

Bewegungsfördernde Bewegungstherapie – Notwendigkeit, Kernelemente und zentrale Inhalte

1. Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie – ein neues Ziel?

Bewegungsförderung ist heute ein zentrales Ziel von Bewegungstherapie¹ [1, 2]. Das war nicht immer der Fall. Im 20. Jahrhundert wurde die Bewegungstherapie durch das biomedizinische Paradigma geprägt. Damit verbunden war ein Fokus auf Körperfunktionen bei gleichzeitiger nicht Beachtung von psychischen und sozialen Faktoren – dementsprechend zielt traditionelle therapeutische Bewegung vor allem auf die Verbesserung von Körperfunktionen und –strukturen [3]. Neben dem traditionellen biomedizinischen Ansatz zur Verbesserung von Körperfunktion hat sich die Veränderung des Bewegungsverhaltens der Klienten als zunehmend bedeutsam erwiesen. Die Hauptgründe hierfür sind vielfältig: Erstens wird der Zusammenhang zwischen Bewegung und der Gesundheit von Menschen mit nichtübertragbaren Erkrankungen immer besser verstanden. Heute ist für Menschen mit den unterschiedlichsten nichtübertragbaren Erkrankungen – wie z.B. Typ 2 Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, klinische Depression, chronisch obstruktive Lungenerkrankung oder chronischer Rückenschmerz – wissenschaftlich gesichert, dass regelmäßige Bewegung wie eine Medizin wirkt: Bewegung verbessert Pathophysiologie und Symptomatik, wirkt sich positiv auf die körperliche Leistungsfähigkeit und Lebensqualität aus und beeinflusst Morbiditäts- und Mortalitätsraten [4]. Zweitens ist eine Zunahme und weite Verbreitung von körperlich inaktiven Lebensstilen insbesondere bei Menschen mit nichtübertragbaren Krankheiten zu verzeichnen; ein hoher Anteil der Menschen mit nichtübertragbaren Krankheiten erfüllt eben nicht die Empfehlungen für gesundheitsfördernde körperliche Aktivität: Krebs (78%), Knie-Totalersatz (45%), Typ 2 Diabetes (65%), koronare Herzkrankheit (60%), Osteoarthritis (50%), chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (84%) und rheumatoide Arthritis (74%) [5]. Und drittens ist die Steigerung des Aktivitätsniveaus für die meisten Klienten der Bewegungstherapie eher schwierig. Trainingsinterventionen (z.B. Ausdauer- oder Kräftigungsübungen) werden häufig mit dem Ziel der Bewegungsförderung eingesetzt - die durchschnittlichen Anstiege der körperlichen Aktivität fallen mit ca. 10% aber eher gering aus [6]. Der systematische Review von Mantoani et al. [6] zeigt, dass z.B. sieben von 21 Trainingsstudien bei Personen mit einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung keine Steigerungen der körperlichen Aktivität hervorbringen. Die langfristige Anhebung der körperlichen Aktivität im Anschluss an eine trainingsbasierte Rehabilitation ist typischerweise auch bei anderen Erkrankungen wie z.B. chronischer Rückenschmerz [7] oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen [8] niedrig. Kurz auf den Punkt gebracht: Nur wenigen Menschen mit nichtübertragbaren Krankheiten gelingt es nach einer bewegungstherapeutischen Trainingsintervention – trotz der Verbesserung ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit – langfristig ihr niedriges Bewegungsniveau anzuheben. Bewegungstherapeutische Trainingsinterventionen sind nur bedingt dazu geeignet, das Bewegungsverhalten von Personen mit nichtübertragbaren Krankheiten zu fördern.

2. Wenn körperliches Training nicht bewegungsfördernd wirkt, was dann? Zur Idee der verhaltensbezogenen Bewegungstherapie

Der geringe Effekt der traditionellen, trainingsbasierten Bewegungstherapie bei der Förderung von körperlicher Aktivität hat die Entwicklung neuer bewegungstherapeutischer Konzepte angestoßen. In der Entwicklung dieser neuen Konzepte werden neben den bewegungs- und trainingswissenschaftlichen Theorien insbesondere Theorien und Wissensbestände aus der

¹ Der Begriff Bewegungstherapie wird hier als Überbegriff genutzt und beinhaltet die beiden großen Bereiche Physiotherapie und Sporttherapie.

Psychologie und der Pädagogik genutzt. Im Ergebnis sind bewegungstherapeutische Konzepte entstanden, die ebenfalls körperliches Üben und Trainieren nutzen, dieses aber mit Techniken der Bewegungsverhaltensänderung kombinieren und bei der Vermittlung pädagogische Strategien und Methoden nutzen, wie sie beispielsweise aus dem Bereich der Patientenschulung bekannt sind [5, 9–11]. Damit unterscheiden sich diese Ansätze einerseits in ihrer Vorgehensweise (didaktischer Ansatz) und andererseits in der Umsetzung (methodischer Ansatz). Die neuen didaktisch-methodischen Ansätze der Bewegungstherapie adressieren ebenfalls Verbesserungen der Körperfunktionen. Außerdem werden aber die, für das körperliche Aktivitätsverhalten relevanten, personbezogenen Faktoren der Klienten systematisch beeinflusst – namentlich ihre bewegungsbezogenen Einstellungen, Fähigkeiten, Emotionen, Überzeugungen und Wissensbestände [12]. Damit erhöhen diese komplexeren bewegungsfördernden Bewegungstherapiekonzepte die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Steigerung des körperlichen Aktivitätsniveaus der Klienten nach einer bewegungstherapeutischen Intervention [13].

3. Kernelemente und zentrale Inhalte einer verhaltensbezogenen (bewegungsfördernden) Bewegungstherapie

Verfolgt man das Ziel der Bewegungsförderung innerhalb der Bewegungstherapie systematisch, so hat dies Auswirkungen auf den gesamten bewegungstherapeutischen Prozess: Auf das Eingangsgespräch und das initiale Assessment; auf die Definition von Therapiezielen und die Therapieplanung; auf die Struktur der Bewegungstherapie inkl. der Arbeitsweise, der Inhalte und der Prinzipien; auf die Überprüfung und Therapiekontrolle. Die vielfältigen Konsequenzen sollen im Folgenden in aller Kürze skizziert werden:

Therapeutisches Assessment: Traditionell konzentriert sich ein biomedizinisches bewegungstherapeutisches Assessment auf das Sammeln von Informationen über Körperfunktionen und -strukturen. Das Assessment zur Bewegungsförderung ist komplexer, da die Determinanten des Bewegungsverhaltens vielschichtig sind und persönliche, physiologische und psychologische Elemente sowie soziale und Umweltfaktoren umfasst [12]. Elvén et al. haben ein klinisches Therapiemodell entwickelt [12] und evaluiert [14], das auf die Veränderung des Bewegungsverhaltens der Klienten abzielt. Im Hinblick auf das bewegungstherapeutische Assessment schlagen sie vor, einflussreiche biomedizinische und Umweltfaktoren zu bewerten, das aktuelle Bewegungsverhalten und die Präferenzen für körperliche Aktivität zu erfassen und modifizierbare persönliche Determinanten der körperlichen Aktivität zu identifizieren. Sowohl Elvén et al. [12] als auch Lein et al. [2] haben verschiedene bedeutsame persönliche Determinanten identifiziert, darunter Veränderungsbereitschaft, psychologische Fähigkeiten und Fertigkeiten (z.B. Kognition, Glauben, Erwartungen, wahrgenommene Barrieren) und Selbstwirksamkeit.

Therapieziele und Therapieplanung: Therapieziele sollten gemeinsam mit dem Klienten (und nicht alleine durch die therapeutischen Akteure) festgelegt werden. Bei der Formulierung von Therapiezielen sollten neben den im Assessment erhobenen Funktionen und Strukturen, insbesondere auch das (potenziell zu niedrige) Aktivitätsniveau der Klienten berücksichtigt werden.

Struktur der Bewegungstherapie inkl. der Arbeitsweise, der Inhalte und der Prinzipien: eine geeignete Arbeitsweise für eine Bewegungsförderung innerhalb der Bewegungstherapie zeichnet sich in Bezug auf die Inhalte durch die systematische Verknüpfung von körperlichem Üben und Trainieren, mit unterschiedlichsten Techniken der Bewegungsverhaltensänderung unter Beachtung und Nutzung von pädagogischen Strategien und Methoden (wie sie aus der Patientenschulung bekannt sind, z.B. Vermittlung von Wissen durch Vorträge, Gruppendiskussionen, Fallbeispiele etc.) aus. Mehrere bewegungsfördernde Bewegungstherapiekonzepte, die diese Arbeitsweise verfolgen

wurden bereits publiziert [5, 9–11]. Die zentralen Prinzipien eines solchen Vorgehens umfassen: Prinzip der Selbständigkeit; Prinzip der Transferorientierung/strukturierten Unterstützung der eigenverantwortlichen Weiterführung; Prinzip der Erlebnisorientierung; Prinzip der Gleichzeitigkeit von Trainieren, Lernen und Erleben; Prinzip der Reflexivität; Prinzip der Individualität [15].

Überprüfung und Therapiekontrolle: bei der Überprüfung der Wirksamkeit findet ebenfalls eine Erweiterung der zu messenden Outcomes statt. Proximale (=am Ende der Therapie gemessene) kurzfristige Verbesserungen von Körperfunktionen und –strukturen sind weiterhin bedeutsam; diese Outcomes sollten aber zu Therapieende um Determinanten der Bewegungsverhaltensänderung (siehe Spiegelstrich 1 "Therapeutisches Assessment") ergänzt werden. Außerdem sind für eine bewegungsfördernde Bewegungstherapie distale Wirkungen (z.B. 6 oder 12 Wochen nach der Therapie) auf das Bewegungsverhalten wichtig.

4. Exemplarisches Kurzprogramm (6 x 30 Minuten) zur Bewegungsfördernden Bewegungstherapie:

	Thema	Potenzielle Inhalte = Techniken der Verhaltensänderung (vgl. [5, 16])
Stunde 1	Eingangsgespräch und -assessment	Bio-psycho-soziales Assessment (siehe oben); Analyse des aktuellen Bewegungsverhaltens, Vorerfahrungen und aktuelle Motivationslage; Feedback über das aktuelle Bewegungsniveau geben; Informationen zur optimalen Dosis von körperlicher Aktivität;
Stunde 2	Gemeinsame Festlegung von Zielen und Erstellung eines Therapieplans	Reflektion über geeignete Bewegungsaktivitäten; individualisierte Informationen zur Durchführung von körperlicher Aktivität; Aktivitätsziele formulieren; geeigneten Schwierigkeitsgrad des Bewegungsprogramms auswählen; ggf. Kosten-Nutzen-Analyse durchführen;
Stunde 3	Präferenzbasiertes Ausprobieren geeigneter Aktivitäten	Vielfältige Bewegungserfahrungen generieren (mit Passung zu den Präferenzen, Vorlieben, bisherigen Bewegungserfahrungen); positive Konsequenzenerfahrungen sichern;
Stunde 4	Fortführung von Aktivitäten 1	Informationen zur Weiterführung körperlicher Aktivität geben; Selbstbeobachtung des Bewegungsverhaltens (z.B. mittels Schrittzähler) anleiten und einsetzen
Stunde 5	Fortführung von Aktivitäten 2	Handlungspläne bearbeiten; Barrieren identifizieren; Bewältigungspläne erarbeiten;
Stunde 6	Ausgangsgespräch; Wdh. Eingangsassessment; Reflexion erreichter Ziele/ Effekte	Veränderungen der körperlichen Funktionsfähigkeit dokumentieren und gemeinsam mit dem Klienten besprechen; Rückfallprophylaxe einsetzen;
Follow-Up	Langfristige Wirkung	Erhebung von Veränderungen des Bewegungsverhalten Wochen oder Monate nach der Therapie

Fertigkeiten und Fähigkeiten der bewegungstherapeutischen Akteure

Für die Umsetzung einer bewegungsfördernden Bewegungstherapie benötigen bewegungstherapeutische Akteure spezifisches Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten. Beispielsweise sollten sie in der Lage sein, mit Hilfe von Gesprächsführungstechniken (z.B. Motivational

Interviewing) eine Kommunikation mit den Klienten zum Thema Verhaltensänderung zu führen. Damit ergibt sich für das Projekt BewegtVersorgt ggf. die Notwendigkeit bewegungstherapeutische Akteure zu schulen/weiterzubilden.

REFERENCES

- 1 Dean E, Dornelas De Andrade A, O'Donoghue G, et al. The second physical therapy summit on global health: Developing an action plan to promote health in daily practice and reduce the burden of non-communicable diseases. *Physiotherapy Theory and Practice* 2014;30(4):261–75.
- 2 Lein DH, Clark D, Graham C, et al. A model to integrate health promotion and wellness in physical therapist practice: development and validation. *Phys Ther* 2017;97(12):1169–81.
- 3 Wikström-Grotell C, Broberg C, Ahonen S, et al. From Ling to the academic era – An analysis of the history of ideas in PT from a Nordic perspective. *European Journal of Physiotherapy* 2013;15(4):168–80 (accessed 5 Jul 2017).
- 4 Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports* 2015;25 Suppl 3:1–72.
- 5 Geidl W, Semrau J, Pfeifer K. Health behaviour change theories: Contributions to an ICF-based behavioural exercise therapy for individuals with chronic diseases. *Disabil Rehabil* 2014;36(24):2091–100.
- 6 Mantoani LC, Rubio N, McKinstry B, et al. Interventions to modify physical activity in patients with COPD: a systematic review. *Eur Respir J* 2016;48(1):69–81 (accessed 20 Jul 2016).
- 7 Sluijs EM, Kok GJ, van der Zee J, et al. Correlates of exercise compliance in physical therapy. *Phys Ther* 1993;73(11):771–86.
- 8 Jurkiewicz M, Mianowana V, Wysokiński A. Physical activity as a health-promoting behavior reducing the risk of a cardiovascular incident recurring in patients after myocardial infarction. *Polski Przegląd Kardiologiczny* 2011;13(1):24–30.
- 9 van Nimwegen M, Speelman AD, Overeem S, et al. Promotion of physical activity and fitness in sedentary patients with Parkinson's disease: Randomised controlled trial. *BMJ* 2013;346:f576.
- 10 de Vries. The Coach2Move Approach: Development and Acceptability of an Individually Tailored Physical Therapy Strategy to Increase Activi 2015 (accessed 2 Jan 2020).
- 11 Alexander J, Bambury E, Mendoza A, et al. Health education strategies used by physical therapists to promote behaviour change in people with lifestyle-related conditions: a systematic review. *Hong Kong Physiother J* 2012;30(2):57–75.
- 12 Elvén M, Hochwälder J, Dean E, et al. A clinical reasoning model focused on clients' behaviour change with reference to physiotherapists: its multiphase development and validation. *Physiother Theory Pract* 2015;31(4):231–43 (accessed 18 Jan 2018).
- 13 McGrane N, Galvin R, Cusack T, et al. Addition of motivational interventions to exercise and traditional physiotherapy: a review and meta-analysis. *Physiotherapy* 2015;101(1):1–12.
- 14 Elvén M, Hochwälder J, Dean E, et al. Development and initial evaluation of an instrument to assess physiotherapists' clinical reasoning focused on clients' behavior change. *Physiother Theory Pract* 2018;34(5):367–83 (accessed 22 May 2018).

- 15 Geidl W, Fangmann C, Deprins J, et al. Inhalte und Methoden der Bewegungsförderung in der Bewegungstherapie: Die Sichtweisen bewegungstherapeutischer Akteure in der medizinischen Rehabilitation [Promoting physical activity in exercise therapy: Therapists' perspectives on related contents and methods in medical rehabilitation]. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 2018;34(4):162–67 (accessed 13 Aug 2018).
- 16 Geidl W, Hofmann J, Göhner W, et al. Verhaltensbezogene Bewegungstherapie - Behaviour-orientated exercise therapy - Bindung an einen körperlich aktiven Lebensstil. *Rehabilitation* 2012;51:259–68.