

Bewegungsversorgung im deutschen Gesundheitssystem: gesundheitspolitische Relevanz und notwendige Rahmenbedingungen – ein Positionspapier der AG Bewegungsbezogene Versorgungsforschung des DNVF

Physical Activity-Related Health Services in Germany: Relevance and Necessary Framework Conditions – a Position Paper of the DNVF Working Group Physical Activity-Related Health Services Research



Autorinnen/Autoren

Andrea Schaller¹, Christian Thiel^{2, 3}, Stefan Peters^{1, 4}, Wolfgang Geidl^{5, 6}, Klamroth Sarah^{5, 6}, Martin Lange⁷, Sabrina Kastaun⁸, Sonja Krupp⁹, Heike Spaderna¹⁰, Katharina Eckert¹¹, Marion Grafe¹², Claudia Voelcker-Rehage¹³, Gisela Nellesen-Martens¹⁴, Klaus Pfeifer^{5, 6}, Gorden Sudeck¹⁵, Joachim Wiskemann^{16, 17}, Bettina Wollesen^{18, 19}, Lars Gabrys²⁰

Institute

- 1 Institut für Sportwissenschaft, Arbeitsbereich Gesundheit, Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention, Universität der Bundeswehr München, Neubiberg, Germany
- 2 Studienbereich Physiotherapie, Department für Angewandte Gesundheitswissenschaften, Hochschule für Gesundheit Bochum, Bochum, Germany
- 3 Forschungsbereich Trainingswissenschaft, Fakultät für Sportwissenschaft, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Germany
- 4 Ressort Wissenschaft, Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V., Hürth-Efferen, Germany
- 5 Institut für Sportwissenschaft und Sport, Lehrstuhl Bewegung und Gesundheit, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Germany
- 6 WHO-Kooperationszentrum für Bewegung und Bewegungsförderung, WHO-Kooperationszentrum für Bewegung und Bewegungsförderung, Erlangen, Germany
- 7 Fachbereich Fitness & Gesundheit, IST-Hochschule für Management GmbH, Düsseldorf, Germany
- 8 Institut für Allgemeinmedizin (ifam), Forschungsschwerpunkt Patient-Arzt-Kommunikation, Centre for Health and Society, Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Germany
- 9 Krankenhaus Rotes Kreuz Lübeck – Geriatriezentrum, Forschungsgruppe Geriatrie Lübeck, Lübeck, Germany
- 10 Fachbereich I, Pflegewissenschaft, Abteilung Gesundheitspsychologie mit den Schwerpunkten Prävention und Rehabilitation, Universität Trier, Trier, Germany
- 11 Gesundheitsmanagement & Public Health, IST-Hochschule für Management GmbH, Düsseldorf, Germany
- 12 Fachbereich Gesundheit, Zentrum für interprofessionelle Therapie und Prävention, FH Münster University of Applied Sciences, Münster, Germany
- 13 Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft, Institut für Sportwissenschaft, Universität Münster, Münster, Germany
- 14 Pathways Public Health GmbH, Pathways Public Health GmbH, Berlin, Germany
- 15 Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Institut für Sportwissenschaft, Arbeitsbereich Bildungs- und Gesundheitsforschung im Sport, Eberhard Karls Universität Tübingen, Tübingen, Germany
- 16 Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) Heidelberg, Heidelberg, Germany
- 17 Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Germany
- 18 Human Movement Science, University of Hamburg, Hamburg, Germany
- 19 Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft, Deutsche Vereinigung für Sportwissenschaft, Hamburg, Germany
- 20 Professor für Gesundheitssport und Prävention, ESAB Fachhochschule für Sport und Management Potsdam, Potsdam, Germany

Schlüsselwörter

Bewegungsversorgung, Gesundheitssystem, Versorgungsforschung, Interprofessionalität, Interdisziplinarität

Keywords

Physical Activity-Related Health Services, Health services research, Healthcare system, Interprofessionality, Interdisciplinarity

eingereicht 13.08.2024
akzeptiert 18.09.2024
accepted manuscript online 24.09.2024
Artikel online veröffentlicht 2024

Bibliografie

Gesundheitswesen
DOI 10.1055/a-2420-8793
ISSN 0941-3790
© 2024. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Andrea Schaller
Universität der Bundeswehr München
Institut für Sportwissenschaft, Arbeitsbereich Gesundheit,
Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention
Werner-Heisenberg-Weg 39
85577 Neubiberg
Germany
andrea.schaller@unibw.de

ZUSAMMENFASSUNG

Ausgehend von der Relevanz einer etablierten und breiten Verankerung von Bewegungsangeboten in der Gesundheits- und Krankenversorgung in Deutschland werden im vorliegenden Positionspapier der DNVF AG Bewegungsbezogene Versorgungsforschung derzeitige konzeptionelle Ansätze der Bewegungsversorgung vorgestellt und die Notwendigkeit einer in-

terprofessionellen und -disziplinären Bewegungsversorgung aufgezeigt. Es werden drei zentrale Positionen formuliert und ausgearbeitet, damit die Evidenz zur Gesundheitswirksamkeit von körperlicher Aktivität und körperlichem Training stärker im Gesundheitssystem integriert werden kann und die Bewegungsversorgung vor dem Hintergrund der Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen einen kosteneffizienten und qualitativ hochwertigen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung leisten kann. Diese drei Positionen umfassen 1) die Integration aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen in die Bewegungsversorgung, 2) die stärkere Integration von Bewegungsfachberufen und Bewegungsangeboten in alle Versorgungskontexte und 3) die systematische Berücksichtigung von Bewegungsexpertise in medizinischen Leitlinien.

ABSTRACT

Based on the relevance of an established and broad foundation of physical activity in healthcare, this position paper of the DNVF working group Physical Activity-Related Health Services research presents current conceptual approaches to physical activity-related health services in Germany and highlights the need for interprofessional and interdisciplinary approaches. Three central positions are outlined and elaborated in order to integrate the evidence on health benefits of physical activity and exercise more strongly into healthcare and to show that, against the background of the challenges in the German healthcare system, physical activity-related health services can make a cost-effective and high-quality contribution to improve healthcare. These three positions include 1) the integration of all professional groups involved in healthcare into physical activity-related health services, 2) the greater integration of physical activity professions and physical activity interventions into all healthcare contexts and 3) the systematic consideration of physical activity- and exercise-related expertise in clinical guidelines.

Einführung

Die positiven Effekte von Bewegung auf die Gesundheit sind mittlerweile nicht nur in der wissenschaftlichen Community, sondern auch von den Akteuren in der Gesundheits- und Krankenversorgung und der breiten Öffentlichkeit weitgehend anerkannt. Folglich ist es nicht überraschend, dass die WHO im europäischen Aktionsplan für körperliche Aktivität eine Neuausrichtung in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung fordert, um Bewegung in Prävention, Kuration und Rehabilitation standardmäßig zu integrieren und so die bewegungsförderlichen Potenziale in der Versorgungskette systematisch zu nutzen [1]. Aktuell fehlt es in der deutschen Gesundheitsversorgung bisher oftmals an einer angemessenen Berücksichtigung des entsprechenden bewegungsbezogenen Fachwissens bzw. der Berufsgruppen, was wiederum eine systematische, fachlich fundierte und interdisziplinäre Auseinandersetzung zum Nutzen sowie zu den bislang ungenutzten Potenzialen von Bewegungsangeboten voraussetzt. Trotz einer differenzierten sportwissenschaftlichen und sportmedizinischen Auseinandersetzung

mit der Gesundheitswirksamkeit von Bewegung, zum Beispiel bei verschiedenen Indikationsgruppen, wird diese vorhandene Expertise in der Versorgung nur selten genutzt. Allzu oft verbleibt die Auseinandersetzung mit Bewegung in Versorgungsforschung und Versorgungspraxis auf einer allgemeinen Ebene, zum Beispiel unter Bezug auf die im Public Health Bereich etablierten WHO-Empfehlungen zu Umfang, Häufigkeit und Intensität körperlicher Aktivität [2]. Dies greift in der Versorgung oftmals zu kurz, da damit sowohl indikationsspezifische Trainingsempfehlungen, als auch wesentliche verhältnisbezogene Aspekte für eine systematische Implementierung nicht angemessen berücksichtigt werden. Zudem ist außerhalb der Heilberufe (z. B. Physio-, Ergotherapie) zu selten klar geregelt, unter welchen Voraussetzungen die jeweiligen Berufsgruppen (z.B. Sportwissenschaften, Sporttherapie) bewegungsbezogene Versorgungsleistungen erbringen können und dürfen. Deshalb zeigt das vorliegende Positionspapier aus der AG Bewegungsbezogene Versorgungsforschung die Relevanz von Bewegung und

zentrale Aspekte zur Weiterentwicklung notwendiger Rahmenbedingungen der Bewegungsversorgung im Gesundheitssystem auf.

Die AG Bewegungsbezogene Versorgungsforschung im Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung e. V. (DNVF) befasst sich mit allen Aspekten der Versorgungsforschung, die Bewegung als Intervention bzw. Interventionsbestandteil haben und/oder deren Ziel die Beeinflussung des Bewegungsverhaltens sowie der physischen und psychischen Funktionsfähigkeit und Gesundheit ist. Zum Adressatenkreis des vorliegenden Positionspapiers gehören insbesondere die Gesundheitspolitik auf Bundes- und Länderebene, Sozialversicherungsträger, Drittmittelgeber sowie Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler unterschiedlicher Fachdisziplinen mit oder ohne Bezug zur bewegungsbezogenen Versorgungsforschung und die verschiedenen gesetzlich geregelten und nicht-geregelten Gesundheitsberufe.

Relevanz und konzeptionelle Ansätze der Bewegungsversorgung

Die Relevanz einer festen und breiten Verankerung von Bewegungsangeboten in der Gesundheits- und Krankenversorgung leitet sich insbesondere aus der umfassenden Evidenz zu den vielfältigen positiven Gesundheitswirkungen von Bewegung als Bestandteil einer indikationsspezifischen Therapie, als Maßnahme der Primär- und Sekundärprävention, der Gesundheitsförderung [3–6] sowie dem Potenzial zur Kostenreduzierung im Gesundheitswesen [7] ab. Auch wenn Bewegungsversorgung im deutschen Gesundheitssystem bereits in einigen Bereichen einen anerkannten Stellenwert einnimmt (z. B. als größtes Handlungsfeld der Prävention und Gesundheitsförderung [8] und als zentraler Bestandteil der medizinischen Rehabilitation [9]) und obwohl Bewegungsangeboten im ambulanten Versorgungskontext das Potential zugeschrieben wird, die Anzahl künftig auftretender Fälle nichtübertragbarer Erkrankungen kosteneffektiv zu senken [10, 11], zeigt sich insbesondere im ambulanten Sektor eine deutliche Lücke an geeigneten bewegungsbezogenen Versorgungsangeboten [12].

Für die Nutzung der Potentiale der Bewegungsversorgung ist ein differenzierter Umgang mit bewegungsbezogenen Begrifflichkeiten und ein grundsätzliches Verständnis der mehrdimensionalen Ausrichtung von Bewegungsangeboten unabdingbar. Wesentlich ist in diesem Zusammenhang das Wissen, dass die Zielparame-ter bewegungsbezogener Versorgungsangebote weit über die physische Ebene und den Aspekt der rein quantitativen Bewegungsförderung hinausgehen. Auch wenn „körperliche Bewegung“ bzw. „körperliche Aktivität“ als übergeordneter Begriff ursprünglich ausschließlich im Hinblick auf eine aktive Steigerung des Energieumsatzes definiert ist [13], zeichnen sich moderne Bewegungsangebote im Versorgungskontext durch ihre Mehrdimensionalität und die Adressierung physischer, psychischer und auch sozialer Ressourcen aus [14]. Im Rahmen dessen unterscheiden sich die Bewegungsangebote im Versorgungskontext konzeptionell allerdings zum Teil erheblich. So gilt „Training“ als Subkategorie von Bewegung, mit dem Ziel der Verbesserung körperlicher Funktionen und/oder der körperlichen Fitness [15]. Die „Bewegungstherapie“ adressiert hingegen neben den physischen, auch explizit die psychi-

schen und sozialen Funktionen bzw. Ressourcen der Patientinnen und Patienten [16]. Vor dem Hintergrund des ICF-Modells [17] stehen damit bei der (indikationsspezifischen) „medizinischen Trainingstherapie“ die Körperfunktionen und -strukturen im Mittelpunkt, wohingegen Bewegungstherapie teilhabeorientiert und mehrdimensional ausgerichtet ist. Auch der Begriff „Sport“ bedarf einer konzeptionellen und kontextabhängigen Einordnung und ist nicht synonym zu körperlicher Aktivität zu sehen. Im Versorgungskontext findet sich der Sportbegriff in erster Linie im Zusammenhang mit den biopsychosozial ausgerichteten Konzepten zum „Rehabilitationssport“ [18], der „Sporttherapie“ [19] und dem präventiven „Gesundheitssport“ [20–22]. Die korrekte Terminologie ist im Kontext der bewegungsbezogenen Versorgungsforschung bedeutsam, da sie unter anderem wichtige Implikationen für die Zielformulierung eines Bewegungsangebotes, die Auswahl der Zielparame-ter und deren Operationalisierung bei der Ergebnismessung sowie die indikationsbezogene Weiterentwicklung bewegungsbezogener Empfehlungen in Rehabilitation, Prävention und Gesundheitsförderung hat. Für eine detaillierte Beschreibung der konzeptionellen Ansätze sowie der jeweils adressierten Zielparame-ter bzw. Outcomes wird an dieser Stelle auf das Memorandum der AG Bewegungsbezogene Versorgungsforschung [14] verwiesen.

Wege zu einer interprofessionellen und interdisziplinären Bewegungsversorgung

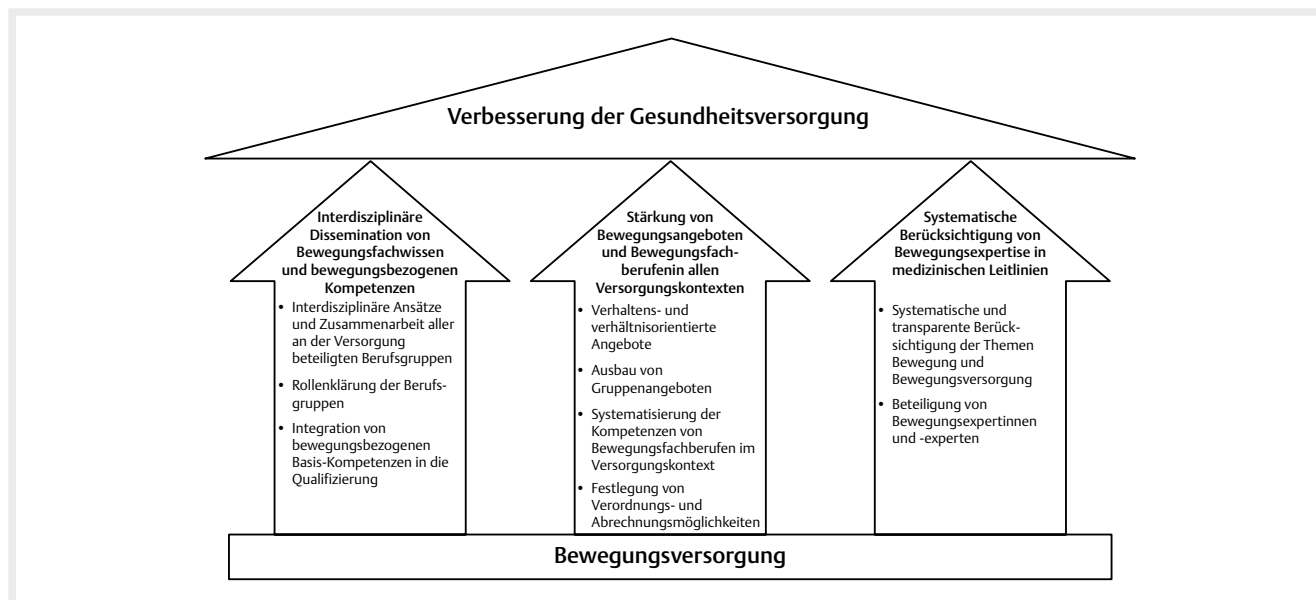
Im Hinblick auf die bekannten Herausforderungen im Gesundheitswesen (z. B. steigende Prävalenz von Übergewicht, Fachkräftemangel, demografischer Wandel verbunden mit steigender Nachfrage an Gesundheits- und Pflegeleistungen [23]), sowie den politischen Strategien der Bundesregierung (z. B. Strategie gegen Einsamkeit [24], Nationale Demenzstrategie [25], geplante Nationale Herzkreislauf Strategie [26]) kann eine bessere Bewegungsversorgung einen wertvollen Beitrag leisten. Dazu sind insbesondere drei zentrale Schritte notwendig (vgl. auch ► **Abb. 1**):

- Alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen müssen über ein grundlegendes Bewegungsfachwissen und bewegungsbezogene Kompetenzen verfügen,
- Bewegungsfachberufe und Bewegungsangebote müssen in alle Versorgungskontexte stärker integriert werden, und
- Bewegungsexpertise muss in medizinischen Leitlinien explizit, systematisch und transparent berücksichtigt werden.

Die in ► **Abb. 1** skizzierten Schritte werden in den nachfolgenden Positionen entsprechend hergeleitet und ausgearbeitet.

Es besteht dringender Bedarf, dass alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen über ein grundlegendes Fachwissen und grundlegende Kompetenzen zur Bewegung verfügen

Bewegungsförderung durch Gesundheitsfachkräfte unterschiedlicher Professionen gilt als Kernstrategie der Steigerung körperlicher Aktivität in der Bevölkerung [1, 27]. Eine entsprechende Umsetzung erfordert (a) interdisziplinäre und interprofessionelle Ansätze



► **Abb. 1** Zentrale Schritte zu einer interprofessionellen Bewegungsversorgung.

in der Bewegungsversorgung und (b) die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen. Damit einher gehen (c) die Notwendigkeit der berufsgruppenspezifischen Rollenklärung bezüglich der Bewegungsversorgung und (d) die systematische Integration von grundlegenden bewegungsbezogenen Kompetenzen in die berufliche Qualifizierung (Aus-, Fort- und Weiterbildung) aller Gesundheitsfachkräfte.

Interdisziplinäre bzw. interprofessionelle Ansätze in der Bewegungsversorgung gelten unter anderem deshalb als vielversprechend, da die unterschiedlichen Professionen regelmäßige Kontakte mit jenen vulnerablen Bevölkerungsgruppen haben, welche eine hohe Prävalenz körperlicher Inaktivität aufweisen (z. B. Menschen mit nichtübertragbaren Erkrankungen, Ältere, Alleinlebende oder sozioökonomisch benachteiligte Menschen). Zudem werden Gesundheitsfachkräfte in der Bevölkerung zumeist als vertrauenswürdige Quelle von Gesundheitsinformationen angesehen [28–30]. Beides gilt es für die Berufsgruppen im Rahmen ihrer Rollen und Möglichkeiten bestmöglich zu nutzen, um wiederholt und gezielt die Themen Bewegung und Bewegungsförderung inklusive bewegungsbezogener Teilhabe (z. B. Unterstützung sozialer Eingebundenheit, Förderung von Alltagsmobilität durch Bewegungsinterventionen) zu adressieren (siehe auch „make every contact count“ [31]). Dies gilt ausdrücklich nicht nur für Berufsgruppen, deren Expertise und beruflicher Gegenstand originär die Bewegung darstellt (z. B. Physiotherapie, Sport- und Bewegungstherapie und Sportwissenschaft), sondern, zumindest auf Ebene von grundlegenden bewegungsbezogenen Kompetenzen, für alle weiteren ärztlich, pflegerisch bzw. therapeutisch tätigen Versorgenden im ambulanten und stationären Versorgungskontext (z. B. Pflege, Psychotherapie, Psychologie (insbes. „Psychologische Gesundheitsförderung BDP“) und ärztliche Versorgung). Es gilt die unterschiedlichen Kompetenzen der Berufsgruppen gezielt einzusetzen, um bewegungsbezogene Ziele mit den Betroffenen zu erarbeiten und

die Zielerreichung arbeitsteilig anzugehen. In Deutschland gibt es aktuell einige innovative Modellprojekte mit dem Ziel, Bewegungsförderung interprofessionell, systematisch und nachhaltig in verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung zu verankern. Als Beispiele für die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Medizin und Personen aus Bewegungsfachberufen, was international als erfolgversprechender gilt [32, 33], können in Deutschland Modellprojekte wie *BewegtVersorgt* (<https://www.bewegtversorgt.fau.de/>), *ImPuls* (<https://www.impuls.uni-tuebingen.de/>) oder *MOVE-ONKO* (<https://move-onko.de/>) genannt werden. Für die Pflege können an dieser Stelle beispielsweise die Projekte *POLKA* [34, 35] und *PROCARE* [36, 37] genannt werden. Die Erprobung derartiger Ansätze kann dazu beitragen, Bewegung und Bewegungsförderung breiter und mit höherer Qualität im Gesundheitssystem zu verankern, interprofessionelles Wissen und interprofessionelle Kompetenzen strategisch zu fördern und eine positive Bewegungs- und Bewegungsförderungskultur und entsprechende Bewegungsversorgungsprozesse und -strukturen zu entwickeln und zu etablieren. Als Vorbild zur Bewegungsversorgung könnte dabei die medizinische Rehabilitation im deutschen Gesundheitssystem dienen, wo bewegungstherapeutische Leistungen indikationsübergreifend eine zentrale Rolle haben [9] und zudem die Bewegungsförderung explizit als Ziel definiert ist [38]. Dass allerdings in der Versorgungspraxis auch hier noch große Potenziale bestehen, zeigt eine deutschlandweite Bestandsaufnahme von Sudeck et al. aus dem Jahr 2020: Demnach richten nur knapp die Hälfte der bewegungstherapeutischen Abteilungen (45 %) ihre Therapie klar erkennbar auf das Thema Bewegungsförderung aus [39, 40].

Analysen im internationalen Raum zeigen, dass der größte Anteil der Gesundheitsfachkräfte verschiedener Berufsgruppen (78–97 %) Bewegungsförderung als Bestandteil der eigenen beruflichen Rolle sieht [41]. Bei der Betrachtung von Bewegung und Bewegungsförderung als Querschnittsthema interprofessioneller Zu-

sammenarbeit ist allerdings wichtig, dass jede Berufsgruppe ihre jeweilige Rolle im Kontext der Bewegungsversorgung klärt und dies mit anderen Beteiligten klar kommuniziert. Das bedeutet, dass jeder berufliche Fachverband im Austausch mit anderen Fachverbänden einen Standpunkt entwickeln sollte, wo die jeweiligen berufsgruppenspezifischen Ziele, Kompetenzen und Möglichkeiten im Kontext der Bewegungsversorgung liegen und welche Rolle eingenommen wird. Dies und auch die Abgrenzung bzw. Potenziale der Zusammenarbeit mit anderen Berufen sind bislang oft unklar [41].

Vor dem Hintergrund des globalen Aktionsplans der WHO [27] könnten Ärztinnen und Ärzte neben der Diagnose bewegungsbezogener Handlungsbedarfe und der entsprechenden Verordnung für Bewegungsangebote ihre Rolle als Bewegungsberaterin bzw. Bewegungsberater verstehen und selbst einzelne Impulse zur Bewegungsförderung geben [42, 43]. Allerdings gelten auch in diesem Kontext die begrenzte Zeit, fehlende entsprechende Abrechnungsmöglichkeiten sowie die bislang fehlende systematische Aus-, Fort- und Weiterbildung in Basiskompetenzen der Bewegungsberatung als große Hindernisse [42] und es gibt Hinweise darauf, dass die ärztliche Bewegungsberatung [42] und das „Rezept für Bewegung“ [44], als zwei vielversprechende Möglichkeiten der ärztlich initiierten Bewegungsförderung, eher rückläufig sind. Auch im Rahmen der Psychologie und Psychotherapie könnte die therapiebegleitende Wirkung von Bewegung deutlicher herausgestellt werden und auch mittels psychologischer Strategien zur Verhaltensänderung Impulse zur Bewegungsförderung gegeben werden. Pflegekräfte können Eigenaktivitäten von Patienten und Patientinnen bzw. Bewohnern und Bewohnerinnen fördern und diese bestmöglich physisch und psychisch bei der aktiven Gestaltung von Alltagsaktivitäten im Sinne der aktiven Mobilisierung unterstützen. Es zeigt sich damit, dass Gesundheitsfachkräfte beim Thema Bewegung sowohl selbst intervenieren können bzw. sollten, als auch eine Vermittler- und Überweisungsrolle an spezifische Bewegungsfachberufe (siehe Position 2) einnehmen können. Beides erfordert, dass die Vermittlung von Bewegungsfachwissen und bewegungsbezogene Kompetenzen zumindest in Grundlagen systematisch in die berufliche Qualifizierung (Aus-, Fort- und Weiterbildung) aller Gesundheitsfachkräfte integriert werden. Dazu gehören beispielsweise Grundlagenwissen zu Dimensionen und Formen körperlicher Aktivität und verschiedener Bewegungsarten, die multifaktoriellen Determinanten des Bewegungsverhaltens (Barrieren und Förderfaktoren), die biopsychosozialen Gesundheitswirkungen (Effektwissen) bei verschiedenen Populations- bzw. Indikationsgruppen (Lebensspanne, Primär-, Sekundär- Tertiärprävention) sowie person-orientierte Ansätze in Verbindung mit effektiven und effizienten Kommunikationsstrategien zur Verhaltensberatung. Darüber hinaus sollte die Sensibilisierung der (künftigen) Gesundheitsfachkräfte in Bezug auf das eigene Bewegungsverhalten bzw. die eigene bewegungsbezogene Gesundheitskompetenz dazu beitragen, dass diese ein Vorbild für die Patientinnen und Patienten sind bzw. sein werden [45, 46]. Insgesamt besteht damit die Notwendigkeit, Mindeststandards zu Bewegung und Bewegungsförderung in den Curricula der jeweiligen Gesundheitsfachberufe zu etablieren. Obwohl international bereits konsentiertere Mindeststandards für die Ausbildung von Gesundheitsfachkräften zur Bewegungsförderung [47], sowie Implementierungsschritte für die Integration

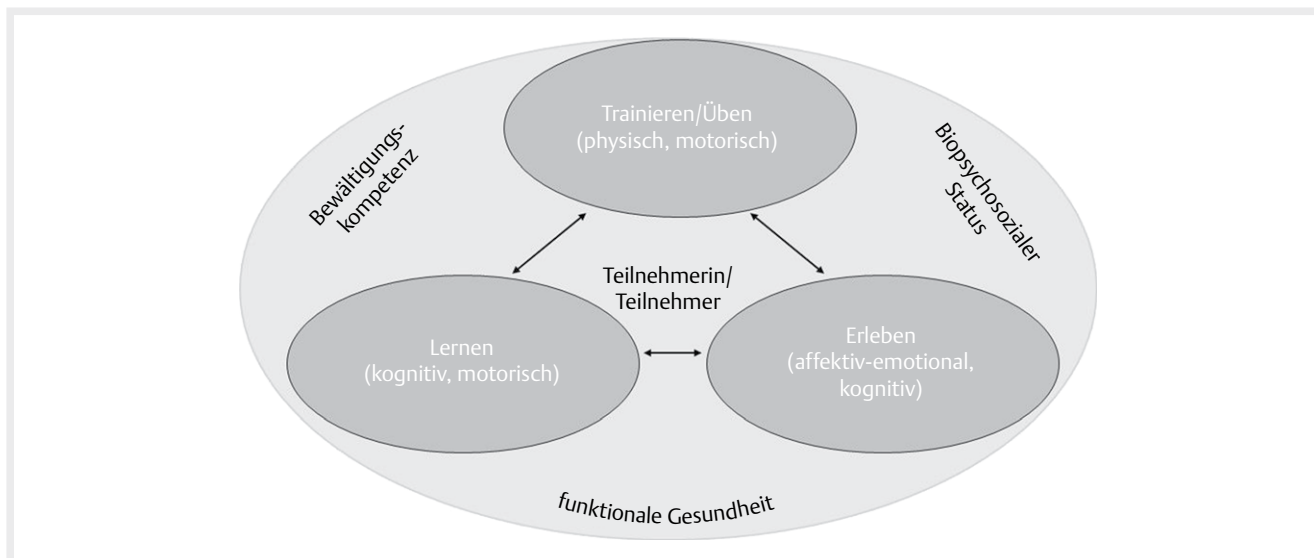
von Bewegung und Bewegungsförderung in Curricula erarbeitet wurden [48], spielt dies in Deutschland in den Curricula der meisten Gesundheitsberufe bislang kaum eine Rolle.

Es besteht die Notwendigkeit der stärkeren Integration von spezifischen Bewegungsangeboten und Bewegungsfachberufen in alle Versorgungskontexte

Für eine stärkere Integration von Bewegungsfachberufen und deren Angebote in der Versorgung muss sowohl die individuumbezogene (verhaltensorientierte) als auch die strukturelle (verhältnisorientierte) Perspektive berücksichtigt werden. Zudem gilt es die notwendigen Kompetenzen und damit verbundenen Qualifikationsniveaus der Anbieter sowie entsprechende Verordnungs- und Abrechnungsmöglichkeiten festzulegen.

Sowohl aus indikationsübergreifender [7, 11, 49], als auch aus indikationsbezogener Perspektive [50] können Bewegungsangebote im ambulanten Versorgungskontext deutlich zur Kostenreduktion im Gesundheitssystem beitragen. Deshalb sollten im ersten Schritt die vorhandenen Bewegungsangebote besser bekannt gemacht werden, um deren Verordnungs- und Nutzungszahlen zu erhöhen (z. B. Reha-Nachsorgeangebote, „Bewegung auf Rezept“, individualpräventive Angebote). Darüber hinaus sollten im gesamten Bereich der Primärversorgung mehr Möglichkeiten geschaffen werden, Bewegung als Maßnahme der Gesundheitsversorgung abrechnungsfähig zu verordnen. Nicht nur in der Primärversorgung, sondern auch im gerontologischen und geriatrischen Bereich zeigt sich eine deutliche Versorgungslücke. Der spezifische Bedarf geriatrischer Patientinnen und Patienten ist mit den vorhandenen Angeboten der Bewegungsversorgung insgesamt nur unzureichend gedeckt, da z. B. Präventionskurse nach §20 SGB V nicht für die oft kontinuierlich erforderliche Förderung vorgesehen sind und entsprechende Übungsleitende im Vereinssport selten auf die Anleitung hoch vulnerabler Seniorinnen und Senioren eingestellt sind. Einige standardisierte Bewegungsangebote mit Berücksichtigung der geriatritypischen Multimorbidität konnten ihre Wirksamkeit hinsichtlich der Verbesserung der Selbstversorgungsfähigkeit nachweisen [51, 52] und haben auch das Potenzial zur Verringerung von Einsamkeit und sozialer Isolation [53] (vgl. auch Mehrdimensionalität von Bewegungsangeboten). Allerdings stößt die Bewegungsversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen aufgrund von Personalmangel und fehlender fachlicher Bewegungsexpertise (z. B. bzgl. der Sturzgefahr) an Grenzen, und/oder wird zu selten evidenzbasiert und ressourcenorientiert durchgeführt. Insbesondere nicht-institutionalisiert lebende Seniorinnen und Senioren sind allerdings gegenüber Menschen in stationärer Betreuung benachteiligt, da die Anfahrt für mobilitätsbeeinträchtigte ältere Menschen oftmals eine Teilnahme an ambulanten Bewegungsangeboten erschwert oder dieses verhindert, was wiederum im Widerspruch zur etablierten Forderung „ambulant vor stationär“ steht.

Für die stärkere Integration von zielgruppenspezifischen Bewegungsangeboten und Bewegungsfachberufen in alle Versorgungskontexte gilt es aber auch, neben den beschriebenen individuumbezogenen Angeboten, verhältnisorientierte Angebote bzw. ein entsprechendes Capacity Building zu etablieren und auszubauen.



► **Abb. 2** Handlungsmodell für Gruppenangebote in der Bewegungsversorgung (Abb. basiert auf Daten aus [16]).

Aufenthalte in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sind beispielsweise in hohem Maße von körperlicher Inaktivität geprägt, was in negativen Folgen für Heilungsverlauf, Mobilität, Teilhabe und Lebensqualität resultiert [54]. Eine entsprechende systematische Verbesserung der Bewegungsverhältnisse umfasst dabei (1) die *Gestaltung und Ausstattung von Räumlichkeiten und Außenanlagen* (z. B. mit zielgruppenspezifisch anwendbaren Trainingsgeräten oder -möglichkeiten), (2) die *Verfügbarkeit von mobilitätsförderlichen Hilfsmitteln* und die entsprechenden Handhabungskompetenzen, (3) die *Integrierbarkeit von Bewegung in Alltagshandlungen* und/oder in den gesamten *Tagesablauf und die Therapieplanung*, sowie (4) das Vorhandensein *strukturierter Konzepte und Materialien* zur Information, Beratung und Anleitung von Menschen und ihren Angehörigen. Dazu bedarf es allerdings in der Regel einer fundierten Analyse und systematischen Planung und Strukturentwicklung, wofür kooperative Planungsansätze einen vielversprechenden methodischen Ansatz darstellen können [12, 55].

Auch wenn grundsätzlich alle Berufsgruppen einen Beitrag zur Bewegungsförderung leisten können und sollen (vgl. Position 1), müssen gezielte Therapie- und Trainingsinterventionen von Angehörigen der Bewegungsfachberufe übernommen werden, da hierfür ein anderes spezifisches Fachwissen und Kompetenzniveau notwendig ist (z. B. zur Trainingsgestaltung, Einschätzung von Kontraindikationen etc.) Dafür ist eine stärkere Integration von Bewegungsfachberufen und die Systematisierung der jeweiligen Kompetenzen im Versorgungskontext notwendig. Vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels in den Gesundheitsberufen und dem steigenden Kostendruck im Gesundheitswesen sollte dabei zunächst reflektiert werden, ob in der Heilmittelerbringung nicht stärker als bislang auf gruppentherapeutische Ansätze gesetzt werden kann, sobald eine Einzeltherapie medizinisch nicht zwingend notwendig ist. Gruppenangebote bieten nicht nur ökonomische, sondern auch therapeutische Vorteile (z. B. potentielle Mehrwerte für Lerneffekte und höhere Motivation durch soziale Gruppendynamik und Interaktion) und

die für die bewegungstherapeutische Arbeit charakteristischen drei Interventionsebenen – körperliches Trainieren und Üben, Lernen, Erleben und Erfahren (siehe ► **Abb. 2**) – können ihr Potential bestmöglich entfalten.

Insbesondere für Gruppenangebote muss allerdings noch festgelegt werden, welche bewegungs- und verhaltensbezogenen Fachberufe, ggf. in Ergänzung zu den bisher anerkannten Heilberufen, entsprechende zielgruppen- und indikationsspezifische Bewegungsangebote als Versorgungsleistung erbringen können und wie diese abrechnungsfähig in die Gesundheitsversorgung integriert werden können. Ein angemessenes Qualifikationsniveau bezieht sich dabei nicht nur auf ein fundiertes bewegungsbezogenes Fachwissen und relevantes medizinisches Grundlagenwissen, sondern auch auf die zielgruppenorientierte Anwendung spezifischer methodisch-didaktischer Kompetenzen. Unter Berücksichtigung der konzeptionellen Mehrdimensionalität des jeweiligen Bewegungsangebotes (siehe oben und [14]) bedarf es Kompetenzen für die Konzeption evidenzbasierter und bedarfsorientierter Bewegungsangebote, sowie für die Durchführung (Realisation) und Evaluation des Bewegungsangebotes im Hinblick auf die spezifizierten therapeutischen Ziele. Grundsätzlich stehen in Deutschland für Bewegungsangebote verschiedene akademische und nicht-akademische Bewegungsfachberufe mit unterschiedlichen Qualifikationsniveaus zur Verfügung. In Hinblick auf den Europäischen Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen (EQR) reichen die Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppen dabei vom bewegungsbezogenen „Arbeiten oder Lernen unter direkter Anleitung in einem vorstrukturierter Kontext“ (EQR-Level 1) bis hin zu Kompetenzen der „fachlichen Autorität, Innovationsfähigkeit, Selbstständigkeit, wissenschaftlichen und beruflichen Integrität und dem nachhaltigen Engagement bei der Entwicklung neuer Ideen oder Verfahren in führenden Arbeits- oder Lernkontexten einschließlich der Forschung“ (EQR-Level 8) [56]. Allerdings kann ein entsprechendes sporttherapeutisches Angebot im Rahmen der bestehenden Regelversorgung aktuell

nicht entsprechend verordnet werden. Diesbezüglich könnte es sinnvoll sein, die jeweilige Berufsrolle von etablierten bewegungsbezogenen Heilberufen (z. B. Sporttherapie) zu erweitern. In einer eigenen sporttherapeutischen Richtlinie könnten insbesondere Indikationskriterien, Leistungsinhalte und -umfang sowie das Verordnungsverfahren und die Qualifikationsanforderungen an sporttherapeutische Leistungserbringerinnen und -erbringer definiert werden. Dabei gilt es aus fachlicher und politischer Perspektive zu entscheiden, für welche Bewegungsangebote welches Qualifikations- bzw. Kompetenzniveau ausreichend, notwendig und zweckmäßig ist, um die Bewegungsversorgung flächendeckend und in der fachlich gebotenen Qualität sicherzustellen.

Ein weiteres Beispiel für die dringende Notwendigkeit der transparenten Festlegung des Qualifikations- bzw. Kompetenzniveaus ist die seit langem seitens der Wissenschaft geforderte Vollakademisierung der Physiotherapie. So ist eine fachschulische physiotherapeutische Ausbildung, wie sie aktuell in Deutschland der Standard ist (EQR Level 4), weltweit in nur 19% aller Länder der gängige Qualifizierungsweg und in Europa ist Deutschland das einzige Land ohne Vollakademisierung [57, 58]. Es ist allerdings davon auszugehen, dass eine wissenschaftsgeleitete, person-zentrierte, innovative und ökonomische Versorgung mindestens EQR Level 6 (Bachelorabschluss) erfordert und eine komplexere physiotherapeutische Bewegungsversorgung, z. B. von Menschen mit chronischen Erkrankungen oder speziellen Zielgruppen im Bereich der Pädiatrie und Geriatrie, sogar ein Masterniveau (EQR Level 7) erfordert [57–59]. Chancen liegen dabei insbesondere darin, den Patientinnen und Patienten einen Direktzugang zu gesundheitsorientierten Bewegungsangeboten zu ermöglichen, was beispielsweise in der Physiotherapie in anderen Ländern bereits etabliert ist [60]. Patientinnen und Patienten hätten dann bei bestimmten, ausgewählten Indikationen die Möglichkeit, sich unmittelbar zur Therapie an einen Bewegungsanbieter zu wenden. Zudem gilt es herauszuarbeiten, für welche Indikationsgruppen evtl. nicht ein Direktzugang, sondern die Möglichkeit einer erweiterten Versorgungsverantwortung bzw. ärztliche Blankoverordnung zielführend wäre, bei welcher die Bewegungsanbieter selbst über die Frequenz, Dauer und Anzahl der Behandlungen entscheiden (vgl. auch [61]). Im Sinne der Patientensicherheit muss dafür ein entsprechend hohes Qualifikationsniveau der Bewegungsanbieter sichergestellt werden [56].

Es besteht weiterer Bedarf, Bewegungsexpertise in medizinischen Leitlinien explizit, systematisch und transparent zu integrieren

Um der Bedeutung von Bewegung für die Versorgungsqualität Rechnung zu tragen, müssen die Themen Bewegung und Bewegungsversorgung auch in medizinischen Leitlinien (MLL) systematisch und transparent berücksichtigt werden. In den vorhandenen MLL sind bewegungsbezogene Informationen derzeit nur heterogen und eher randständig dargestellt. So wird zwar oftmals auf die umfangreiche Evidenz zur allgemeinen und indikationsbezogenen

Wirkung von Bewegung Bezug genommen, allerdings erfolgt dabei noch zu selten eine weitere Spezifizierung hinsichtlich möglicher Umsetzungsformen (z. B. Alltagsaktivität, Reha- bzw. Gesundheits-sportangebote) und/oder Verordnungsmöglichkeiten, sprich die Ableitung bewegungsbezogener Qualitätskriterien aus der Leitlinie. Es ist deshalb angezeigt, dass alle Beteiligten darauf hinwirken, dass Akteure aus den Fachwissenschaften bzw. -berufen (vornehmlich Sportwissenschaft und akademische Physiotherapie) systematisch bei der Leitlinienentwicklung beteiligt werden bzw. sich ihrerseits aktiv in den Prozess der Leitlinienerstellung einbringen. In diesem Zusammenhang sollte auch eine strukturierte Checkliste dazu entwickelt werden, welche Art von bewegungsbezogenen Informationen integriert bzw. wo entsprechende Fachexpertise bei der Leitlinienerstellung eingeholt werden sollen. Dabei sollten MLL insbesondere evidenzbasierte Informationen zu relativen/absoluten Kontraindikationen, der spezifischen Gestaltung, Dosierung und Belastungssteuerung sowie geeignete Bewegungsversorgungsangebote enthalten. Der Nutzen einer Leitlinie kann zudem durch Verlinkung zu geeigneten Informationsmaterialien für Patientinnen und Patienten sowie den Verweis auf Best-Practice Interventionsansätze weiter gesteigert werden. So wurden beispielsweise in der (abgelaufenen) S2k Leitlinie Gonarthrose Bewegungsinterventionen zwar mit Verweis auf entsprechende Studien empfohlen, allerdings fehlen Hinweise zur Gestaltung und Dosierung. Auch in der S2k-Leitlinie für Diabetes mellitus im Alter wird zwar konstatiert, dass Bewegung eine der Hauptsäulen der nicht-medikamentösen Therapie bei Diabetes im Alter sei, aber auch hier fehlen Empfehlungen und spezifische Angaben zu Art, Umfang und Intensität der Bewegungsversorgung. Nur einzelne Leitlinien geben der bewegungsbezogenen Versorgung bereits mehr Raum und bieten den an der (Bewegungs-)Versorgung beteiligten Akteuren eine gute Orientierung. Die S3-Leitlinie für die Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms verweist beispielsweise mit Beginn der Diagnosestellung auf empfohlene Umfänge und Intensitäten von körperlicher Aktivität. Darüber hinaus bietet sie spezifische Handlungshilfen für verschiedene Therapieschemata oder Verläufe wie bspw. Krafttrainingsprogramme unter Chemo- und Hormontherapie, bei Brustkrebs-assoziiierter Fatigue, bei manifester Chemotherapie-induzierter Polyneuropathie oder bei Lymphödem. Eine reine bewegungsbezogene S3-Leitlinie „Bewegungstherapie bei onkologischen Erkrankungen“ ist derzeit in der Entstehungsphase. Auch die S2k-Leitlinie der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie zur Bewegungsförderung und Bewegungstherapie in der pädiatrischen Onkologie gibt spezifische Informationen dazu, wie körperliche Aktivität und Training zur Verbesserung von Lebensqualität und Teilhabe effektiv, sicher und nachhaltig eingesetzt werden kann. Bei der zukünftigen Erarbeitung von MLL könnten diese Leitlinienbeispiele als Vorbild für die Integration von bewegungsbezogener Expertise genutzt werden.

FAZIT

Bewegungsbezogene Versorgungsangebote zeichnen sich insbesondere durch ihre Mehrdimensionalität auf konzeptioneller Ebene und in Bezug auf die Gesundheitswirkung aus. Deshalb ist es beispielsweise nicht überraschend, dass die WHO Maßnahmen zur Bewegungsförderung bereits seit einiger Zeit als „best buy“ zur Vorbeugung und Behandlung nichtübertragbarer Erkrankungen bezeichnet [62]. Vor dem Hintergrund der enormen Herausforderungen des Gesundheitswesens [23] kann eine systematische Stärkung der bewegungsbezogenen Versorgung deshalb einen effektiven, kosteneffizienten und qualitativ hochwertigen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und dem Schließen von Versorgungslücken leisten. Es sind bereits vielfältige Kompetenzen vorhanden, die so für die Versorgung besser nutzbar gemacht werden können. Wie im vorliegenden Positionspapier herausgearbeitet, muss dafür sowohl ein interdisziplinärer Ansatz, als auch eine Stärkung und Erweiterung von Bewegungsfachberufen und Bewegungsangeboten in der Versorgung angestrebt werden sowie die systematische Integration von Bewegungsversorgung in MLL erfolgen. Alle relevanten Akteure aus Politik, Wissenschaft und Praxis sind deshalb aufgefordert, für diese drei wesentlichen Schritte zur Verbesserung der Bewegungsversorgung in Deutschland Lösungswege in einem zielorientierten Prozess zu erarbeiten. Dabei sollten auch die Empfehlungen des Wissenschaftsrates bezüglich der Notwendigkeit der Entwicklung eigenständiger wissenschaftlicher Disziplinen und des Aufbaus von Zentren der Gesundheitsberufe an (Fach)Hochschulen und Universitäten berücksichtigt werden.

Interessenkonflikt

JW ist Konsortialführer des genannten MOVE-ONKO Projektes und Koordinator der S3-Leitlinie Bewegungstherapie bei onkologischen Erkrankungen. JW und KE haben an der S2k-Leitlinie in der pädiatrischen Onkologie mitgearbeitet. GS ist Konsortialpartner des genannten ImPuls-Projekts. SP ist Mitarbeiter im DVGS e. V., der als Fachverband Bewegungsfachkräfte qualifiziert, für die qualitätsgesicherte Umsetzung von Bewegung in allen Versorgungskontexten eintritt und Mandatstragende für die Mitarbeit an Leitlinien entsendet. CT ist Professor für Physiotherapie an der Hochschule für Gesundheit Bochum, die einen primärqualifizierenden Bachelor-Studiengang „Physiotherapie“ anbietet und für die Vollakademisierung der Physiotherapie eintritt. BW ist im Präsidium der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft (dvs) und vertritt im Ressort „Gesundheit und Bewegung“ die Interessen der Sportwissenschaft. Alle Autorinnen und Autoren haben Projekterfahrung mit der Entwicklung, Implementierung und/oder Evaluation von bewegungsbezogenen Interventionen in verschiedenen Versorgungskontexten. AS, CT, LG und SP sind im Sprecherrat der AG bewegungsbezogene Versorgungsforschung und verweisen auf die Darlegung ihrer entsprechenden Interessen (<https://dnvf.de/gruppen/ag-bewegungsbezogene-versorgungsforschung.html>). Alle anderen Autorinnen und Autoren sind Mitglied der AG bewegungsbezogenen Versorgungsforschung und geben an, keine Interessenkonflikte zu haben.

Literatur

- [1] WHO. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016 – 2025. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016
- [2] World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020
- [3] Booth FW, Roberts CK, Laye MJ. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Compr Physiol* 2012; 2: 1143–1211. DOI: 10.1002/cphy.c110025
- [4] Fiuzza-Luces C, Garatachea N, Berger NA et al. Exercise is the real polypill. *Physiology (Bethesda)* 2013; 28: 330–358. DOI: 10.1152/physiol.00019.2013
- [5] Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Curr Opin Cardiol* 2017; 32: 541–556. DOI: 10.1097/HCO.0000000000000437
- [6] 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: 1–72. DOI: 10.1111/sms.12581
- [7] Gottschalk S, König H-H, Weber A et al. Costs associated with insufficient physical activity in Germany: cross-sectional results from the baseline examination of the German national cohort (NAKO). *Eur J Health Econ* 2024. DOI: 10.1007/s10198-024-01697-9
- [8] Schempp N, Strippel H. Präventionsbericht 2022. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2021. Berlin, Germany; 2022
- [9] Brüggemann S, Sewöster D, Kranzmann A. Bewegungstherapeutische Versorgung in der medizinischen Rehabilitation der Rentenversicherung – eine Analyse auf Basis quantitativer Routinedaten. *Rehabilitation (Stuttg)* 2018; 57: 24–30. DOI: 10.1055/s-0043-102556
- [10] Herman PM, Lavelle TA, Sorbero ME et al. Are Nonpharmacologic Interventions for Chronic Low Back Pain More Cost Effective Than Usual Care? Proof of Concept Results From a Markov Model. *Spine (Phila Pa 1976)* 2019; 44: 1456–1464. DOI: 10.1097/BRS.0000000000003097
- [11] Santos AC, Willumsen J, Meheus F et al. The cost of inaction on physical inactivity to public health-care systems: a population-attributable fraction analysis. *Lancet Glob Health* 2023; 11: e32–e39. DOI: 10.1016/S2214-109X(22)00464-8
- [12] Weissenfels A, Geidl W, Mino E et al. Development, implementation, evaluation and scaling-up of physical activity referral schemes in Germany: protocol for a study using a co-production approach. *BMJ Open* 2021; 11: e045563. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-045563
- [13] Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep* 1985; 100: 126–131
- [14] Gabrys L, Schaller A, Peters S et al. DNVF Memorandum – Ziele und Methoden bewegungsbezogener Versorgungsforschung. *Das Gesundheitswesen* 2024. DOI: 10.1055/a-2340-1669
- [15] Thiel C, Bernardi A, Hübscher M. Körperliches Training in Prävention und Therapie – Gestaltung und Effekte. In: Banzer W, Hrsg. Körperliche Aktivität und Gesundheit. Berlin, Heidelberg. Springer; Berlin Heidelberg: 2017: 17–60. DOI: 10.1007/978-3-662-50335-5_2
- [16] Pfeifer K, Huber G, Baldus A et al. Ressourcenmanagement: ICF-orientierte Bewegungsprogramme für Personen mit Diabetes mellitus Typ 2. *Chronische Erkrankungen und biopsychosozialer Status. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 2012; 119–127
- [17] ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: DIMDI; 2005
- [18] Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. Rehabilitationssport und Funktionstraining. Rahmenvereinbarung. Frankfurt am Main; 2022
- [19] Schüle K, Deimel H. Gesundheitssport und Sporttherapie – eine begriffliche Klärung. *Gesundheitssport und Sporttherapie* 1990; 1:

- [20] Brehm W, Bös K, Opper E et al. Gesundheitssportprogramme in Deutschland. Analysen und Hilfen zum Qualitätsmanagement für Sportverbände, Sportvereine und andere Anbieter von Gesundheitssport. Bd. 13. Sport. Schorndorf: Hofmann; 2002
- [21] Bös K, Brehm W. Gesundheitssport – Abgrenzungen und Ziele. *dvs-Informationen* 1999; 2: 9–18
- [22] Brehm W, Bös K, Graf CH et al. Sport als Mittel in Prävention, Rehabilitation und Gesundheitsförderung. Eine Expertise. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013; 56: 1385–1389. DOI: 10.1007/s00103-013-1798-y
- [23] Vereinigung der Bayrischen Wirtschaft e.V. Gesundheit und Medizin – Herausforderungen und Chancen (13.07.2022). Im Internet: <https://www.vbw-bayern.de/vbw/Themen-und-Services/Zukunftsrat/Studie-Gesundheit-und-Medizin-Herausforderungen-und-Chancen.jsp>; Stand: 15.09.2023
- [24] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg. Strategie der Bundesregierung gegen Einsamkeit. Berlin; 2023.
- [25] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit, Hrsg. Nationale Demenzstrategie. Berlin; 2020.
- [26] Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung, Deutschen Herzstiftung, Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler, Präsident der European Society of Cardiology. Nationale Herz-Kreislauf-Strategie für eine bessere Versorgung von Patient*innen und innovative Forschung in Deutschland (NHKS) [Ein Positionspapier]. Im Internet: https://herzmedizin.de/content/dam/herzmedizin/pdfs/fachbereich/nationale-herz-allianz/Nationale_Herz-Kreislauf-Strategie-2021.pdf; Stand: 12.04.2024
- [27] World Health Organization. Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world. // More active people for a healthier world: Global action plan on physical activity 2018-2030. Let's be active. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018
- [28] Schofield G, Croteau K, McLean G. Trust levels of physical activity information sources: a population study. *Health Promot J Austr* 2005; 16: 221–224. DOI: 10.1071/he05221
- [29] Vuori IM, Lavie CJ, Blair SN. Physical activity promotion in the health care system. *Mayo Clin Proc* 2013; 88: 1446–1461. DOI: 10.1016/j.mayocp.2013.08.020
- [30] Birkhäuser J, Gaab J, Kossowsky J et al. Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLoS One* 2017; 12: e0170988. DOI: 10.1371/journal.pone.0170988
- [31] Gates AB. Making every contact count for physical activity--for tomorrow's patients: the launch of the interdisciplinary, undergraduate, resources on exercise medicine and health in the U.K. *Br J Sports Med* 2016; 50: 322–323. DOI: 10.1136/bjsports-2015-095489
- [32] Smith B, Williams O, Bone L et al. Co-production: A resource to guide co-producing research in the sport, exercise, and health sciences. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health* 2023; 15: 159–187. DOI: 10.1080/2159676X.2022.2052946
- [33] Bray NW, O'Brien MW, Wong MY et al. The importance of collaboration between medical and exercise professionals in addressing patient physical inactivity. *Appl Physiol Nutr Metab* 2023; 48: 88–90. DOI: 10.1139/apnm-2022-0312
- [34] Baldus A, Dresel U, Huber G et al. POLKA – ein Modellvorhaben zur Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. *B & G* 2020; 6: 27–35. DOI: 10.1055/a-1084-9819
- [35] Krupp S, Wenzel R, Nachtsheim M et al. Bewegungsförderung für Bewohner in Pflegeheimen. *B & G* 2021; 37: 58–71. DOI: 10.1055/a-1490-7131
- [36] Cordes T, Bischoff LL, Schoene D et al. A multicomponent exercise intervention to improve physical functioning, cognition and psychosocial well-being in elderly nursing home residents: a study protocol of a randomized controlled trial in the PROCARE (prevention and occupational health in long-term care) project. *BMC Geriatr* 2019; 19: 369. DOI: 10.1186/s12877-019-1386-6
- [37] Otto A-K, Pietschmann J, Appelles L-M et al. Physical activity and health promotion for nursing staff in elderly care: a study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ Open* 2020; 10: e038202. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-038202
- [38] Deutsche Rentenversicherung Bund. Klassifikation therapeutischer Leistungen in der medizinischen Rehabilitation (KTL) (Ausgabe 2015). Im Internet: https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Downloads/DE/Experten/infos_reha_einrichtungen/klassifikationen/dateianhaenge/KTL/ktl_2015_pdf.html; Stand: 23.05.2024
- [39] Sudeck G, Geidl W, Deprins J et al. The role of physical activity promotion in typical exercise therapy concepts: a latent class analysis based on a national survey in German rehabilitation settings. *Disabil Rehabil* 2020; 42: 3653–3663. DOI: 10.1080/09638288.2019.1608322
- [40] Geidl W, Sudeck G, Wais J et al. Bewegungsförderliche Bewegungstherapie in der medizinischen Rehabilitation: Konsequenzen der bundesweiten Bestandsaufnahme für die Qualitätsentwicklung. *Rehabilitation (Stuttg)* 2022; 61: 336–343. DOI: 10.1055/a-1693-8380
- [41] Albert FA, Crowe MJ, Malau-Aduli AEO et al. Physical Activity Promotion: A Systematic Review of The Perceptions of Healthcare Professionals. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: . DOI: 10.3390/ijerph17124358
- [42] Kastaun S, Prinz A, Hoppe S et al. Beratung zu Bewegung in der Hausarztpraxis. *Z Allg Med* 2024; 1–7. DOI: 10.1007/s44266-023-00166-5
- [43] Jordan S, Starker A. Ärztliche Beratung zur körperlich-sportlichen Aktivität. Ergebnisse aus der KomPaS-Studie. Robert Koch-Institut 2021. DOI: 10.25646/7144
- [44] Curbach J, Apfelbacher C, Knoll A et al. Physicians' perspectives on implementing the prevention scheme "Physical Activity on Prescription": Results of a survey in Bavaria. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* 2018; 131-132: 66–72. DOI: 10.1016/j.zefq.2018.02.001
- [45] Lobelo F, Duperly J, Frank E. Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *Br J Sports Med* 2009; 43: 89–92. DOI: 10.1136/bjsm.2008.055426
- [46] Frank E, Tong E, Lobelo F et al. Physical activity levels and counseling practices of U.S. medical students. *Med Sci Sports Exerc* 2008; 40: 413–421. DOI: 10.1249/mss.0b013e31815ff399
- [47] Alsop T, Lehman E, Brauer S et al. What should all health professionals know about movement behaviour change? An international Delphi-based consensus statement. *Br J Sports Med* 2023; 57: 1419–1427. DOI: 10.1136/bjsports-2023-106870
- [48] Pojednic R, Stoutenberg M. Key Steps to Implementing Physical Activity into Health Professional Training Programs. *Curr Sports Med Rep* 2020; 19: 396–398. DOI: 10.1249/JSR.0000000000000756
- [49] Ding D, Lawson KD, Kolbe-Alexander TL et al. The economic burden of physical inactivity: a global analysis of major non-communicable diseases. *Lancet* 2016; 388: 1311–1324. DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30383-X
- [50] Miyamoto GC, Lin C-WC, Cabral CMN et al. Cost-effectiveness of exercise therapy in the treatment of non-specific neck pain and low back pain: a systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med* 2019; 53: 172–181. DOI: 10.1136/bjsports-2017-098765
- [51] Krupp S, Kasper J, Hermes A et al. Das „Lübecker Modell Bewegungswelten“ – Ergebnisse der Effektevaluation. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2019; 62: 274–281. DOI: 10.1007/s00103-019-02881-6

- [52] Krupp S, Ralf C, Krahnert A et al. Bewegungsförderung für pflegebedürftige ältere Menschen: Das Lübecker Modell Bewegungswelten. In: Scherenberg V. PJ, Hrsg. Gesundheit in Bewegung, Herausforderungen und Möglichkeiten körperlicher Aktivierung. Bremen: APPOLON University Press; 2022: 223–241
- [53] Musich S, Wang SS, Schaeffer JA et al. The association of physical activity with loneliness, social isolation, and selected psychological protective factors among older adults. *Geriatr Nurs* 2022; 47: 87–94. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2022.07.006
- [54] Fazio S, Stocking J, Kuhn B et al. How much do hospitalized adults move? A systematic review and meta-analysis. *Appl Nurs Res* 2020; 51: 151189. DOI: 10.1016/j.apnr.2019.151189
- [55] Rütten A, Semrau J, Wolff AR. Entwicklung gesundheitsförderlicher Strukturen durch kooperative Planung. *Präv Gesundheitsf* 2023. DOI: 10.1007/s11553-023-01045-4
- [56] Huber G. Zur Professionalisierung der Bewegungsförderung. *B & G* 2016; 32: 128–132. DOI: 10.1055/s-0042-110418
- [57] Hochschulverbund Gesundheitsfachberufe e.V. Notwendigkeit und Umsetzung einer vollständig hochschulischen Ausbildung in den Therapieberufen (Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie) – Strategiepapier. Im Internet: <https://www.hv-gesundheitsfachberufe.de/strategiepapier-von-hvg-und-vast-zur-notwendigkeit-und-umsetzung-einer-vollstaendig-hochschulischen-ausbildung-in-der-ergotherapie-logopaedie-und-physiotherapie-wird-durch-berufsverbaende-unterstuetz/>; Stand: 3.2.24
- [58] Nickel S, Thiele A-L. DUZ Spotlight – Gute Praxis International: Akademisierung der Therapieberufe (3.2.24). Im Internet: <https://www.che.de/download/spotlight-therapieberufe/>
- [59] Wissenschaftsrat. Perspektiven für die Weiterentwicklung der Gesundheitsfachberufe. Wissenschaftliche Potenziale für die Gesundheitsversorgung erkennen und nutzen. Köln: Wissenschaftsrat; 2023
- [60] Bury TJ, Stokes EK. Direct access and patient/client self-referral to physiotherapy: a review of contemporary practice within the European Union. *Physiotherapy* 2013; 99: 285–291. DOI: 10.1016/j.physio.2012.12.011
- [61] GKV-Heilmittel und Informationsportal. Die Blankverordnung in der Ergotherapie (14.02.2024). Im Internet: https://www.gkv-heilmittel.de/fuer_heilmittelerbringer/blankverordnung/blankverordnung.jsp; Stand: 04.03.2024
- [62] World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Im Internet; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf;jsession-; Stand: 23.05.2024