von Wirkungsbezügen im Hinblick auf die für den Bewältigungsprozess besonders relevanten psychischen, aber auch physischen Ressourcen.

Demgegenüber beschreiben Schüle u. Huber [3] unter Bezugnahme auf das Salutogenesemodell von Antonovsky [4,5] und das werteorientierte Modell des Verhaltens von Rokeach [6] eine mehrdimensionale Grundlage für bewegungstherapeutische Interventionen. Hier wird als Zielsetzung der Bewegungstherapie neben der naturgemäßen Beeinflussung physischer Funktionen explizit auch die Verhaltensorientierung im Hinblick auf den Aufbau individueller Handlungskompetenzen und die Bindung an eigenständige körperliche Aktivität betont. Eine sol-

### Bibliografie

DOI 10.1055/s-0029-1234051  
Rehabilitation 2009;  
48: 252–255  
© Georg Thieme Verlag KG  
Stuttgart · New York  
ISSN 0034-3536

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Klaus Pfeifer**  
Sprecher der AG  
Bewegungstherapie  
Friedrich Alexander-Universität  
Erlangen-Nürnberg  
Institut für Sportwissenschaft  
und Sport  
Gebbertstraße 123b  
91098 Erlangen  
klaus.pfeifer@  
sport.uni-erlangen.de

<sup>1</sup>Stand Juli 2009; das Konzept wird fortgeschrieben. Der AG Bewegungstherapie gehören an: Angelika Baldus, Dr. Silke Brüggemann, Dr. Inge Ehlebracht-König, Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Prof. Dr. Gerhard Huber, Prof. Dr. med. Marthin Karoff, Dr. Sonia Lippke, Prof. Dr. Klaus Pfeifer (Sprecher), Dr. Gorden Sudeck, Dr. Wilfried Schupp, Prof. Dr. Klaus Schüle, Dr. Marlis Winnefeld, Prof. Dr. Christoph Zalpour.

chernaßen verstandene Bewegungstherapie verknüpft Elemente körperlichen Übens und Trainierens zielgerichtet mit Elementen der Patientenschulung und kognitiv-behavioralen Interventionsformen. Sie bietet damit die Basis für eine Integration in moderne interdisziplinäre Behandlungsstrategien in der Rehabilitation, die über übliche multidisziplinäre bzw. additive Organisationsformen hinausgehen. Gleichzeitig ermöglicht sie eine weitergehende Betrachtung der Bewegungstherapie im Hinblick auf ihre Rolle bei der indikationsbezogenen wie auch indikationsübergreifenden Beeinflussung von Aktivitäten und Teilhabe betroffener Rehabilitanden.

Auch im internationalen Raum haben sich in jüngerer Zeit mehrdimensionale Betrachtungsweisen von Bewegungstherapie entwickelt, die mit der durch die ICF beschriebenen Auffassung der „funktionalen“ Gesundheit kompatibel sind. Ausgehend von ersten, noch primär auf die Physis bezogenen Ansätzen von Hislop [7], entwickelten sich zunehmend ganzheitliche Modellvorstellungen, die die Beziehungen zwischen motorischen Funktionen bzw. Bewegungsaktivitäten und psychischen bzw. sozialen Prozessen thematisieren. So beschreiben z. B. Cott et al. [8] mit der „Movement Continuum Theory of Physical Therapy“ die Wechselwirkungen zwischen der Bewegung als unverzichtbarem Bestandteil des menschlichen Lebens und sozialen, psychischen und umweltbezogenen Faktoren.

Die hier nur knapp skizzierten Zusammenhänge deuten die vielfältigen Arbeitsfelder und Fragestellungen für eine differenzierte Aufarbeitung der Rolle der Bewegungstherapie, ihrer Wirkmechanismen und ihres Wirkpotenzials im Hinblick auf eine erfolgreiche Rehabilitation an. Dabei sind die grundsätzlichen physischen Wirkungen von zielgerichteten Beanspruchungen des biologischen Systems sowie deren zugrunde liegenden Wirkmechanismen bei einer Vielzahl von Indikationsbereichen heute unbestritten [9]. Trotzdem bleibt eine Vielzahl von Problemfelder offen und unbearbeitet. Dies gilt z. B. auf physischer Ebene für Fragen zu Dosis-Wirkungsbeziehungen oder auf psychosozialer Ebene für die Beeinflussbarkeit von subjektiver Gesundheit und Lebensqualität. Dies wird unter anderem an dem bereits häufig untersuchten Bereich der kardialen Rehabilitation deutlich, wie Jolliffe et al. [10] hervorheben.

## 2. Verständnis von Bewegungstherapie



Unter dem Begriff „Bewegungstherapie“ kann eine Vielzahl unterschiedlicher Verfahren zusammengefasst werden, die körperliche Bewegung als Therapie einsetzen. In der Arbeitsgruppe liegt folgendes Verständnis von Bewegungstherapie zugrunde:

*Bewegungstherapie ist ärztlich indizierte und verordnete Bewegung, die vom Fachtherapeuten bzw. der Fachtherapeutin geplant und dosiert, gemeinsam mit dem Arzt/der Ärztin kontrolliert und mit dem Patienten/der Patientin alleine oder in der Gruppe durchgeführt wird.*

Unter dieser Definition werden jene Interventionen zusammengefasst, die die körperliche Bewegung des Menschen als Therapieinhalt nutzen. Unter Berücksichtigung der im nationalen Raum in der Praxis der Rehabilitation verwendeten Terminologie gehören dazu die Sporttherapie, die Krankengymnastik bzw. Physiotherapie sowie teilweise die Ergotherapie mit allen dort jeweils näher bezeichneten bewegungstherapeutischen Verfahren (vgl. Bezeichnungen in der KTL). Ebenso müssen die im Rahmen der sog. Rekrations- oder Erholungstherapie durchgeführten bewegungsbezogenen Interventionen berücksichtigt werden.

## 3. Aufgaben und Fragestellungen



Für eine zukünftige rehabilitationswissenschaftliche Betrachtung der Bewegungstherapie ergeben sich die im Folgenden aufgezählten Fragestellungen bzw. Aufgaben.

### a) Wirkungen von Bewegungstherapie – Aufarbeitung der nationalen und internationalen Evidenz

In der jüngeren Zeit sind verschiedene systematische Übersichtsarbeiten erschienen, die einerseits spezifisch auf das Feld der Bewegungstherapie bezogen sind (z. B. [9]) bzw. andererseits die Rolle von Bewegungstherapie als Bestandteil interdisziplinärer Interventionsformen in verschiedenen Indikationsbereichen beschreiben (u. a. [10, 11, 12]). In diesen Übersichtsarbeiten werden Wirkungen von Bewegungstherapie beschrieben und bewertet. Im Vordergrund stehen dabei Arbeiten zu physischen Wirkungen von Bewegungstherapie (Funktionen). Bislang liegen nur wenige Arbeiten zu verhaltensrelevanten Fragen (Aktivitäten, Partizipation – z. B. Beeinflussung gesundheitsförderlicher Lebensstile) oder zur differenziellen Wirksamkeit von Bewegungstherapie bei spezifischen Zielgruppen oder spezifischen Bedingungen (z. B. Überforderung vs. Unterforderung in der Bewegungstherapie) vor. Darüber hinaus sind aus den vorhandenen Studien selten konkrete Therapieempfehlungen ableitbar, da in den Publikationen meist eine detaillierte Beschreibung der untersuchten bewegungstherapeutischen Interventionen fehlt.

Auf Basis der vorliegenden Arbeiten gilt es, die Wirksamkeit, die Wirkmechanismen und die verwendeten bzw. empfohlenen bewegungstherapeutischen Methoden systematisch aufzuarbeiten und zu beschreiben. Darauf aufbauend ist zu prüfen, welche Empfehlungen sich aus der vorliegenden Evidenz für die bewegungstherapeutische Praxis ableiten lassen bzw. welche Fragen offenbleiben (auch in Bezug auf die Übertragbarkeit von Ergebnissen internationaler Studien auf das deutsche Rehabilitationssystem usw.).

### b) Stand der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung zu bewegungsbezogenen Interventionsformen

Der Anteil rehabilitationswissenschaftlicher Beiträge, die sich mit den Wirkungen von Bewegungstherapie insbesondere in der Rehabilitation beschäftigen, ist im Vergleich zu denen, die sich mit den Wirkungen von medizinischen oder psychologischen Interventionen befassen, deutlich geringer. Gleichwohl sind in den letzten Jahren sowohl in der Rehabilitationswissenschaft als auch in angrenzenden Disziplinen wie Sozialmedizin, Sportwissenschaft, Sportmedizin und physikalische Medizin oder auch in der allgemeinen Versorgungsforschung Arbeiten mit rehabilitationsrelevanten Fragestellungen erschienen.

Daraus ergibt sich die Arbeitsaufgabe, die vorliegenden Untersuchungen im nationalen Raum systematisch zu erfassen, sie einer Bewertung im Hinblick auf die inhaltliche und methodische Qualität zu unterziehen und den Forschungsstand zusammenzufassen.

### c) Konzeptuelle Struktur bewegungstherapeutischer Programme

Bewegungstherapie ist zentraler Bestandteil der Rehabilitation, trotzdem erfolgt die Anwendung bewegungstherapeutischer Interventionsformen in der Praxis eher erfahrungsgelenkt als an festen Kriterien orientiert und eher additiv als integrativ. Bisher

existieren kaum strukturierte und evidenzbasierte Interventionskonzepte, die Zielsetzungen auf Basis der vorliegenden Indikationen und der begleitenden Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabestörungen konkretisieren und entsprechende zielbezogene Inhalte und Methoden spezifizieren bzw. sind solche Konzepte wenig bekannt. Damit fehlt bislang die einheitliche Basis für eine hohe Struktur- und Prozessqualität der bewegungstherapeutischen Versorgung in der Praxis.

Daraus ergibt sich die Aufgabe, die in der Praxis vorliegenden bewegungstherapeutischen Interventionskonzepte zu recherchieren, diese in Bezug auf die Struktur- und Prozessqualität zu analysieren und zu bewerten und den Bedarf für die Konzeptualisierung entsprechender Interventionsformen zu ermitteln (siehe d, e und f).

#### d) Entwicklungsschritte zur Optimierung von Bewegungstherapie

Ausgehend von c) ergeben sich folgende Aufgaben/Entwicklungsschritte:

- ▶ Beschreibung von Forschungsbedarf und Initiierung von Forschungsvorhaben (siehe g),
- ▶ Empfehlungen zur Struktur und inhaltlichen Gestaltung von Bewegungstherapie (Definition von Qualitätsmerkmalen, „Leitlinien“) (siehe auch e und f),
- ▶ Entwicklung indikationsspezifischer und indikationsübergreifender bewegungstherapeutischer Konzepte,
- ▶ Entwicklung von praktisch nutzbaren Assessmentverfahren als Basis für die Entwicklung spezifischer Therapiepfade bei Rehabilitanden mit unterschiedlichen Einschränkungen der funktionalen Gesundheit,
- ▶ Analyse von Möglichkeiten zur Kombination der Bewegungstherapie mit anderen therapeutischen Verfahren und
- ▶ Benennung von Schnittstellen zu Prävention und Nachsorge, Empfehlungen zur Vernetzung.

#### e) Bewegungstherapie und ICF

Die ICF [1] bildet zunehmend den wesentlichen Bezugsrahmen für alle Interventionsformen in der Rehabilitation. Das vorliegende Codierungssystem bietet, auch unter Nutzung der vorliegenden ICF-Core-Sets (z.B. [13, 14]), die Möglichkeiten zur Formulierung von indikationsbezogenen sowie indikationsübergreifenden Zielsetzungen für bewegungstherapeutische Interventionen. Vor diesem Hintergrund ergeben sich Fragestellungen bzw. Arbeitsaufgaben in Bezug auf folgende Aspekte:

- ▶ Formulierung von indikationsbezogenen sowie indikationsübergreifenden Therapiezielen auf der Basis der ICF und
- ▶ Recherche und systematische Bewertung von ICF-relevanten Mess- und Testverfahren im Sinne einer mehrdimensionalen Diagnostik als Basis für die Planung und Überprüfung von Bewegungstherapie.

#### f) Verhaltensbezogene Bewegungstherapie

Über die Verbesserung oder Wiederherstellung der physischen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit (Funktionen) hinaus ist es ein wesentliches Ziel bewegungstherapeutischer Interventionen, zu körperlich aktiven Lebensstilen hinzuzuführen und damit auch zur Beibehaltung und Wiederaufnahme von Berufstätigkeit, Alltags- und sozialen Aktivitäten (Aktivitäten, Partizipation) beizutragen. Innerhalb der Rehabilitationskette können bewegungsbezogene Interventionen bereits während der ambulanten oder stationären Rehabilitation sowie weiterhin in der Nachsorge (z.B. wie in den ambulanten Herzsportgruppen) zu direkten

Selbstwirksamkeitserfahrungen und zum Aufbau von gesundheitsbezogener Handlungskompetenz (i.S. von Empowerment) beitragen.

Um nachhaltige Wirkungen in Bezug auf einen bewegungsreicheren Lebensstil zu erzielen, ergibt sich die Aufgabe – unter Berücksichtigung der strukturellen Besonderheiten von Rehabilitationsangeboten – entsprechende Therapiebausteine mit spezifizierten Methoden, Inhalten und Durchführungshinweisen für den Aufbau von Bindung an körperliche Aktivität zu entwickeln. Dabei müssen indikationsspezifische und indikationsübergreifende Voraussetzungen der funktionalen Gesundheit berücksichtigt werden.

#### g) Mögliche Forschungsfelder zur Bewegungstherapie in der Rehabilitation

Auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes und der beschriebenen Arbeitsaufgaben gilt es, offene Fragestellungen für die zukünftige Forschung im Bereich der bewegungstherapeutischen Versorgung in der Rehabilitation zu formulieren. Dazu gehören beispielsweise:

- ▶ die Analyse von Wirkfaktoren der Bewegungstherapie auf physische, psychosoziale und mentale Funktionen,
- ▶ die Untersuchung von Dosis-Wirkungs-Beziehungen der verschiedenen Formen der Bewegungstherapie in Bezug auf physische, psychosoziale und mentale Funktionen (inkl. Mindestvolumina, Deckeneffekten, Belastung vs. Erholung usw.),
- ▶ der Vergleich von Rahmenbedingungen, Struktur- und Prozessqualität sowie der Wirkungen von Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation,
- ▶ die Analyse genderspezifischer, altersspezifischer, indikationsspezifischer, settingspezifischer und arbeitsplatzspezifischer Aspekte von Bewegungstherapie im Hinblick auf Struktur- und Prozessanforderungen sowie eine differenzielle Wirksamkeit,
- ▶ die Entwicklung und Evaluation von Assessmentverfahren für die Planung und Umsetzung von Bewegungstherapie (funktionelle Diagnostik, Voraussetzungen/Erfahrungen, Motivation/Volition, Therapieempfehlung/bedarfsbezogene Zuweisung, Prädiktoren, Ergebnisevaluation), auch in Bezug zu Patientenklassifikationssystemen,
- ▶ die Entwicklung und Evaluation von bewegungsbezogenen Interventionen zur Sicherung der Nachhaltigkeit im Anschluss an die Rehabilitation,
- ▶ die Entwicklung und Überprüfung von Rehabilitationskonzepten, die zielgerichtet Bewegungstherapie und verhaltensbezogene Interventionen kombinieren,
- ▶ die Evaluation spezifischer Effekte von Bewegungstherapie alleine (z.B. Wassertherapie) oder von Bewegungstherapie in Kombination mit weiteren Interventionsformen der Rehabilitation (z.B. Verhaltenstherapie, Patientenschulung),
- ▶ die Einbettung der Bewegungstherapie in ein Gesamtkonzept der Rehabilitation,
- ▶ die Rolle der Bewegungstherapie im Rahmen beruflicher Reintegrationsmaßnahmen,
- ▶ die gesundheitsökonomischen Aspekte der Bewegungstherapie,
- ▶ die Entwicklung von Empfehlungen für die Durchführung von mono- und multizentrischen Studien für die Evaluation bewegungstherapeutischer Interventionen und
- ▶ die Analyse von Rahmenbedingungen (Strukturen, Barrieren, fördernde Faktoren usw.) für die strukturelle und inhaltliche Anpassung bewegungstherapeutischer Interventionen.

#### 4. Interdisziplinarität und Vernetzung



Aus den beschriebenen Aspekten wird deutlich, dass eine Bearbeitung und Beantwortung der Aufgaben- bzw. Fragestellungen nur in einer interdisziplinären Perspektive und in einem direkten Austausch von Theorie und Praxis erfolgen kann. Daher ist eine Beteiligung von Kolleginnen und Kollegen aus den verschiedenen für den Bereich der Bewegungstherapie relevanten Disziplinen und Professionen, wie z. B. Sportwissenschaft, Physiotherapie, Ergotherapie, Medizin, Psychologie, Gesundheitsökonomie, notwendig und ausdrücklich erwünscht.

Weiterhin sollen potenzielle Partner zur Verbesserung der Nachhaltigkeit angesprochen und integriert werden (kurative Versorgung, Selbsthilfeorganisationen, organisierter Sport, Betriebe usw.). Darüber hinaus wird eine enge Kooperation mit bereits bestehenden Arbeitsgruppen der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) angestrebt.

#### Literatur

- 1 *World Health Organization*, Hrsg. International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF. Genf: WHO; 2001
- 2 *Gerdes N, Weis J*. Zur Theorie der Rehabilitation. In: *Koch U, Bengel J*, Hrsg. Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften: Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung. Berlin: Springer; 2001; 42–68
- 3 *Schüle K, Huber G*, Hrsg. Grundlagen der Sporttherapie – Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. München: Urban & Fischer; 2004
- 4 *Antonovsky A*. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey Bass; 1974
- 5 *Antonovsky A*. Unraveling the mystery of health. San Francisco: Jossey Bass; 1987
- 6 *Rokeach N*. Understanding human values. New York: Free Press; 1979
- 7 *Hislop HJ*. The not so impossible dream. *Physical Therapy* 1975; 55 (10): 1069–1080
- 8 *Cott C, Finch E, Gasner D, Yoshida K, Thomas SG, Verrier MC*. The movement continuum theory of physical therapy. *Physiotherapy Canada* 1995; 47 (2): 87–95
- 9 *Pedersen BK, Saltin B*. Evidence for prescribing exercise as therapy in chronic disease. *Scand J Med Sci Sports* 2006; 16 (Suppl 1): 3–63
- 10 *Jolliffe JA, Rees K, Taylor RS, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S*. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3-2003. Oxford: Update Software; 2003
- 11 *Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C*. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low-back pain (Cochrane Review) In: *The Cochrane Library*, Issue 3-2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2004
- 12 *Hayden JA, van Tulder MW, Tomlinson G*. Systematic review: Strategies for using exercise therapy to improve outcomes in chronic low back pain. *Ann Intern Medicine* 2005; 142: 776–785
- 13 *Dreinhöfer K, Stucki G, Ewert T, Huber E, Ebenbichler G, Gutenbrunner C, Kostanjsek N, Cieza A*. ICF Core Sets for osteoarthritis. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2004; 44 (Suppl 1): 75–80
- 14 *Cieza A, Stucki G, Weigl M, Disler P, Jäckel W, van der Linden S, Kostanjsek N, de Bie R*. ICF Core Sets for low back pain. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2004; 44 (Suppl 1): 69–74