



# Bewegungstherapie in der Rehabilitation

Klaus Pfeifer



Friedrich-Alexander-Universität  
Erlangen-Nürnberg



## Gliederung

1. Verständnis und Hintergrund
2. Zielsetzung der Bewegungstherapie
3. Qualität der Bewegungstherapie
4. Ausblick

# Verständnis von Bewegungstherapie

**Bewegungstherapie ist ärztlich indizierte und verordnete Bewegung, die von Fachtherapeuten/ Fachtherapeutinnen geplant und dosiert, gemeinsam mit dem/der Arzt/Ärztin kontrolliert und mit dem/der Patienten/in einzeln oder in der Gruppe durchgeführt wird.**



**DGRW**

AG Bewegungstherapie

Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.

## Prävalenz der Bewegungstherapie?

### I. Fachgebietsübergreifende Leistungseinheiten

- a ~~Ärztliche Behandlung~~
- b Krankengymnastik**
- c ~~Thermische, Hydro- und Balneotherapie~~
- d Elektrotherapie
- e Inhalation
- f Massage
- g Ergotherapie
- h Klinische Sozialarbeit
- i Ernährung
- k ~~Information, Motivation, Schulung~~
- l Sport- und Bewegungstherapie**
- m Rekreationstherapie, Üben, unter anderem auch von sozialen Kompetenzen**
- n Reha-Pflege
- p Therapeutische Leistungen im Rahmen klinischer Psychologie

BfA 2000

ohne b96

**bewegungstherapeutische Leistungen**

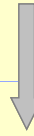
ohne m21, m32-39

- Leistungen, die wenigstens 4% der Personen verabreicht wurden
- ohne Codierung „i“ (Ernährung), „n“ (Reha-Pflege) und „a“ (ärztliche Behandlung)

## Bewegungstherapie orthopädische Reha

Anzahl Berichte

126.201



Anzahl Leistungen

10.684.203



davon Bewegungstherapie

5.595.796

%

52,4

(Pfeifer et al. 2007)

## Bewegungstherapie orthopädische Reha

Therapieeinheiten/Wo

33,2

davon Bewegungstherapie

16

Zeit/Woche Bewegung

ca. 8 h

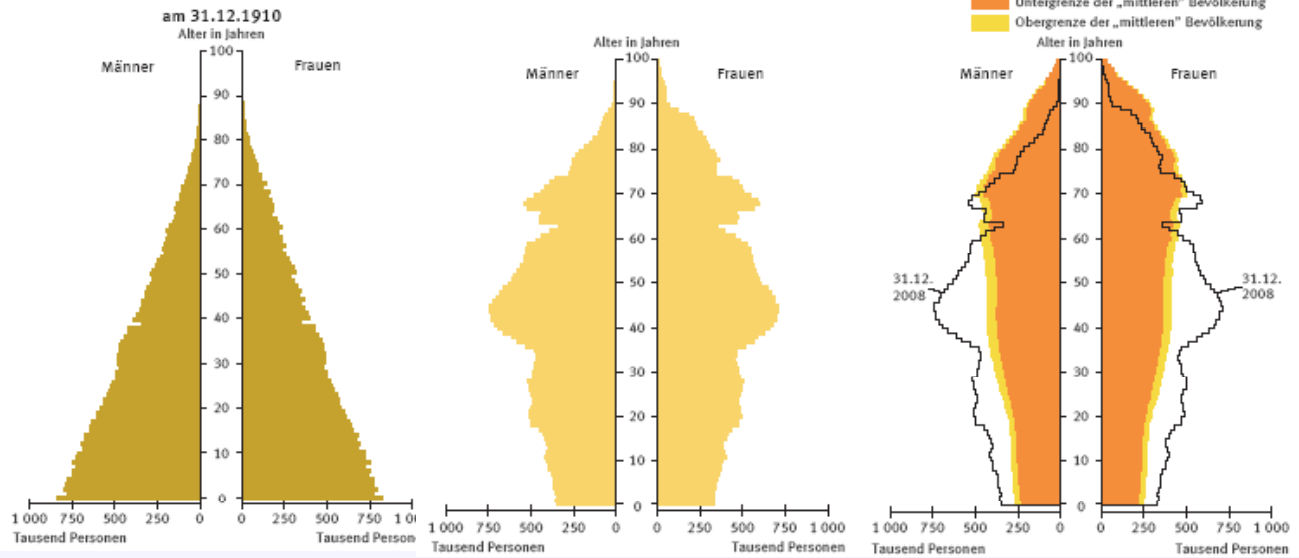
Einzel : Gruppe

20 : 80

(Pfeifer et al. 2007)

# Demographische Entwicklung

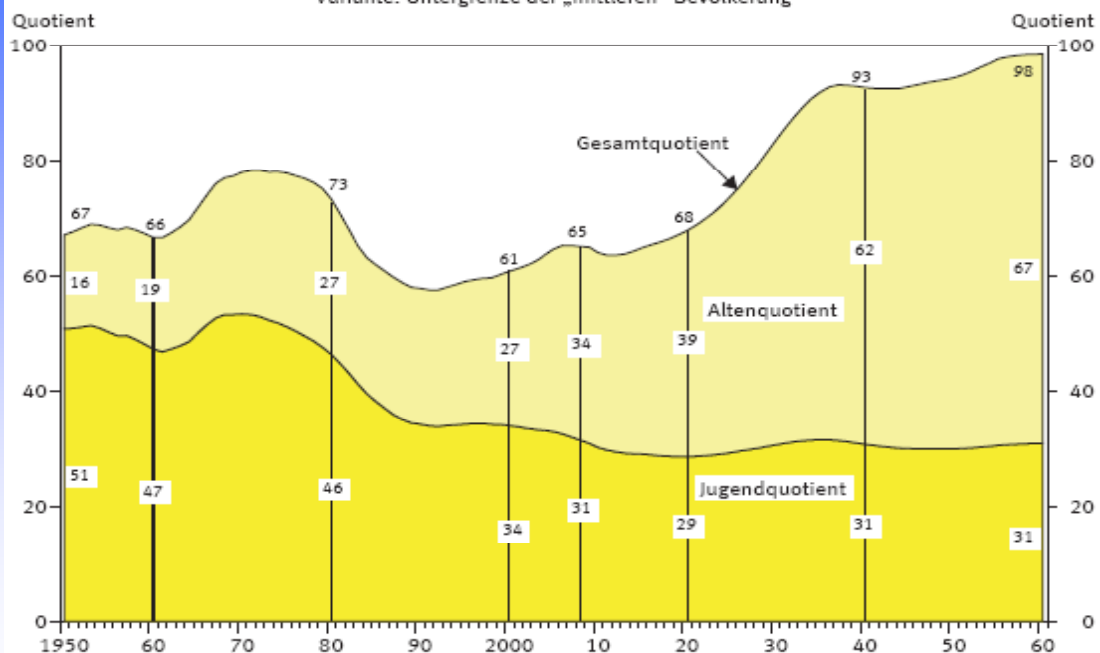
Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland



(mod. n. Statistisches Bundesamt, 2009)

# Demographische Entwicklung

Jugend-, Alten- und Gesamtquotient mit den Altersgrenzen 20 und 65 Jahren<sup>1)</sup>  
Ab 2009 Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung  
Variante: Untergrenze der „mittleren“ Bevölkerung



1) Jugendquotient: unter 20-Jährige je 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren; Altenquotient: 65-Jährige und Ältere je 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren; Gesamtquotient: unter 20-Jährige und ab 65-Jährige je 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren.

(Statistisches Bundesamt, 2009)

## Panoramawandel der Erkrankungen

- Steigende Lebenserwartung
- Bessere medizinische Versorgung – Abnahme schwerwiegender Erkrankungen und Behinderungen
- Zunahme sog. „Common Health Problems“ (Waddell & Burton 2004)

Table 1 Common health problems as causes of disability and sickness absence.

	People with self-reported long-term disability (Labour Force Survey 2003)	General Practitioner sick certification (Shiels et al. 2004)	Self-reported days of sickness absence due to work-related ill health (HSE - unpublished data)	Early retirement on health grounds (Collected literature *)
Mental health conditions	11%	40%	32%	20-50%
Musculoskeletal conditions	34%	23%	49%	15-50%
Cardio-respiratory conditions	24%	10%	–	c 10-15%

\* Major variation in different occupations and organisations.

(aus: Waddell & Burton 2004, S. 14)

## Panoramawandel der Erkrankungen



(mod. n. Waddell & Burton 2004, S. 18)

- Partizipation trotz chronisch-degenerativer Erkrankung
- Erhalt der körperlichen Funktions- und Leistungsfähigkeit

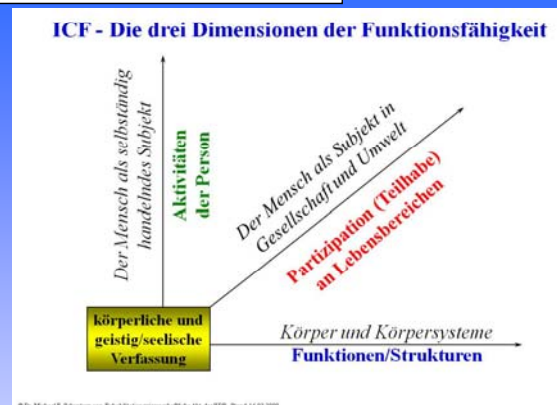
# Panoramawandel der Erkrankungen

## Stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 2008 nach Diagnosegruppen

Diagnosegruppen	Männer		Frauen	
	Anzahl	Anteil in Prozent	Anzahl	Anteil in Prozent
Krankheiten von Skelett / Muskeln / Bindegewebe	136 181	33,5	136 503	34,3
Krankheiten des Kreislaufsystems	50 290	12,4	18 432	4,6
Krankheiten des Verdauungssystems/ Stoffwechselkrankheiten	17 506	4,3	12 646	3,2
Krankheiten der Atmungsorgane	9 730	2,4	9 859	2,5
Neubildungen	66 176	16,3	85 569	21,5
Krankheiten des Urogenitalsystems	859	0,2	1 839	0,5
psychische Erkrankungen	70 025	17,2	78 105	19,7
Krankheiten des Nervensystems	8 090	2,0	8 024	2,0
sonstige Krankheiten	47 712	11,7	46 460	11,7
<b>insgesamt</b>	<b>406 569</b>	<b>100</b>	<b>397 437</b>	<b>100</b>

Ohne Fälle mit nicht erfasster 1. Diagnose, Verschlüsselung nach ICD 10.  
Quelle: Statistik der Deutschen Rentenversicherung – Rehabilitation 2008

## Ziele von Bewegungstherapie



### Ziele der Bewegungstherapie

- Wiederherstellung der physischen Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit (**Funktionen**)
- Hinführung zu körperlich aktiven Lebensstilen (**Aktivitäten/Partizipation**)
- Unterstützung der Beibehaltung und Wiederaufnahme von Berufstätigkeit, Alltags- und sozialen Aktivitäten (**Aktivitäten, Partizipation**).

# Ziele von Bewegungstherapie

	<i>kurzfristig (Rehaeinrichtung)</i>	<i>mittelfristig</i>	<i>langfristig</i>
<b>I</b>	Funktion/Aktivität (physisch/mental)	Aktivität/Teilhabe	LQ, Wohlbefinden (biopsychosoziale Gh)
<b>II</b>	Stärkung physischer und psychosozialer Ressourcen	Bindung an körperliche Aktivität	

# Qualität der Bewegungstherapie

## Theoriebasierung und Rahmenkonzeption

- Biopsychosoziales Gesundheitsmodell (WHO)
- ICF

## Zielgruppenbezug

- z.B. Risikofaktoren, Ätiologie/Pathogenese, Pathophysiologie, Kontraindikationen, Alter etc.

## Evaluation – Evidenzbasierung

- Vorliegende Erkenntnisse zur Wirksamkeit?

## Konzeption und Realisation

- Konkrete Zieldefinitionen (Operationalisierung?)
- Zielbezogene Begründung von Inhalten und Methoden
- Begründete programmatische Struktur

## Organisationsstruktur

- Organisationsform, Abläufe etc.

## Qualität der Bewegungstherapie

- **Große Bedeutung in der Praxis**
- **Gute Evidenz für die grundlegenden Adaptationsmechanismen des Organismus bei physischen Belastungen**
- **Aber: kaum evidenzgesicherte Interventionskonzepte und Ergebnisse**
  - ***formativ*: konzeptuelle Struktur (Zielsetzungen, Inhalte, Methoden)**
  - ***summativ*: Wirkungen von Bewegungstherapie?**

## Aufgaben und Fragestellungen

- **Theoretische Fundierung**
- **Rahmenbedingungen, Struktur- und Prozessqualität?**
  - Konzeptuelle Struktur, Prozessqualität
  - Zusammenspiel mit anderen Interventionen der Med. Reha
  - „Verhaltensbezogene Bewegungstherapie“
- **Wirkungen von Bewegungstherapie?**
  - Wirkfaktoren, Dosis-Wirkungs-Beziehungen
- **Nachhaltigkeit – Bindung an körperliche Aktivität?**
- **Gender-, alters-, indikations-, setting- und arbeitsplatzspezifische Aspekte**



# Aufgaben und Fragestellungen

- Assessmentverfahren für die Planung und Umsetzung von Bewegungstherapie
- Bewegungstherapie und ICF
- Sicherung der Nachhaltigkeit, Nachsorge, Vernetzung
- Etc.

252 Aus der DGRW

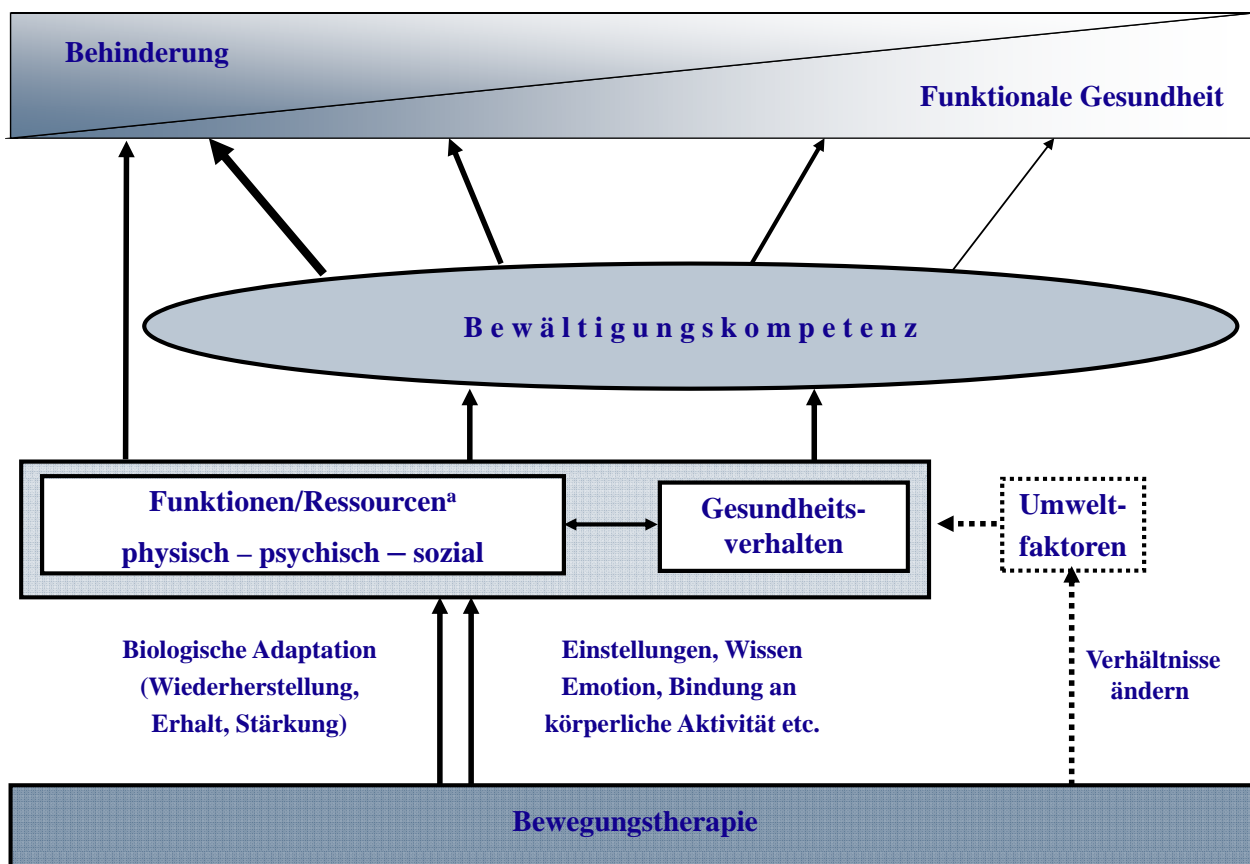
Rehabilitation, 48 (2009), 252 – 255

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

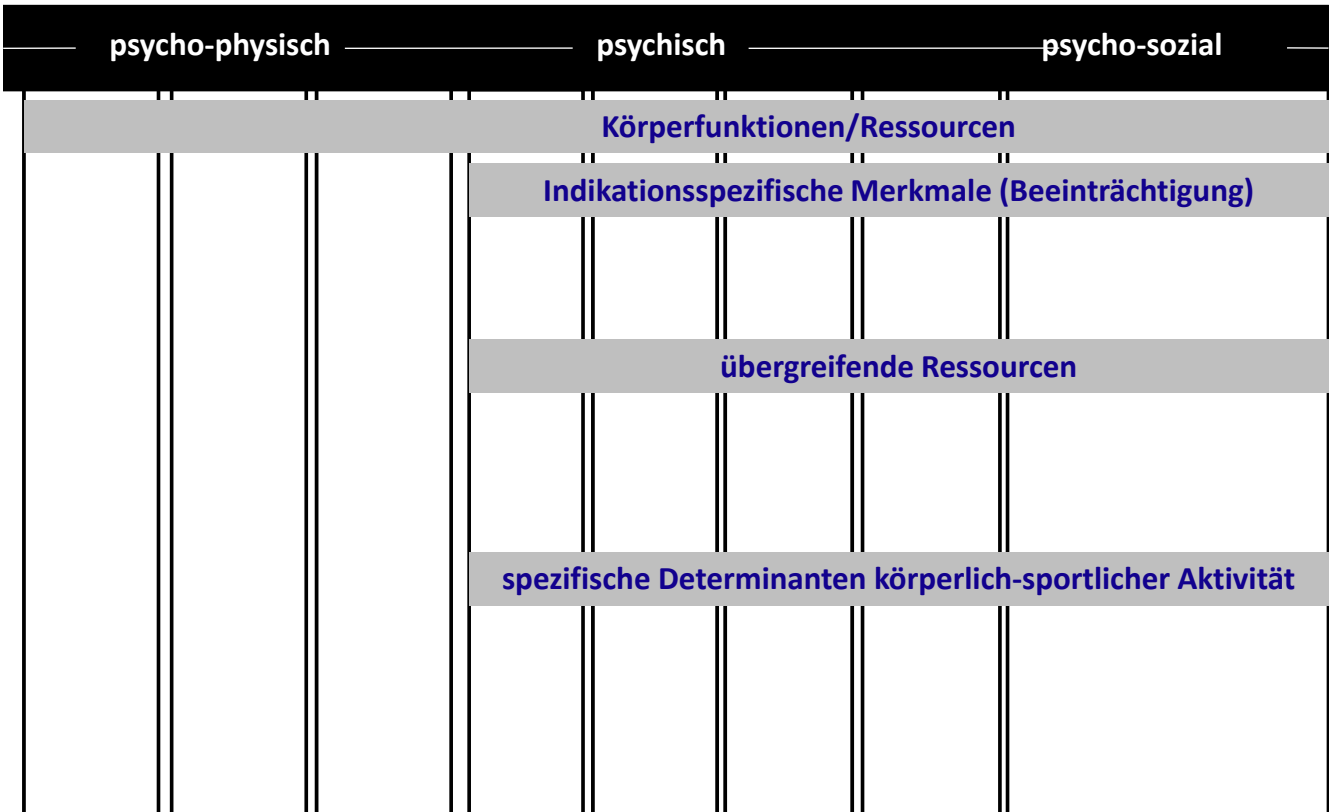
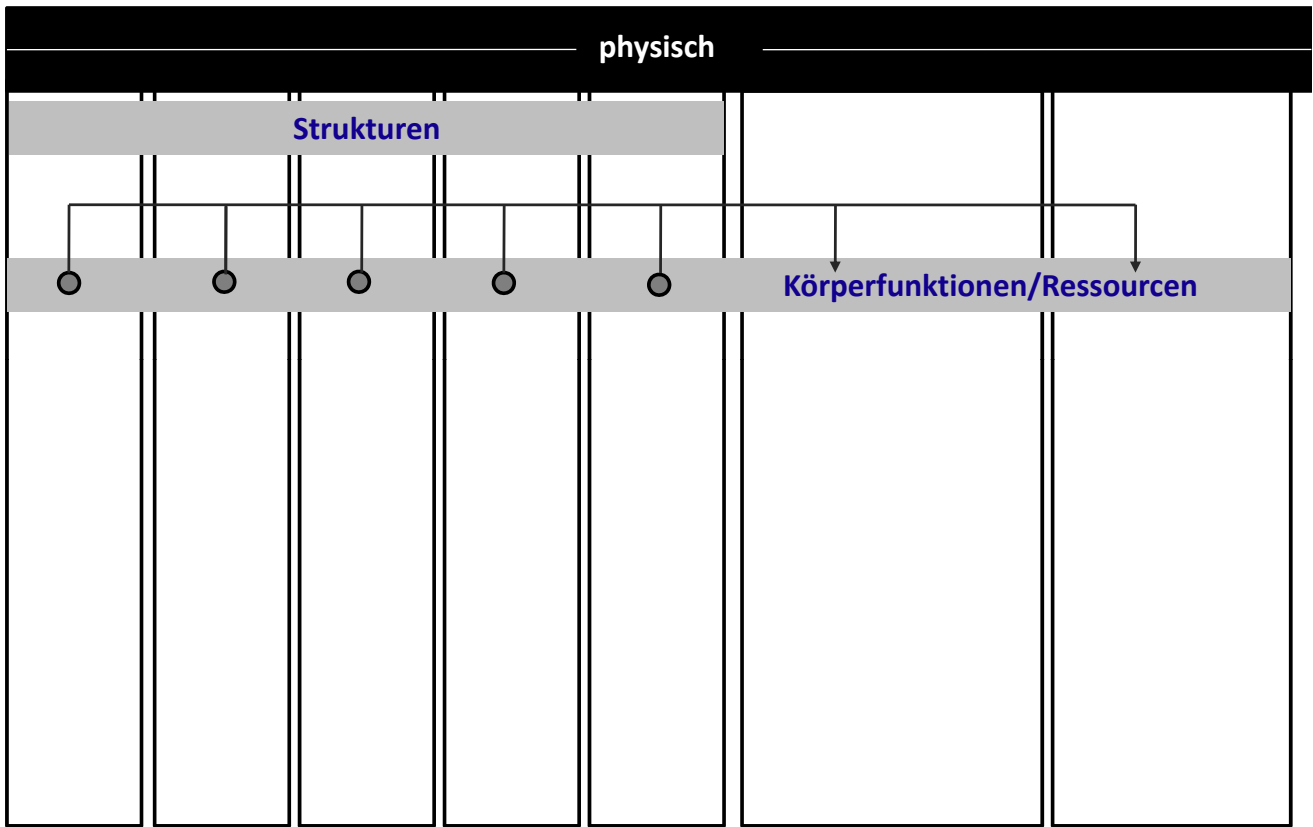
Objectives and Tasks of the „Exercise Therapy“ Commission of the German Society of Rehabilitation Science, DGRW

Autor  
Institut

Arbeitsgruppe „Bewegungstherapie“  
Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW)



<sup>a</sup> einschließlich der „personalen Kontextfaktoren“ im Sinne der ICF





# Aktivitäten und Partizipation

<p>bewusste sinnliche Wahrnehmungen</p> <p>elementares Lernen</p> <p>Wissensanwendung</p> <p><b>Lernen und Wissensanwendung</b></p>	<p>mit Stress und anderen psychischen Anforderungen umgehen</p> <p><b>Allgemeine Aufgaben und Anforderungen</b></p>	<p><b>Mobilität</b></p> <p>Gehen und Fortbewegung</p> <p>Gegenstände tragen, bewegen, handhaben</p> <p>Körperpositionen ändern und aufrechterhalten</p> <p>Hand- und Armgebrauch</p> <p><b>Aktivitäten des täglichen Lebens</b></p>	<p><b>Selbstversorgung</b></p> <p>Waschen Ankleiden</p> <p>Nahrungsaufnahme auf seine Gesundheit achten</p> <p><b>Häusliches Leben</b></p> <p>Hausarbeit erledigen</p> <p>Mahlzeiten vorbereiten</p> <p>Waren und Dienstleistungen beschaffen</p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>Interaktionen und Beziehungen</b></p> <p><b>interpersonelle Interaktionen und Beziehungen</b></p>	<p><b>Erziehung/Bildung</b></p> <p><b>Arbeit und Beschäftigung</b></p> <p><b>wirtschaftliches Leben</b></p> <p><b>Gemeinschaftsleben</b></p> <p><b>Erholung und Freizeit</b></p> <p><b>bedeutende Lebensbereiche</b></p>
---	---	---	---	---	--

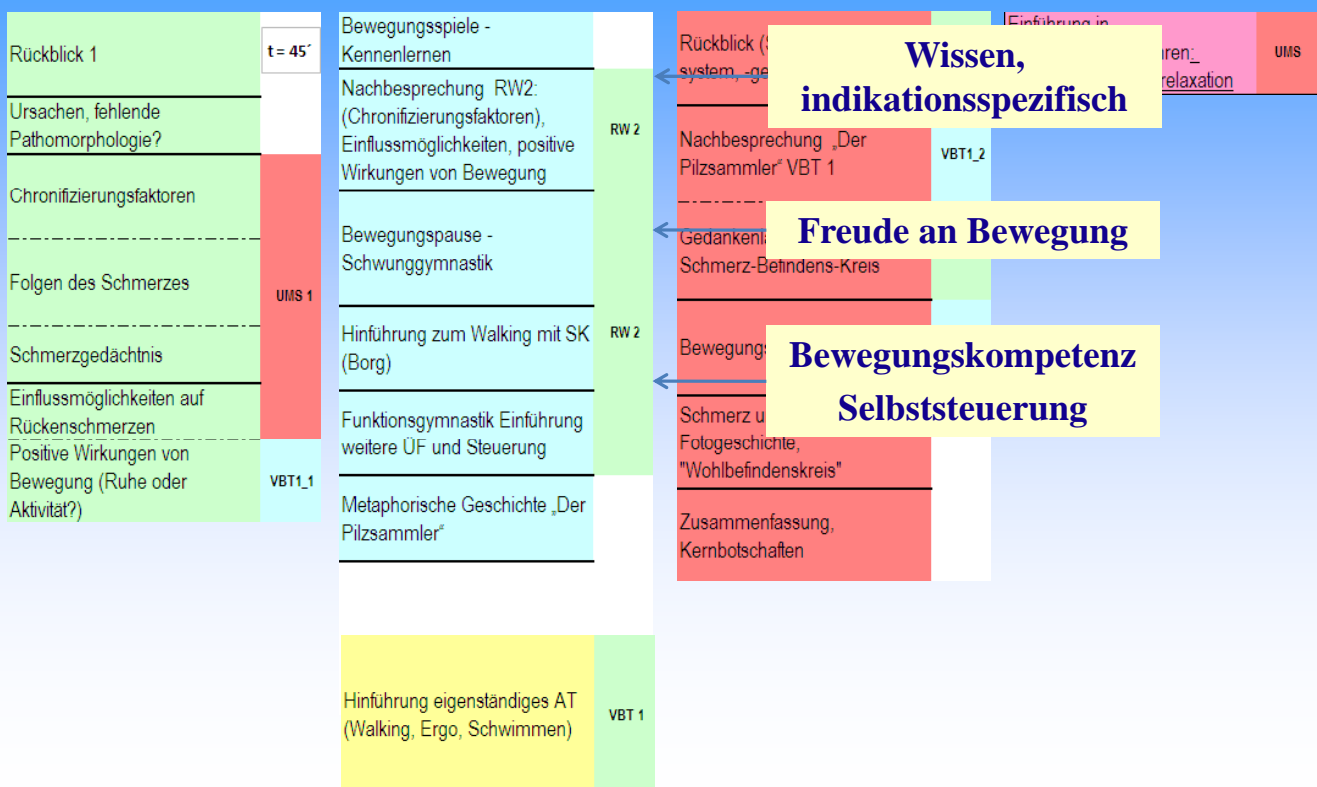


## Integrative Patientenschulung für die stationäre Rehabilitation zur Optimierung von Rückenschmerzen - PASTOR -

## Beschreibung der Intervention

			Therapietage												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Interventionen	Anreise	Diagnostik	RW	RW	RW				RW				RW		
			VBT1	VBT1	VBT1	VBT1	VBT1	VBT1	VBT1	VBT1	VBT1	VBT1	VBT1	VBT1	VBT1
				VBT2	VBT2	VBT2	VBT2	VBT2	VBT2	VBT2	VBT2	VBT2	VBT2	VBT2	VBT2
			UMS	UMS	UMS		UMS			UMS			UMS		
				E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
								AI			AI				
						IT									

## Tag 2



## Perspektiven und Chancen

### Veränderungen in Rehaeinrichtungen

- Interventionen mit hoher Strukturqualität
- ICF-Bezug
- Mehr Verhaltensorientierung – pädagogisch-psychologische Orientierung
- Indikationsübergreifende vs. indikationsspezifische Bausteine
- Strukturiertes Assessment
  - Körperfunktion und Leistungsfähigkeit
  - Mentale Funktionen und psychosoziale Ressourcen mit Bezug zu Bewegung ( Fitness, Vorerfahrungen, Kinesiophobie, Motivation/Volition etc.)
  - Motorische Basisdiagnostik (Wydra 1995) etc.
- Stärkere interdisziplinäre Vernetzung
- Nachsorge - spezifische Angebote, Vernetzung

## Perspektiven und Chancen

### Rollen- und Aufgabenverteilung

- Konzeptualisieren, Realisieren, Evaluieren
  - Programme zielbezogen entwickeln und implementieren
  - Evaluation/Assessment: Messen/Testen, Auswerten
  - Führungsaufgaben, QM

### Ausbildung

- Kompetenzen und Schlüsselqualifikationen integrieren
- Verstärkte Gesundheits- und Rehaorientierung an den Universitäten → Zusatzqualifikation Sporttherapie DVGS e.V.
- Bildungspolitischer Kontext → Akademisierung der Gesundheitsberufe

### Rehabilitationserfolg!



**Vielen Dank!**

