

MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

Bestandsanalyse zu Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess in psychiatrischen Einrichtungen Österreichs

Verfasserin

Theresa Hornich, Bakk., BSc

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2014

Studienkennzahl: A 066 826

Studienrichtung lt. Studienblatt: Magisterstudium Sportwissenschaften

Betreuer: Dr. Clemens Ley

Zusammenfassung

Die Arbeit zum Thema „Bestandsanalyse zu Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess in psychiatrischen Einrichtungen Österreichs“ soll ausgehend von der 2012 durchgeführten Gesetzesänderung, wonach das Feld der Trainingstherapie für Sportwissenschaftler/innen geöffnet wurde, den aktuell ständig steigenden Stellenwert von Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess in österreichischen Einrichtungen erläutern.

Es wurde ein Online-Fragebogen über Lime Survey erstellt und an nahezu alle österreichischen psychiatrischen Einrichtungen versendet. Die Auswertung dieser Fragebogenuntersuchung wurde in Excel durchgeführt.

Trainingstherapie wird vorwiegend in der Gruppe durchgeführt und sowohl von den Patient/innen als auch vom Personal sehr gut angenommen. Das Hauptziel des psychisch-sozial orientierten Bewegungs- und Sportprogrammes ist die Verbesserung psychischer Funktionen, was vor allem durch Wahrnehmungsübungen und Entspannungsverfahren erreicht werden soll. Meist wird das Bewegungs- und Sportprogramm von Ärzten durchgeführt, die keine zusätzliche Sportausbildung absolviert haben. Unzufriedenheit besteht über das Ausmaß an Fortführung von Bewegung und Sport nach Therapieende sowie über die bestehenden Konditionen.

Ungeklärt bleibt, weshalb der Rücklauf der Online-Untersuchung relativ gering war, ob sich die Anzahl an Sportwissenschaftler/innen im Rahmen der Therapie nach der Gesetzesänderung verändert hat und weshalb Unzufriedenheit mit Konditionen und Fortführung bestehen und wie diese verbessert werden könnten.

Abstract

The work on "the analysis of exercise and sports in a therapeutic process in Austria's psychiatric institutions" is based upon the amendment of 2012, after the field of exercise and sports therapy for sports scientists was opened. This resulted in the current continuously growing value of exercise and sports in a therapeutic process in Austrian institutions to then be explained.

An online questionnaire was created in Lime Survey and sent to almost every psychiatric institution in Austria. The analysis of this research was executed in Excel.

Exercise and sports therapy is conducted in groups and patients as well as employees are satisfied with it. The main goal of this psycho-social oriented sports and exercise program is the improvement of mental functionality, which is tried to be reached through exercises

of perception as well as relaxation techniques. Most of the time doctors without extra education in sports programs are in authority of exercise and sports therapy. The continuation of sports after the therapy as well as the conditions during therapy are poor.

For further research it would be interesting why the return of the questionnaires was relatively little and if the number of sports scientists who work in exercise and sports therapy changed after the statutes referring to this changed. Also not answered are the questions about why there is an unhappiness with existing conditions and continuation of exercise and sports programs and how this could be changed.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

1	Einleitung	S. 1
2	Sport und Bewegung im Gesundheits- und Sozialwesen	S. 5
2.1	Begriffsbestimmungen	S. 5
2.1.1	Bewegungstherapie	S. 5
2.1.2	Sporttherapie	S. 6
2.1.3	Trainingstherapie	S. 6
2.2	Begründung der Sport- und Bewegungstherapie	S. 7
2.3	Elemente der Sport- und Bewegungstherapie	S. 9
2.3.1	Arbeitsebenen	S. 9
2.3.2	Mehrdimensionalität	S. 10
2.3.3	Professionalisierung	S. 11
2.4	Einsatzfelder der Bewegungs- und Sporttherapie	S. 11
2.4.1	Klinische und ambulante Therapie	S. 12
2.4.2	Rehabilitationssport	S. 13
2.4.3	Gesundheitssport und Fitnesscenter	S. 13
2.4.4	Betriebliches Gesundheitsmanagement	S. 13
2.4.5	Kostenträger und Verbände	S. 14
2.4.6	Sonstige Einsatzfelder	S. 14
2.5	Ziele der Bewegungs- und Sporttherapie	S. 14
2.6	Psychische Gesundheit und Bewegung	S. 17
2.6.1	Gesundheitsmodelle	S. 19
2.6.2	Wohlbefindensmodelle	S. 20
2.6.3	Bewältigungsmodelle	S. 20
2.6.4	Salutogenesemodell	S. 21
2.7	Beschreibung ausgewählter Methoden der Bewegungs- und Sporttherapie	S. 22

2.7.1	Autonome und therapeutische Methodik	S. 24
2.7.2	Unspezifische Wirkfaktoren	S. 24
2.7.3	Methodik der klinischen Bewegungstherapie	S. 25
2.7.4	Ausgewählte Methoden der Bewegungstherapie	S. 27
3	Psychiatrische Versorgungsstrukturen Österreichs	S. 32
3.1	Versorgungsstrukturen in Österreich	S. 32
3.2	Psychiatrische Einrichtungen Österreichs	S. 33
3.3	Trainingstherapiegesetz für Sportwissenschaftler/innen	S. 35
4	Stellenwert von Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess in psychiatrischen Einrichtungen	S. 37
4.1	Erste Ergebnisse zum Stellenwert von Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess	S. 37
5	Empirische Untersuchung	S. 39
5.1	Fragestellungen	S. 39
5.2	Methodik	S. 40
5.2.1	Stichprobe	S. 40
5.2.2	Beschreibung des Instruments	S. 40
5.2.3	Prozess der Datenproduktion und Datenauswertung	S. 42
5.3	Gütekriterien	S. 43
6	Ergebnisse	S. 45
6.1	Bewegung und Sport als therapeutisches Angebot	S. 45
6.2	Zielsetzung und Ausrichtungen von Bewegung und Sport in der Therapie	S. 46
6.3	Therapieformen	S. 50
6.4	Bewertung von Bewegung und Sport in der Therapie	S. 51
6.5	Berufsgruppe und Ausbildung	S. 52
6.6	Rahmenbedingungen	S. 55
6.7	Vernetzung	S. 56

6.8	Dokumentation	S. 58
7	Diskussion der Ergebnisse	S. 60
7.1	Bewegung und Sport als therapeutisches Angebot	S. 60
7.2	Berufsgruppe und Ausbildung	S. 62
7.3	Bestehende Konditionen für Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess	S. 63
7.4	Dokumentation und Therapeut/innenteam	S. 64
7.5	Vergleich verschiedener Variablen	S. 65
7.5.1	Stationär – ambulant	S. 65
7.5.2	Allgemeines Krankenhaus mit psychiatrischer Abteilung, Psychiatrisches Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung	S. 70
8	Schlussfolgerung und Ausblick	S. 75
9	Verzeichnisse	S. 77
9.1	Literaturverzeichnis	S. 77
9.2	Abbildungsverzeichnis	S. 79
9.3	Tabellenverzeichnis	S. 80
10	Anhang	S. 82
10.1	Lebenslauf	S. 82
10.2	Erklärung	S. 83
10.3	Fragebogen	S. 84

Vorwort

Nach meiner AHS-Matura im Jahr 2009 habe ich begonnen an der Universität Wien Sportwissenschaften im Bachelorstudiengang zu studieren. Im Sommer 2012 habe ich meinen Bachelor-Abschluss gemacht und mit dem Magisterstudium der Sportwissenschaften, ebenfalls am sportwissenschaftlichen Institut der Universität Wien, begonnen. Im Rahmen dieser Ausbildung war mein Interesse auf den Bereich Gesundheit und Gesundheitssport fokussiert und ich habe einige Zusatzausbildungen und Seminare zu diesen Themengebieten besucht. 2010 habe ich begonnen, neben dem Sportstudium auch das Bachelorstudium der Psychologie zu belegen, mit dem Ziel, diese beiden Interessensgebiete in meiner zukünftigen beruflichen Karriere zusammenzuführen. 2014 folgte mein Bachelorabschluss in Psychologie und derzeit studiere ich im Masterstudium Psychologie den Zweig Geist & Gehirn.

Als Informationen bezüglich des im Wintersemester 2013 startenden, neuen Masterstudiengangs der Sportwissenschaften an der Universität Wien bekannt wurden, habe ich mich erstmals genauer mit dem Themenbereich der Trainingstherapie beschäftigt und sofort gewusst, dass ich meine berufliche Karriere in diesem Bereich starten will. Seitdem besuche ich zusätzliche Kurse um eine individuelle Akkreditierung zur Trainingstherapie zu erhalten und somit eine Eintragung in die Liste aller ausgebildeten Trainingstherapeut/innen zu erreichen.

Durch die beschriebenen persönlichen Entwicklungen in den vergangenen fünf Jahren habe ich entschieden, meine Magisterarbeit ebenfalls dem Thema der Trainingstherapie zu widmen. Da dieser Bereich in der Literatur des deutschsprachigen Raums noch sehr wenig erforscht ist, habe ich beschlossen, den aktuellen Stellenwert von Bewegung und Sport in psychiatrischen Einrichtungen ausschließlich innerhalb Österreichs zu erforschen und in der Arbeit mit dem Titel „Bestandsanalyse zu Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess in psychiatrischen Einrichtungen Österreichs“ darzulegen.

1 Einleitung

Das MAB-Gesetz, das Medizinische Assistenzberufe-Gesetz, regelt das aktive Tätigwerden von Sportwissenschaftler/innen in der Trainingstherapie. Nach neunjährigen Verhandlungen ist es dem VSÖ, dem Verband der Sportwissenschaftler/innen Österreichs, gelungen, eine gesetzliche Absicherung der Tätigkeit von Sportwissenschaftler/innen in der Trainingstherapie, sowie eine rechtlich abgesicherte Basis für diesen Arbeitsbereich zu erlangen. Am 6. Juli 2012 wurde das MAB-Gesetz vom Parlament verabschiedet und in der nachfolgenden Sitzung des Bundesrates vom 19. Juli 2012 bestätigt. Demnach sind akademisch ausgebildete Sport- und Bewegungswissenschaftler/innen berechtigt, unter ärztlicher Anordnung und Aufsicht, trainingstherapeutische Maßnahmen zur Vermeidung des Wiedereintritts von Krankheiten, von Chronifizierungen und Maladaptationen an Patient/innen durchzuführen. AGAKAR (2013), in: AGAKAR, URL: <http://www.agakar.at/aktuelles/internes.html> (Stand: 22.11.2013).

Jene zur Durchführung trainingstherapeutischer Maßnahmen zugelassenen Sportwissenschaftler/innen sind in eine elektronische Liste des BMG, des Bundesministeriums für Gesundheit, eingetragen. Die Voraussetzungen zur Eintragung in diese Liste sind wiederum im MAB-Gesetz geregelt. Demnach sollen Sportwissenschaftler/innen in erster Linie ergänzende und unterstützende Tätigkeiten zu physiotherapeutischen Maßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen durchführen.

Jenen Sportwissenschaftler/innen, die ihr Studium nach dem alten Studienplan abgeschlossen haben, und demnach die Voraussetzungen zur Durchführung von Trainingstherapie nicht erfüllen, wird die Möglichkeit gegeben, eine individuelle Akkreditierung zu erlangen. AGAKAR (2013), in: Arbeitsgemeinschaft für ambulante kardiologische Prävention und Rehabilitation, URL: <http://www.agakar.at/aktuelles/internes.html> (Stand: 22.11.2013).

An der Universität Graz und der Fachhochschule Wien wird seit dem Wintersemester 2013 beziehungsweise Sommersemester 2014 eine entsprechende Weiterbildung im Bereich Trainingstherapie angeboten, mit der die vom Gesetzgeber geforderte Nachqualifikation von Sportwissenschaftler/innen, die die Voraussetzungen für die Zulassung zur Trainingstherapie nicht erfüllen, nachgeholt werden kann. Bundesministerium für Gesundheit (2013), in: BMG, URL: <http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Beiraete/Trainingstherapiebeirat> (Stand: 3.2.2014).

Jene Personen, die ein Sportstudium an einer in- oder ausländischen Universität abgeschlossen haben und zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des MAB-Gesetzes im Bereich der Trainingstherapie arbeiteten, jedoch die dafür notwendigen Voraussetzungen laut MAB-Gesetz nicht erfüllten, dürfen ihre trainingstherapeutischen Tätigkeiten nur noch bis 31. Dezember 2015 ausführen, wenn sie bis dahin die erforderlichen Voraussetzungen und Ausbildungen nicht nachgeholt haben. Berufsverband von Sportwissenschaftler/innen (2013) in Newsletter 2013, URL: http://www.diesportwissenschaftler.at/documents/VSOENewsletterMai2013_ohne.pdf (Stand: 22.11.2013).

Auszug aus der Parlamentskorrespondenz Nr. 512 vom 19.06.2012

[...] Da es bisher keine Rechtsgrundlage für das Tätigwerden von SportwissenschaftlerInnen im Bereich der Trainingstherapie, die bisher nur ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen vorbehalten ist, gab, sieht die Regierungsvorlage in diesem Bereich entsprechende Bestimmungen vor. Es soll vor allem ermöglicht werden, dass SportwissenschaftlerInnen ergänzend und unterstützend zu PhysiotherapeutInnen speziell für den Bereich der Trainingstherapie zur Versorgung der PatientInnen in Rehabilitationseinrichtungen eingesetzt werden können. Um auch SportwissenschaftlerInnen, die ihre universitäre Ausbildung bereits abgeschlossen haben, einen Zugang zur Trainingstherapie zu ermöglichen, wird neben der generellen Akkreditierung von Universitätsstudien, die die für die Ausübung der Trainingstherapie erforderlichen Ausbildungsinhalte vermitteln, das Instrument der individuellen Akkreditierung geschaffen. Weiters vorgesehen ist die Einrichtung eines Trainingstherapiebeirats.

AGAKAR (2013), in: AGAKAR, URL: <http://www.agakar.at/aktuelles/internes.html> (Stand: 22.11.2013).

Aufbauend auf diese Gesetzesänderungen im MAB-Gesetz wurde an der Universität Wien ein neuer Studienplan für das Masterstudium Sportwissenschaft eingeführt, welcher seit dem Wintersemester 2013 angeboten wird. Dieser umfasst die erforderlichen Inhalte, um nach erfolgreicher Absolvierung des Masterstudiums die Voraussetzungen für die Tätigkeit als Trainingstherapeut/in zu besitzen.

Bereits im Mai 2013 sind einige Personen, welche die entsprechenden Ausbildungen absolviert haben, in die Liste der trainingstherapieberechtigten Sportwissenschaftler/innen aufgenommen worden. Unklar ist allerdings, in welchen Bereichen diese Personen hauptsächlich tätig sind, und wie sich die Situation im Bereich der Trainingstherapie in der Psychiatrie darstellt. Daher liegt ein Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit in der Erforschung von Bedeutung und Stellenwert von Bewegung und Sport in der Therapie in psychiatrischen Einrichtungen Österreichs. Die Hauptfragestellung, die sich daraus ergibt, lautet:

- Wie ist der aktuelle Stand von Bewegung und Sport in der Therapie in psychiatrischen Einrichtungen in Österreich?

Weitere untergeordnete Fragestellungen betreffen spezifische Aspekte von Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess:

- Gehört in psychiatrischen Einrichtungen in Österreich Bewegung und Sport zum therapeutischen Angebot? Seit wann gehört in psychiatrischen Einrichtungen in Österreich Bewegung und Sport zum therapeutischen Angebot?
- Welchen Stellenwert hat Bewegung und Sport in der Therapie im Vergleich zu weiteren therapeutischen Verfahren?
- Welche Zielsetzungen und Ausrichtungen werden mit Bewegung und Sport in der Therapie verfolgt?
- Welche speziellen Therapieformen mit Bewegung und Sport werden angeboten?
- Werden die bestehenden Bewegungs- und Sportangebote von den medizinischen Mitarbeiter/innen als ausreichend empfunden?
- Welche Berufsgruppe führt Bewegungs- und Sportangebote im Rahmen der Therapie durch?
- Welche Ausbildung haben die im Bereich Bewegung und Sport in der Therapie arbeitenden Personen?
- Wie sind die Rahmenbedingungen für Bewegung und Sport in der Therapie? (Räumlichkeiten, Gerätesituation, Häufigkeit, Gruppengröße)
- Wie sieht die Vernetzung der stationären Bewegungs- und Sportangebote mit außerstationären Angeboten aus?
- Wie werden Bewegung und Sport in psychiatrischen Einrichtungen dokumentiert und schriftlich festgehalten?

In psychiatrischen Einrichtungen wird Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess zunehmend mehr Bedeutung zugeschrieben (Kleinagel, 2004). Welchen aktuellen Stellenwert Bewegung und Sport in diesem Zusammenhang speziell in Österreich haben, ist seit der Änderung des Sporttherapiegesetzes allerdings nicht ausreichend erforscht worden.

Daher widmet sich der erste Teil der vorliegenden Arbeit zum Thema „Bestandsanalyse zu Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess in psychiatrischen Einrichtungen Österreichs“ dem aktuellen Stellenwert von Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess, indem aktuelle Versorgungsstrukturen, speziell in der Psychiatrie, erläutert werden. In einem zweiten Teil wird der aktuelle Stellenwert von Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess in österreichischen Einrichtungen erforscht. Dazu wurde eine

online Fragebogen-Untersuchung durchgeführt, bei der die spezifischen Einrichtungen kontaktiert wurden. Anschließend werden die Ergebnisse der Auswertung zur Bestandsanalyse von Bewegung und Sport im therapeutischen Rahmen in Österreich, welche selbständig in Excel durchgeführt wurden, aufgezählt.

2. Sport und Bewegung im Gesundheits- und Sozialwesen

Seit Menschengedenken ist körperliche Aktivität ein bedeutsamer Bestandteil des täglichen Lebens (Lesch, Hofmann & Walter, 2007). Bewegung und Sport werden in nahezu jeder Kultur empfohlen, um Wohlbefinden und Gesundheit zu erreichen. In der ägyptischen und griechischen Geschichte wurden Lauf- und Wurfbewerbe durchgeführt, während in mexikanischen Kulturen Ballspiele und in der indianischen Kultur Reitbewerbe bevorzugt wurden.

Mit Beginn der Industrialisierung hat die körperliche Aktivität durch den erhöhten Arbeitsaufwand und die Ersetzung menschlicher Arbeitskräfte durch Maschinen stark abgenommen. Seit dem zweiten Weltkrieg ist körperliche Aktivität sehr stark mit Leistungsfähigkeit verbunden. Bessere körperliche Leistungen zu erbringen als die Konkurrenz ist das Hauptziel von Bewegung und Sport; subjektives Wohlbefinden rückt immer weiter in den Hintergrund. Auch heute noch ist körperliche Leistungsfähigkeit ein Hauptgrund sportlicher Betätigung, während Wohlbefinden vernachlässigt wird (Lesch et al., 2007).

Um subjektives Wohlbefinden zu erreichen, muss der Mensch in einem Gleichgewicht leben, welches sowohl psychische und soziale, als auch biologische Aspekte umfasst. Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess stärken den biologischen Aspekt und haben zusätzlich eine positive Wirkung auf psychischer und sozialer Ebene (Lesch et al., 2007).

Seelisches und körperliches Befinden sind in Gesundheit und Krankheit untrennbar verbunden. Da bei zahlreichen psychischen Erkrankungen der subjektive Kontakt zum eigenen Körper verloren geht, ist es bedeutsam Patient/innen zu ermutigen, diesen Kontakt durch Körperübungen schrittweise wieder aufzunehmen (Lesch et al., 2007).

2.1 Begriffsbestimmungen

2.1.1 Bewegungstherapie

Bewegungstherapie ist eine körperorientierte Therapie, die auf die Verbesserung psychophysischer Funktionen ausgerichtet ist. Körpererleben, Sensibilität, Ausdrucksfähigkeit und Entspannungsfähigkeit sollen durch diese Therapieform verbessert werden, indem hauptsächlich nonverbale Körperübungen durchgeführt werden. Neben den unmittelbaren Effekten der Bewegungserfahrung, wie erhöhte Erregung oder Ermüdung, sollen kommunikative Aspekte und Selbstinterpretation im Vordergrund stehen (Häcker & Stapf, 2009).

Weiters wird Bewegungstherapie als Sammelbegriff für therapeutische Konzepte, die durch aktive muskuläre Beanspruchung Erkrankungen, Defizite, Fehlverhalten oder psychosoziale Störungen behandeln wollen, verwendet. Im Vordergrund steht hierbei neben dem motorisch-physiologischen auch der emotional-affektive Bereich (Röthig & Prohl, 2003).

Teilbereiche der Bewegungstherapie sind Bewegungsübungen für einzelne Organe oder Körperteile, Sporttherapie, Sensomotorische Therapie, Sportförderunterricht für Kinder, psychomotorische Verfahren, Trainingstherapie, Bewegungspsychotherapie, Physiotherapie und Spieltherapie (Röthig & Prohl, 2003).

Zusammengefasst ist Bewegungstherapie ärztlich indizierte und verordnete Bewegung, die von dem/der Fachtherapeuten/in geplant und dosiert wird, gemeinsam mit einem/r Arzt/Ärztin kontrolliert und anschließend mit Patient/innen durchgeführt wird (Kapell, 2006).

2.1.2 Sporttherapie

Sporttherapie als Teilbereich der Bewegungstherapie wird als inhaltliche Konzeption beschrieben, die versucht, sportliche Aktivitäten mit Handlungsbezug zu realisieren, sowie Sport in Prävention und Rehabilitation zu integrieren (Röthig & Prohl, 2003). Die Sporttherapie verbindet Medizin, Rehabilitationswissenschaften und Sportwissenschaften. Ihre Einsatzfelder sind Betriebe, sowie ambulante und klinische Einrichtungen im Bereich Gesundheit und Rehabilitation, die teilweise eine sporttherapeutische Abteilung beinhalten. Ziel der Sporttherapie ist es, durch bewegungstherapeutische Interventionen gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen zu stärken, zu kompensieren und möglichst wiederherzustellen.

2.1.3 Trainingstherapie

In der Trainingstherapie werden Prinzipien, Inhalte und Methoden der Trainingswissenschaft innerhalb medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen eingesetzt. Da die Trainingstherapie ausschließlich bei Patient/innen angewandt wird, sollte sie ärztlich verordnet und überwacht werden. Sie wird sowohl im stationären, als auch im ambulanten Bereich eingesetzt, um funktionelle und morphologische Störungen des Bewegungssystems, sowie neurologische Krankheitsbilder zu behandeln. Ziel dieser komplexen Therapie ist die Wiederherstellung gestörter Funktionen in Beruf, Alltag, Freizeit und Sport. Die spezifischen Ziele sind vergleichbar mit jenen

physiotherapeutischer Maßnahmen, nämlich Schmerzfreiheit, Beweglichkeit, sowie die Wiederherstellung der normalen Belastbarkeit (Röthig & Prohl, 2003). Um Sporttherapie durchführen zu können, müssen spezifische Anforderungen im Bereich Medizin und Sportwissenschaft erfüllt werden. Die drei Hauptbereiche in denen Trainingstherapie zum Einsatz kommt sind Innere Medizin, Orthopädie und Neurologie/Psychiatrie.

2.2 Begründung der Sport- und Bewegungstherapie

Der Mensch kann seine Ziele alleine durch Bewegungshandlungen verwirklichen und muskuläre Aktivität ist der einzige Modus, womit Menschen mit ihrer physischen Umgebung interagieren können. Dadurch wird die hohe Bedeutung der motorischen Erziehung und des körperlichen Trainings während des gesamten Entwicklungsverlaufs deutlich (Schüle & Huber, 2012).

Bereits im 18. Jahrhundert erwähnt Goethe die Idee vom Primat der Motorik, welche bis heute erhalten ist. In den 1950er Jahren behauptet Sperry, dass das einzige Produkt der zerebralen Funktion die motorische Koordination ist. Zu dieser Zeit können auch die Anfänge von Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess gesehen werden. (Schüle & Huber, 2012)

In der Zeit unmittelbar nach 1950 ist der Schwerpunkt von Bewegung und Sport in der Therapie im Bereich der Rehabilitation angesiedelt. Sport wird vorwiegend zur Prävention und Rehabilitation von Zivilisationskrankheiten eingesetzt. Als Merkmal eines damaligen therapeutischen Sportkonzepts gilt vor allem seine ganzheitliche, systemische Ausrichtung (Deimel, 2008). In diesem Zusammenhang steht auch das Wissen über den menschlichen Organismus, seine Motorik und die Dynamik menschlicher Verhaltensweisen (Schüle & Huber, 2012). Diese ganzheitliche Sichtweise wird um den funktionellen und den psycho-sozialen Aspekt, sowie um gruppenspezifische Funktionen und Verhaltensänderungen erweitert (Deimel, 2008). All diese Aspekte verfolgen das Ziel, zu einer Verbesserung der Lebensqualität beizutragen.

Auf dem Gebiet der Psychiatrie hat sich zeitgleich eine stark ausgebildete sozialpsychiatrische Orientierung etabliert, welche die einseitigen Erklärungsansätze psychischer Krankheiten durch biologische Modelle ablehnt. Stattdessen rücken immer mehr bio-psycho-soziale Ansätze in den Vordergrund, welche die Bedeutung von normativen, gesellschaftlichen und sozioökonomischen Faktoren als Ursache psychischer Erkrankungen hervorheben (Deimel, 2008).

Um das Jahr 1970 wird in der theoretischen Darstellung der Motorik eine Unterscheidung zwischen Bewegung (movement) und Handlung (action) getroffen. Bewegung ist hierbei ein Begriff, um räumliche Versetzungen eines Objekts zu beschreiben. Handlung beschreibt hingegen die Lösung, mit der eine Person einem motorischen Problem in der Umwelt begegnet (Schüle & Huber, 2012). Die Ansicht des handelnden Menschen wird immer wichtiger und führt bis zum Vorschlag einer anthropologischen Physiologie und Medizin. Dabei wird auch betont, dass Bewegungen alleine keinen Sinn haben. Handlungen hingegen sind bedeutungsvoll und daher besser für therapeutische Vorgehensweisen geeignet (Schüle & Huber, 2012).

Sir Ludwig Guttmann ist 1967 einer der Ersten, der Sport als Mittel zur Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit Behinderung verstanden hat (Schüle & Huber, 2012).

Vor allem im Bereich psychiatrischer Versorgungsstrukturen gibt es zur damaligen Zeit große Mängel. Menschen mit Problemen im psychischen Bereich werden hauptsächlich in Großinstitutionen versorgt, wo ungünstige, weil einseitige Verhältnisse zwischen Therapeut/innen und Patient/innen herrschen. Außerdem sind die damaligen Einrichtungen eher auf Langzeitunterbringungen ausgelegt, wodurch Rehabilitation und Eingliederung in Arbeit und Gesellschaft in den Hintergrund gerückt werden. Weiters gibt es keine Überlegungen zum Bereich der Nachsorge, wodurch gesundete Patient/innen oftmals schnell wieder erkranken. Aus diesen Gründen wurde eine komplette Reformierung der psychiatrischen Versorgung gefordert, welche nach dem Vorbild skandinavischer Modelle durchgeführt werden soll (Deimel, 2008).

In den 1990er Jahren ist nachgewiesen worden, dass körperliche Bewegung nur dann regelmäßig durchgeführt wird, wenn sie mit Vergnügen und Wohlbefinden verknüpft ist (Schüle und Huber, 2012). Daher ist eines der Hauptziele von therapeutischen Bewegungsprogrammen Wohlbefinden und Freude an körperlicher Aktivität zu erreichen.

Aus humanistischer Perspektive wird betont, dass Gesundheitspflege personenzentriert sein soll. Dazu ist es wichtig, Personen nicht als Objekt, sondern als Subjekt der Maßnahmen anzusehen. Außerdem soll durch Therapie nicht Krankheit vermieden, sondern Gesundheit gefördert werden (Schüle & Huber, 2012).

Neben dieser humanistischen Sichtweise besteht zur heutigen Zeit auch eine dynamische Sichtweise. Diese betont, dass zur Verbesserung der Motorik keine Reparatur von beschädigten Strukturen notwendig ist, sondern eine komplette Reorganisation der Körperdynamik. Dazu sind motorisches Training und multifaktorielles Lernen besonders geeignet. Personen mit Dysfunktionen werden im dynamischen Ansatz als Personen

angesehen, die die Aktionen des täglichen Lebens wieder lernen müssen (Schüle & Huber, 2012).

Heute wird zwischen Bewegungstherapie, Trainingstherapie und Sporttherapie unterschieden (Röthig & Prohl, 2003). Während Trainingstherapie sehr eng mit Physiotherapie verwandt ist, werden in der Sporttherapie unter dem Begriff „Sport“ fast alle Aktivitäten zusammengefasst, die mit physischen und mentalen Bewegungen zu tun haben (Schüle & Huber, 2012).

Der übergeordnete Begriff der Bewegungstherapie, welche auch die Sport- und Trainingstherapie umfasst, ist eine ärztlich indizierte und verordnete Bewegung, welche vom Fachtherapeuten unter ärztlicher Aufsicht und Anleitung geplant und durchgeführt wird (Schüle & Huber, 2012).

2.3 Elemente der Sport- und Bewegungstherapie

Einige strukturelle Elemente sind für den gesamten Arbeitsbereich der Sport- und Bewegungstherapie grundlegend. Diese Elemente, nämlich die unterschiedlichen Arbeitsebenen, die Mehrdimensionalität der Therapie und die angestrebte Professionalisierung, sollen in diesem Kapitel betrachtet werden.

2.3.1 Arbeitsebenen

Sporttherapeutisches Arbeiten wird auf drei übergeordnete Bereiche bezogen (Schüle & Huber, 2012):

- **Konzeption:** der Bereich der Konzeption schließt alle planerischen und organisatorischen Tätigkeiten sporttherapeutischen Arbeitens ein. Damit sind sowohl Gesamtkonzepte der bewegungstherapeutischen Abteilung, als auch Planungen von einzelnen Übungseinheiten gemeint.
- **Realisation:** der Bereich der Realisation bezieht sich auf die Durchführung und Anleitung sporttherapeutischer Einheiten.
- **Evaluation:** die Evaluation stellt einen bedeutenden Teil therapeutischer Verfahren dar. Erst nach der Überprüfung durchgeführter sportlicher Maßnahmen kann man Sport als Bewegungs- und Sporttherapie bezeichnen. Die Erreichung im Bereich der Konzeption gesetzter Ziele wird kontrolliert.

Konzeption, Realisation und Evaluation stellen sehr bedeutsame Arbeitsebenen in der Arbeit mit Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess dar, und können somit als

Schlüsselqualifikationen der Bewegungs- und Sporttherapeut/innen gesehen werden. Auch im Bereich des Qualitätsmanagements wird auf diese drei Ebenen eingegangen. Hier bilden Qualitätsplanung, Qualitätssteuerung und Qualitätsdarlegung die Ebenen sporttherapeutischer Interventionen, mit dem Ziel einer permanenten Qualitätssteigerung und Optimierung. (Schüle & Huber, 2012)

2.3.2 Mehrdimensionalität

Die Bewegungs- und Sporttherapie ist ein mehrdimensionaler Arbeitsbereich, der sich nicht ausschließlich auf körperliche Aspekte konzentriert. Neben funktionellen werden auch psychosoziale und pädagogische Ziele verfolgt. Allerdings ermöglicht erst das Zusammenspiel dieser drei Bereiche therapeutische Wirksamkeit (Schüle & Huber, 2012).

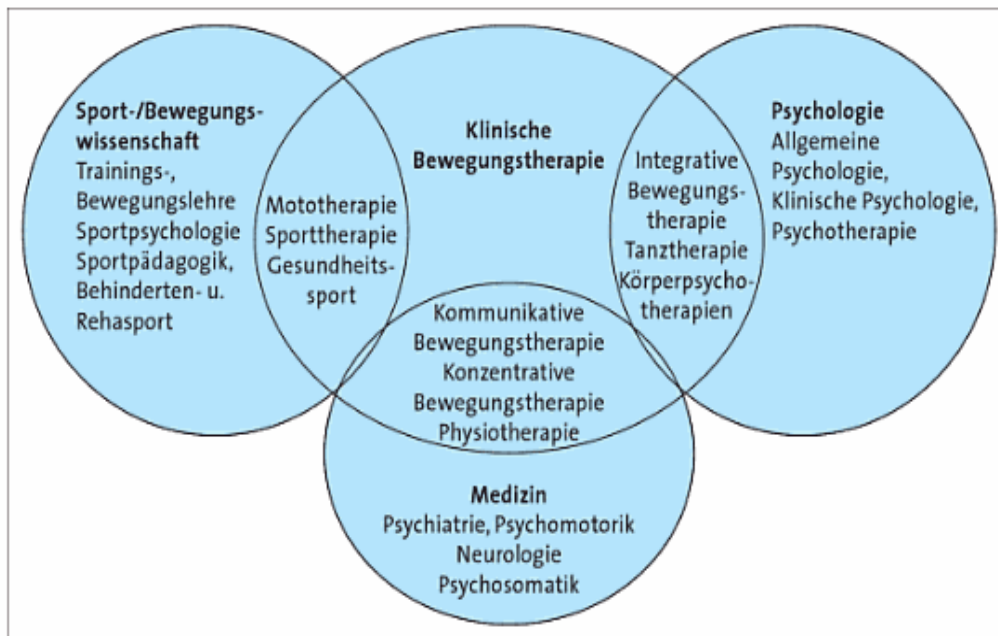


Abbildung 1: Bewegungstherapie als Schnittstelle zwischen Sport- und Bewegungswissenschaften, Medizin und Psychologie (Hölter, 2011, S.77)

Hölter (2011) sieht die klinische Bewegungstherapie als Schnittmenge zwischen Sport- und Bewegungswissenschaften, Medizin und Psychologie. Abbildung 1 verdeutlicht diese Interdisziplinarität anschaulich. Themen die sowohl in der Sport- und Bewegungswissenschaft, als auch in der klinischen Bewegungstherapie behandelt werden, sind Mototherapie, Sporttherapie und der große Bereich des Gesundheitssports. Überschneidungen zur Psychologie treten in den Bereichen integrative Bewegungstherapie, Tanztherapie und Körperpsychotherapien auf. Die Überlappungen

zur Medizin sind in den Bereichen kommunikative und konzentrierte Bewegungstherapie, sowie in der Physiotherapie zu finden.

Bewegungswissenschaftliche Themen, die vom Bereich der klinischen Bewegungstherapie ausgeschlossen werden, sind Trainings- und Bewegungslehre, Sportpsychologie und Sportpädagogik in Schul- und Leistungssport, sowie Behinderten- und Rehasport in eigenen Einrichtungen. Ausschließlich medizinische Themen sind Psychiatrie, Psychomotorik, Neurologie und Psychosomatik. Diese Arbeitsbereiche sind kein Bestandteil der klinischen Bewegungstherapie und werden nicht gekoppelt mit Bewegung und Sport durchgeführt. Die allgemeine Psychologie, klinische Psychologie und die Psychotherapie sind ebenfalls Bereiche, die aus dem Arbeitsfeld der klinischen Bewegungstherapie herausfallen und ausschließlich in der Psychologie thematisiert und behandelt werden. Sie können allerdings in einem therapeutischen Prozess parallel zu Bewegungs- und Sportangeboten durchgeführt werden (Hölter, 2011).

2.3.3 Professionalisierung

Im Rahmen der Gesetzesnovelle bezüglich der bewegungstherapeutischen Tätigkeit von Sportwissenschaftler/innen hat ein großer Schritt in Richtung der Professionalisierung des Arbeitsbereichs der Bewegungs- und Sporttherapie stattgefunden. Bundesministerium für Gesundheit (2013), in BMG, URL: <http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Beiraete/Trainingstherapiebeirat> (Stand: 5.2.2014).

Auf dem Weg zur Professionalisierung der Bewegungstherapie werden folgende Schritte genannt, welche in der Gesetzesnovelle von 2012 enthalten sind (Schüle & Huber, 2012):

- Definition des Tätigkeitsbereiches
- Schaffung eines Qualifikationssystems
- Entwicklung von Maßnahmen zum Qualitätsmanagement
- Berufspolitische Organisation und Vertretung

2.4 Einsatzfelder der Bewegungs- und Sporttherapie

Die Einsatzfelder der Bewegungstherapie sind sehr umfangreich. Einerseits kommt Sport im therapeutischen Prozess eine Vermittlerfunktion zwischen klinisch-stationärem und ambulantem Bereich zu, andererseits stehen Therapieprozesse und die Vermittlung eigenverantwortlicher und gesundheitsorientierter Lebensgestaltung im Vordergrund bewegungs- und sporttherapeutischer Maßnahmen. Außerdem müssen alle

Therapeut/innen, die im Bereich Bewegung und Sport arbeiten, eine Zusatzqualifikation im sportpädagogischen Bereich vorweisen (Schüle & Huber, 2012).

Es lassen sich folgende Einsatzfelder der Bewegungs- und Sporttherapie nennen (Schüle & Huber, 2012):

- Klinische und ambulante Therapie
- Rehabilitationssport
- Gesundheitssport und Fitnesscenter
- Betriebliches Gesundheitsmanagement
- Kostenträger und Verbände
- Sonstige Einsatzfelder

2.4.1 Klinische und ambulante Therapie

Die Entwicklung der Bewegungs- und Sporttherapie hat sich in den letzten 30 Jahren vor allem im klinischen Bereich vollzogen. Durch die steigende Anzahl an Herzpatient/innen kam die Idee auf, bereits in Rehabilitationseinrichtungen auf Bewegung und Sport vorzubereiten. Sportpädagogik und Sporttherapie wollen Patient/innen dazu bringen, ein gesundes und aktives Leben zu führen. Derzeit wird der orthopädische und neurologische Bereich stark von Physiotherapeut/innen dominiert, doch mehr und mehr bekommen auch sporttherapeutische Verfahren ihren Zugang zur Behandlung. Die Sichtweise, dass jede Bewegung in ihrem umweltlichen Kontext zu verstehen ist, setzt sich immer mehr durch. Hier wird sich in den nächsten Jahren voraussichtlich der größte Wandel in Bezug auf Bewegungs- und Sporttherapie vollziehen (Schüle & Huber, 2012).

In Kliniken der Psychiatrie und Psychosomatik ist ein Problembereich der Sporttherapie, dass sie hauptsächlich in Gruppen durchgeführt wird, während andere Verfahren fast ausschließlich in Einzeltherapie angeboten werden. Obwohl man in diesem Bereich eine Aufgeschlossenheit gegenüber gruppentherapeutischen Verfahren annehmen könnte, setzt sich diese Therapieform nur langsam durch. Dabei liegt die Vermutung nahe, dass gerade Bewegung in einer Gruppe für die Rehabilitand/innen die Chance bietet, ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, welche von der Weltgesundheitsorganisation gefordert wird, angemessen zu verwirklichen (Schüle & Huber, 2012).

Die derzeit größte Anerkennung bekommt die Bewegungs- und Sporttherapie im ambulanten Bereich der orthopädisch-traumatologischen Rehabilitation. Ein weiteres wichtiges Einsatzfeld stellen Disease-Management-Programme dar, welche auf eine

Qualitätsverbesserung der Behandlung für chronisch kranke Menschen abzielen (Schüle & Huber, 2012). Seit 2004 haben einige Krankenkassen bereits Bewegungsprogramme als Ergänzung zu traditionellen Behandlungen bei chronischen Erkrankungen aufgenommen.

2.4.2 Rehabilitationssport

Durch Sport in der Rehabilitation von Krankheiten sollen erzielte Erfolge einer Rehabilitationsbehandlung gefestigt, ausgebaut oder sogar verbessert werden. Es wird vermehrt auf professionelle Sporttherapeut/innen vertraut, um die Qualität der sportlichen Interventionen zu sichern. Diese finden sowohl im Bereich der physischen, als auch der psychischen Rehabilitation statt (Schüle & Huber, 2012).

2.4.3 Gesundheitssport und Fitnesscenter

Derzeit werden von Krankenkassen und Kliniken spezielle Gesundheitszentren eingerichtet, die eine große Bandbreite an Programmen anbieten. Säuglingsschwimmen oder Mutter-Kind-Turnen gehört genauso zum Angebot wie Rehabilitationsangebote oder Senior/innensport, wodurch sich für Bewegungs- und Sporttherapeut/innen ein breites Berufsfeld ergibt. Ähnliches findet in gesundheitsorientierten Fitnesscentern statt. Hier werden Angebote zur Prävention durchgeführt, welche teilweise von Krankenkassen abgerechnet werden (Schüle & Huber, 2012).

2.4.4 Betriebliches Gesundheitsmanagement

In den Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements fällt vor allem die gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung, wofür sporttherapeutisches Gedankengut wesentlich ist. Ein weiterer Punkt ist die berufliche Wiedereingliederung von Personen nach längerer Arbeitsunfähigkeit (Schüle & Huber, 2012). Dazu wird eine enge Zusammenarbeit zwischen Betriebsarzt/ärztin und Sporttherapeut/in gefordert. Weiters wird im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements die Eingliederung von Menschen mit körperlichen oder psychischen Beeinträchtigungen diskutiert und optimiert, indem vermehrt sporttherapeutische Kompetenzen gefragt werden. Zusammenfassend lässt sich das betriebliche Gesundheitsmanagement in folgende, bereits erläuterte Hauptpunkte unterteilen (Schüle & Huber, 2012):

- Arbeits- und Gesundheitsschutz

- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Betriebliches Eingliederungsmanagement

2.4.5 Kostenträger und Verbände

Schüle und Huber (2012) nehmen an, dass in näherer Zukunft die Kostenträger immer mehr an Einfluss auf die Gesundheitspolitik gewinnen werden. Bei der Behandlung chronisch kranker Personen nimmt die Bedeutung der Hilfe zur Selbsthilfe und diverser Gesundheitsschulungen, um das Wissen über Krankheiten und deren Prävention und Rehabilitation zu erweitern, ständig zu. In diesem Bereich, wie auch an diversen Beratungsstellen, sowie in größeren Vereinen und Verbänden werden sich in Zukunft viele Arbeitsplätze für Sporttherapeut/innen ergeben.

2.4.6 Sonstige Einsatzfelder

Durch die Neuorientierung von Kur-Zentren, Thermen, Hotels und sport- und behindertentouristischen Aktivitäten erschließen sich weitere bewegungs- und sporttherapeutische Arbeitsfelder (Schüle & Huber, 2012).

2.5 Ziele der Bewegungs- und Sporttherapie

Um die Ziele der Bewegungs- und Sporttherapie zu erläutern muss zuerst eine Unterscheidung zwischen allgemeiner und spezieller Bewegungs- und Sporttherapie getroffen werden. Während sich die speziellen Maßnahmen vorwiegend auf Struktur- und Funktionsdefizite, sowie auf Aktivitätseinschränkungen von Einzelpersonen konzentrieren, liegen der allgemeinen Bewegungs- und Sporttherapie eher psychosoziale Aspekte von Personengruppen zugrunde (Schüle & Huber, 2012).

In der speziellen Bewegungs- und Sporttherapie versucht man durch körperliche Aktivität funktionelle Anpassungen zu erzielen. Darunter fallen unter anderen die Bereiche der Atmung, Motorik, Muskelfunktion, Kreislauf oder Alltagsaktivitäten. Die einzelne Person steht hierbei im Vordergrund. (Schüle & Huber, 2012)

Die allgemeine Bewegungs- und Sporttherapie versucht hingegen Teilhabestörungen und gesellschaftliche Desintegrationen zu verbessern. Die Ziele der allgemeinen Form von Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess sind also die Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten, der Lebensqualität und des subjektiven Wohlbefindens. Damit soll

soziale Integration und gegebenenfalls ein beruflicher Wiedereinstieg ermöglicht werden. (Schüle & Huber, 2012)

Im therapeutischen Prozess setzt die spezielle Bewegungs- und Sporttherapie schon sehr früh an, während die allgemeine Bewegungs- und Sporttherapie für gewöhnlich erst in der Rehabilitation angesiedelt ist (Schüle & Huber, 2012).

Hölter (2011) nennt drei übergeordnete Ziele der Bewegungs- und Sporttherapie:

- Ziele mit einem somatisch-funktionellen Akzent: in diesen Bereich fallen die Stabilisierung des Wohlbefindens, die Minderung von Risikofaktoren und die Stärkung körperlicher Ressourcen.
- Ziele mit einem edukativ-psychosozialen Akzent: hierunter fallen die Vermittlung von Wissen und diversen Strategien, das Erlernen bewegungsbezogener Kompetenzen und die Stärkung psychosozialer Ressourcen.
- Ziele mit einem psychotherapeutischen Akzent: darunter fallen die Begleitung einer verbalen Therapie mit Bewegungstherapie.

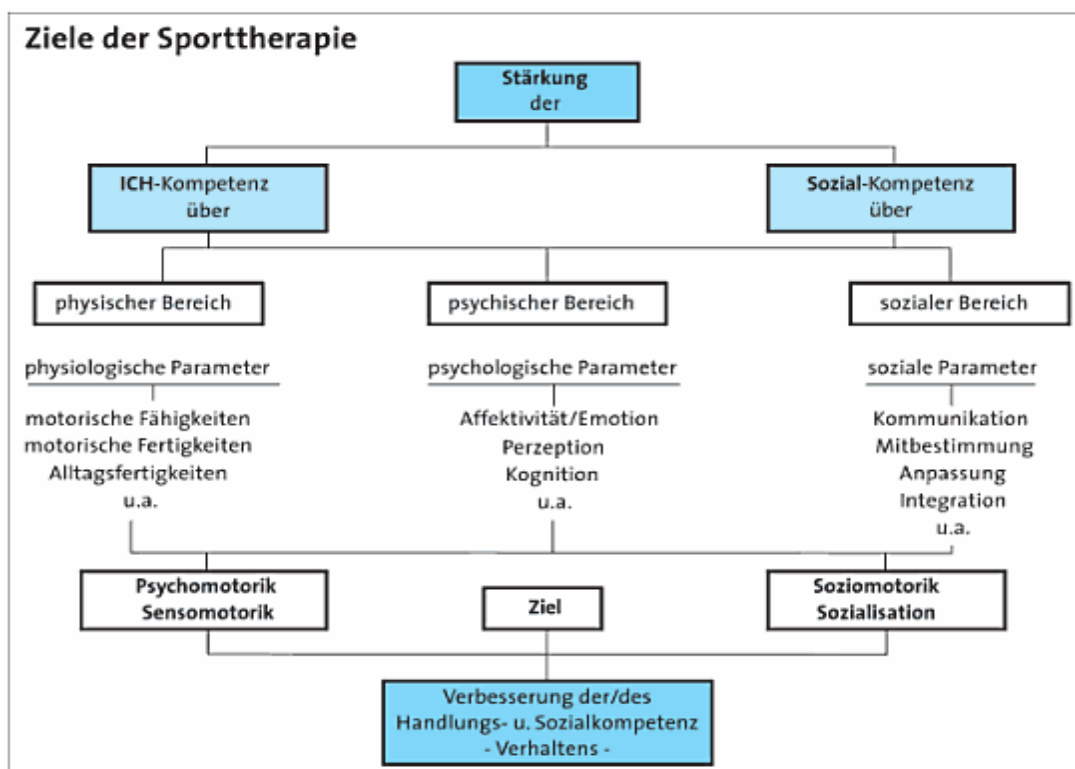


Abbildung 2: Ziele der Sporttherapie (Schüle & Huber, 2012, S.31)

Abbildung 2 verdeutlicht die Ziele von körperlicher Aktivität im therapeutischen Prozess anschaulich. Grundsätzlich wird hierbei zwischen Stärkung der Ich-Kompetenz und

Stärkung der Sozialkompetenz unterschieden. Diese beiden Hauptziele werden über drei Teilbereiche, den physischen, den psychischen und den sozialen Bereich, beeinflusst.

Physiologische Parameter sind hierbei im körperlichen Bereich anzusiedeln. Unter anderen werden besonders motorische Fähigkeiten und Fertigkeiten, sowie Alltagsfertigkeiten genannt. Zusammengefasst werden diese Teilbereiche unter den Begriffen Psychomotorik oder Sensomotorik.

Im sozialen Bereich werden Kommunikation, Mitbestimmung, Anpassung und Integration besonders hervorgehoben. Diese werden unter den Begriffen Soziomotorik oder Sozialisation zusammengefasst.

Dazwischen liegt der psychische Bereich mit den Parametern Affektivität/Emotion, Perzeption und Kognition.

Als daraus folgendes, und somit Hauptziel der Bewegungs- und Sporttherapie, nennen Schüle und Huber (2012) die Verbesserung der Handlungs- und Sozialkompetenz, sowie die Verbesserung des Handlungs- und Sozialkompetenzverhaltens.

Ziele in der Bewegungs- und Sporttherapie beruhen auf für das Gesundheitssystem geltenden Annahmen und Werten, wodurch eine große Bandbreite an Interpretationsmöglichkeiten existiert (Hölter, 2011). Die Zieltiefe, also wie tief die Realisierung des gesetzten Ziels in die Persönlichkeit und die private Lebensführung eines/einer Patienten/in eingreift, ist dabei unterschiedlich. Bei der Beseitigung von Leiden und der Herstellung von Wohlbefinden ist die Zieltiefe geringer als bei kausalen Veränderungen durch die Bearbeitung von Konflikten. Eine noch größere Zieltiefe weist zum Beispiel die Stärkung von Ressourcen sowie eine Verminderung von Stressoren auf. Die größte Zieltiefe wird bei Verfahren zur Persönlichkeitsreifung, Sinnfindung oder bei spiritueller Erfüllung erreicht. (Hölter, 2011)

Weiters müssen in der Zielformulierung therapeutischer Prozesse allgemeine ethische Richtlinien und Rechtsnormen berücksichtigt werden. Darauf aufbauend können nach zwei Zielentscheidungsmodelle unterschieden werden: das Dienstleistungsmodell und das paternalistische Modell (Hölter, 2011).

Beim Dienstleistungsmodell definiert der/die Patient/in selbst sein/ihr Ziel und bespricht die Maßnahmen zur Zielerreichung mit dem/der Therapeuten/in. Die Durchführung der besprochenen Behandlung wird von dem/der Therapeuten/in erledigt.

Bei dem paternalistischen Modell weiß der/die Therapeut/in, was für den/die Patienten/in das Beste ist und definiert als Experte/in die Vorgehensweise und Ziele der Interventionen.

Eine Mischform dieser beiden genannten Modelle ist das Verhandlungsmodell. Dabei legen Patient/in und Therapeut/in ihre Vorstellungen dar, wägen gemeinsam Vorteile und Nachteile ab und einigen sich anschließend auf eine gemeinsame Zieldefinition. (Hölter, 2011)

2.6 Psychische Gesundheit und Bewegung

Gesundheit wird in westlichen Industrieländern als organmedizinisch, funktionell und körperlich verstanden (Hölter, 2011). Die Grenzen dieser Klassifikation werden bei Krankheiten deutlich sichtbar, welche sowohl funktionelle, als auch psychische Aspekte beinhalten. Bereits 1946 beinhaltet die Definition von Gesundheit, welche die Weltgesundheitsorganisation aufgestellt hat, sowohl körperliche als auch geistige und soziale Aspekte. In den 1960er Jahren gewinnt der Begriff der Lebensqualität an Bedeutung. Diese umfasst nach Hölter (2011) folgende Bereiche:

- Gesellschaftliche Gerechtigkeit bei der Verteilung von Chancen und Ressourcen
- Grad der Demokratisierung und Partizipation
- Harmonisierung der Arbeitswelt
- Umweltschutz
- Erziehungswesen
- Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Das macht deutlich, dass körperliche Gesundheit nur ein Teilaspekt der Lebensqualität ist. So vermindert sich die Definitionsmacht der Medizin, die über Gesundheit und Krankheit und damit die Zuwendung des Versorgungssystems entscheidet. (Hölter, 2011)

Daraus ergeben sich unterschiedliche Indikatoren für Gesundheit, welche sich auf allgemeines Wohlbefinden, auf physische und psychische Leistungsfähigkeit, das Verhalten in sozialen Anforderungen, physiologische Parameter und Körperreaktionen, sowie auf Aspekte der Haltung und des Aussehens beziehen. Besonders schwierig ist hierbei die objektive Messung der psychischen Gesundheit. Daher gewinnen in diesem Bereich Selbsteinschätzungen, Fremdbeobachtungen und die gesellschaftliche Reaktion auf ein gezeigtes Verhalten an Bedeutung. (Hölter, 2011)

Hölter (2011) unterscheidet zwei Interpretationen von Gesundheit. Die häufigste Ansicht von Gesundheit wird als Gleichgewicht dargestellt. Dabei wird häufig der Begriff der Homöostase verwendet, oder die traditionelle Sicht von einer Harmonie der Säfte, wie bei Hippokrates und Galen. Auch Yin und Yang stellen in der chinesischen Medizin ein

solches Gleichgewichtskonzept dar. Gesundheit wird in diesem Ansatz als Gleichgewicht angesehen, Krankheit als Ungleichgewicht, wodurch alle Maßnahmen, die der Erhaltung dieses Gleichgewichts dienen, als Gesundheitsförderung bezeichnet werden.

Die zweite Ansicht ist jene der Heterostase. Dabei wird das Leben als ständiges Ungleichgewicht oder Konflikt zwischen unterschiedlichen Einflussfaktoren gesehen. Krankheit ist im Konzept der Heterostase der Normalzustand, denn sowohl psychische als auch physische Beschwerden begegnen dem Menschen ständig. Daraus ergibt sich, dass Gesundheit ein sich ständig wandelnder, dynamischer Prozess der Anpassung an unangenehme Bedingungen ist. Hierfür wird in neueren Konzepten oft der Begriff der Resilienz verwendet, der eine flexible Anpassung an äußere Umstände bezeichnet (Hölter, 2011).

Personen mit psychischen Problemen betreiben weniger Sport als gesunde Menschen, wodurch das Risiko an kardiovaskulären Krankheiten zu leiden, deutlich steigt (Huber, Brooks & Meyer, 2008). Deshalb sollten Personen mit psychischen Krankheiten regelmäßig an Bewegungsprogrammen teilnehmen. Diese haben außerdem nicht nur eine positive Wirkung auf körperliche Beschwerden, sondern können neben allgemeinen und das Selbstbewusstsein stärkenden Effekten auch positiv auf krankheitsspezifische Symptome wirken. Huber et al. (2008) haben nachgewiesen, dass durch häufige körperliche Aktivität Angsterkrankungen und Depressionen positiv beeinflusst werden können.

Etwa 25 Prozent der in der Europäischen Union lebenden Menschen sind einmal im Jahr von psychischen Problemen betroffen und die Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen steigt mit hoher Dynamik an (Huber et al., 2008).

In der Psychiatrie wird Bewegung und Sport als Mittel zum Zweck verwendet. Durch körpertherapeutische Verfahren, wie zum Beispiel Entspannungstechniken, sollen psychische Krankheiten behandelt werden (Huber et al., 2008).

In der psychosomatischen Rehabilitation kommt vermehrt auch Sport- und Trainingstherapie zum Einsatz. Dabei stehen neben der Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit die antidepressive Wirkung von Sport, sowie eine Verbesserung des Selbstvertrauens im Vordergrund. Durch die schnell spürbaren Fortschritte in diesem Bereich wird auch eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit erreicht (Huber et al., 2008).

Auch in der ambulanten Psychotherapie wird Bewegung und Sport vermehrt eingesetzt. Allerdings gibt es kaum Studien über die Wirkung von körperlicher Aktivität in diesem Bereich der Therapie (Huber et al., 2008).

Allgemein lassen sich drei große Bereiche nennen, die durch Bewegungstherapie beeinflusst werden (Huber et al., 2008):

- Physiologisch-biochemische Mechanismen
- Psychosoziale Mechanismen
- Krankheitsspezifische Mechanismen

Auf Ebene der physiologisch-biochemischen Mechanismen wurden Veränderungen des vegetativen Nervensystems und des Hormonhaushalts durch regelmäßiges Ausdauertraining nachgewiesen, welche eine Verbesserung der Krankheitssymptome bewirken. Auch im Bereich der psychosozialen Mechanismen konnten positive Wirkungen durch körperliche Aktivität bestätigt werden, welche allerdings stark von der jeweiligen Erkrankung abhängig sind. Für einige psychische Krankheiten liegen klare Erkenntnisse über körperliche Ursachen vor, welche ebenfalls durch regelmäßige sportliche Betätigung vermindert werden können. (Huber et al., 2008).

Die Wirkungen von Bewegung und Sport auf die seelische Gesundheit werden unter den folgenden vier Punkten zusammengefasst (Huber et al., 2008):

- Es liegen zahlreiche Studien vor, die einen positiven Effekt von körperlicher Aktivität in Form einer Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens und einer Reduktion von Angst bestätigen.
- Sport verbessert die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter.
- Für bestimmte psychosomatische Erkrankungen können Bewegung und Sport ein hohes therapeutisches Potential entwickeln.
- Die Forschungen über die Wirksamkeit von Bewegung im therapeutischen Prozess müssen weiter fortgesetzt werden. Während es zahlreiche Ergebnisse zum Einfluss von Sport auf eine Depression gibt, ist der Bereich der Schizophrenie kaum erforscht worden.

Auch der festgestellte Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität, verbesserter sozialer Interaktion und aktiver Freizeitgestaltung spricht für den Einsatz von Bewegung und Sport in der Behandlung psychischer Erkrankungen (Huber et al., 2008).

2.6.1 Gesundheitsmodelle

Ein Gesundheitsmodell, das oft in Zusammenhang mit Sport genannt wird ist das Risikofaktorenmodell (Hölter, 2011). Dabei werden Risikofaktoren identifiziert, die eine

spätere Krankheit bewirken könnten. Diese Faktoren werden in drei Hauptgruppen unterteilt. Die erste Gruppe sind angeborene, genetische, physiologische oder psychische Dispositionen, die meist seit der Geburt eines Menschen vorhanden sind. Die zweite Gruppe sind bestimmte Verhaltensweisen, die eine Krankheit begünstigen können. Dazu zählt zum Beispiel Alkoholkonsum oder das Rauchen von Zigaretten. Die dritte Risikogruppe stellen umweltbezogene Faktoren dar, wie dauerhafte Lärmbelästigung oder schwierige sozio-ökonomische Verhältnisse (Franke, 2006).

Dieses Modell beruht auf dem statistischen Zusammenhang zwischen diversen Lebensumständen und vermutlich daraus entstehenden Krankheiten. Daher wird im Risikofaktorenmodell die Forderung nach körperlicher Aktivität immer stärker. Hölter (2011) erwartet sich durch Bewegung und Sport sowohl positive Wirkungen auf die körperliche Gesundheit, als auch auf die psychische Befindlichkeit. Außerdem soll durch die regelmäßige Durchführung von Sportprogrammen ein gesunder Lebensstil gefördert werden und Verhaltensweisen, die eine Krankheit begünstigen würden, minimiert werden.

2.6.2 Wohlbefindensmodelle

Wohlbefindensmodelle unterscheiden zwischen körperlich-physischem, psychischem und sozialem Wohlbefinden, wie sie in der Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation genannt werden (Hölter, 2011). Aus Einzeluntersuchungen an gesunden Personen wird geschlossen, dass durch Sport die soziale Einbindung gefördert wird, sowie die Selbstwahrnehmung verbessert wird (Wagner & Brehm, 2008). Daher hat Sport einen positiven Effekt auf das soziale sowie psychische Wohlbefinden. Sport trägt außerdem zur Entwicklung des Körpergefühls bei, bewirkt eine Verbesserung des Wohlbefindens, und steigert somit das Selbstvertrauen (Coakley, 2011). Außerdem hat Bewegung eine positive Wirkung auf Depressions- und Angsterkrankungen, indem die allgemeine Stimmung und das Wohlbefinden verbessert werden. (Schumacher Dimech & Seiler, 2011)

2.6.3 Bewältigungsmodelle

Die meisten Bewältigungsmodelle beziehen sich auf die Bewältigung von Stress (Hölter, 2011). Unter Stress versteht man eine subjektiv unangenehm empfundene Situation, von der eine Person negativ beeinflusst wird (Häcker & Stapf, 2009). Durch die Ausschüttung von Stresshormonen wie Adrenalin und Cortisol, kommt es nachweislich zu somatischen Schädigungen des Organismus. Meist wird in Überforderungssituationen Stress ausgelöst, der sowohl körperliche als auch psychische Konsequenzen zur Folge hat. Um

dem entgegen zu wirken, sollen planvolle sportliche Aktivitäten durchgeführt werden, die eine positive Stressverarbeitung zur Folge haben. Auch Atemübungen, autogenes Training oder die progressive Muskelrelaxation sind Verfahren, die in akuten Stresssituationen entlastend wirken. (Hölter, 2011)

Fuchs (2003) hat ein Modell entworfen, in dem körperliche Aktivität fünf positive Wirkungen auf Gesundheitsressourcen hat: direkt, protektiv, präventiv, Ressourcen stärkend und Ressourcen schützend. Im direkten Einfluss kann körperliche Aktivität die körperliche Gesundheit stärken. So wirkt zum Beispiel moderates Ausdauertraining gesundheitsförderlich auf das Herz-Kreislauf-System (Weineck, 2004). Als protektiven Faktor kann man zum Beispiel eine aufrechte und sichere Körperhaltung bezeichnen, welche eine innere Kraft gibt, die Stress abpuffern kann (Hölter, 2011). Sport allgemein hat eine präventive Wirkung auf unterschiedliche Krankheiten, wie Diabetes, Bluthochdruck oder Übergewicht. Ein Unterpunkt der präventiven Gesundheitsressourcen ist die Ressourcenstärkung. Ein ausgeprägt gestärktes Selbstwertgefühl kann die Bewertung von Stresssituationen beeinflussen und dadurch indirekt positiv auf die Gesundheit wirken. Auch die Ressourcen schützende Wirkung hat keinen direkten Einfluss auf die menschliche Gesundheit (Hölter, 2011). Sie kann allerdings Faktoren beeinflussen, die für die Gesundheit bedeutsam sind. So kann zum Beispiel der Erhalt eines sozialen Netzwerkes als Ressource genutzt werden um einer Vereinsamung entgegen zu wirken.

2.6.4 Salutogenesemodell

In der salutogenetischen Sichtweise geht es darum, wie gesundheitsförderliche Faktoren identifiziert und gestärkt werden können. Hölter (2011) nennt in diesem Zusammenhang fünf Faktoren, die einen direkten Einfluss auf die Gesundheit haben:

- Soziale und wirtschaftliche Faktoren, wie zum Beispiel der Arbeitsplatz oder soziale Bedingungen am Arbeitsplatz
- Umweltfaktoren, wie zum Beispiel Wohnbedingungen oder soziale Netzwerke
- Lebensstil und die aktive Gestaltung des Alltags, gesunde Ernährung und der Konsum von Suchtmitteln
- Psychologische Faktoren, wie die Stärkung des Selbstkonzepts
- Zugang zu gesundheitsstärkenden Institutionen wie Tageskliniken, Bildungseinrichtungen oder Vereinen

In der Salutogenese steht die Frage im Mittelpunkt, warum Menschen trotz zahlreicher gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund bleiben (Häcker & Stapf, 2009). Gesundheit und Krankheit sind keine sich gegenseitig ausschließende Zustände, sondern entgegengesetzte Pole auf einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum. Der Gesundheits- oder Krankheitszustand einer Person wird wesentlich durch eine individuelle, psychologische Einflussgröße bestimmt, nämlich das Kohärenzgefühl. Dieses beschreiben Häcker und Stapf (2009) als eine Grundhaltung, die ein Individuum gegenüber der Welt und dem eigenen Leben hat. Je ausgeprägter es bei einer Person ist, desto gesünder ist sie. Das Kohärenzgefühl setzt sich zusammen aus den Gefühlen von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit.

1979 wird das Salutogenesemodell von dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky erstmals erläutert (Hölter, 2011). Die Zuschreibung, wo eine Person sich auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit (Healthese) und Krankheit (Disease) befindet hängt von gesellschaftlich definierten Kriterien ab, wie Schmerz, funktionellen Einschränkungen, Expertenmeinungen, sowie von der Berechtigung auf eine Behandlung. Diese Kriterien beruhen wiederum auf individuellen Einschätzungen wie subjektives Schmerzempfinden, aber auch auf gesellschaftlichen Normen wie zum Beispiel dem Zeitpunkt, wann eine medizinische Behandlung für notwendig erachtet wird. Dadurch wird deutlich wie sehr im Salutogenesemodell subjektives Erleben und Zuschreibungen von außen miteinander verflochten sind (Hölter, 2011).

Das Ausmaß von Gesundheit oder Krankheit hängt von dem Verhältnis zwischen Stressoren und Ressourcen ab (Hölter, 2011). Stressoren sind dabei jene Faktoren, die in physikalischer oder psychosozialer Hinsicht auf einen Organismus wirken. Die Ressourcen sind genetische und psychosoziale Eigenschaften einer Person, die einer Krankheitsentwicklung entgegenwirken. Sowohl Stressoren als auch Ressourcen können durch Erziehung oder Therapie von außen beeinflusst werden.

Seit den 1980er Jahren werden durch das Salutogenesemodell in der Sport- und Bewegungswissenschaft Wirkungen gesundheitssportlicher und therapeutischer Aktivitäten erklärt (Hölter, 2011).

2.7 Beschreibung ausgewählter Methoden der Bewegungs- und Sporttherapie

Um die Methoden der Sport- und Bewegungstherapie beschreiben zu können, müssen zuerst die Begriffe Verfahren, Methode und Technik definiert und voneinander abgegrenzt werden.

Unter Verfahren versteht man Konzepte, vor allem in Pädagogik und Therapie, die eine eigene Geschichte, eine eigene Theoriebildung, eigene Ziele und methodische Akzente aufweisen, sowie eigene Professionalisierungswege haben (Hölter, 2011). Für die Bewegungstherapie gibt es mittlerweile unzählige Verfahren, wie zum Beispiel die Aquatherapie, das heilpädagogische Reiten oder Voltigieren.

Unter einer Methode versteht man das Verfolgen eines Zieles in einem geregelten Verfahren, mit den möglichen Zielen der Erkenntnisgewinnung oder speziellen Anwendungserfolgen (Häcker & Stapf, 2009). Hölter (2011) baut diese Ansicht weiter aus, indem er Methoden als übergeordnete Handlungsstrategien bezeichnet, die in einem engen Zusammenhang zu Zielen und Inhalten stehen und die Wege der Zielerreichung beschreiben. Weiter beschreibt er die vier Seiten einer Methode, die auch in der Bewegungstherapie Anwendung finden:

- formale, äußere Seite (Erklärungen, Informationen als Kommunikationsform, Kooperation, methodischer Aufbau eines Lernprozesses, etc.)
- inhaltliche, innere Seite (angestrebte Ziele wie zum Beispiel Erholung durch Entspannungsverfahren bei Schlafstörungen, klärende Gespräche, etc.)
- Seite der gegenseitigen Absprache, Partizipation und Zustimmung (die Kompetenzen von Patient/innen sollen ernst genommen werden, therapeutische Grundhaltung)
- Abhängigkeit von institutionellen Rahmenbedingungen und der Ausgangslage (die Wahl der Methoden ist abhängig von den Patient/innen, Therapeut/innen und dem Umfeld)

Unter Techniken versteht man Teilaspekte der Methodik, die auf einer konkreten Ebene spezifische Vorgehensweisen beschreiben, wie zum Beispiel das Vorzeigen, Unterbrechen, Wiederholen, Berühren oder Nachfragen (Hölter, 2011).

In der Bewegungs- und Sporttherapie lässt sich das Zusammenspiel von Methoden und Techniken gut verdeutlichen. Anleitung und Gespräch in einer sporttherapeutischen Intervention sind Methoden. Detaillierte Vorgehensweisen wie das Vorzeigen einer Übung oder Rückmeldungen der Teilnehmer/innen zu erfragen sind Techniken.

Die Methodik der Sporttherapie, auch autonome Methodik genannt, ist im Rahmen der klinischen Bewegungstherapie durch eine therapeutische Methodik zu ergänzen (Hölter, 2011).

2.7.1 Autonome und therapeutische Methodik

Die autonome Methodik ist eine Methodik des Bewegungslernens, angereichert um eine didaktische Position. Methoden sind daraufhin zu überprüfen, ob sie sich übergeordneten Zielen zuordnen lassen und ob sie für die jeweilige Zielgruppe gelten können. Die autonome Methodik geht über die einfache Vermittlung von Bewegungsfertigkeiten hinaus. Sie besteht vielmehr aus methodisch-handwerklichen Regeln, die zu spezifischen Zielstellungen führen (Hölter, 2011).

Die therapeutische Methodik umfasst psychiatrische, pharmakologische und psychotherapeutische Methoden. Für die Bewegungs- und Sporttherapie ist die psychotherapeutische Methodik von größter Bedeutung (Hölter, 2011).

Hölter (2011) unterteilt die Interventionen in der therapeutischen Methodik in systembezogene-verhaltensorientierte, sowie in personenbezogene-einsichtsorientierte Interventionen.

- Bei den systembezogenen und verhaltensorientierten Interventionen ist das Hauptziel die Bearbeitung von Symptomen auf individueller, familiärer oder sozialer Ebene. Diese Form der Methodik wird vornehmlich bei Patient/innen eingesetzt, deren motorische Fähigkeiten eingeschränkt sind. Ziel bewegungstherapeutischer Interventionen ist es, Kontakte zu Nachsorgeeinrichtungen oder Tageskliniken zu knüpfen.
- Die personenbezogenen und einsichtsorientierten Interventionen knüpfen an die symbolische Funktion von Bewegung an. Themen, die in der Bewegungstherapie sowohl verbal als auch nonverbal bearbeitet werden sind unter anderen Überforderung, Rückzug, Macht, Ohnmacht, Nähe oder Distanz. Aufgrund einer hohen sozialen Integration bietet es sich bei Patient/innen an, bereits vorhandene soziale Netzwerke zu nutzen.

2.7.2 Unspezifische Wirkfaktoren

Vier unspezifische Wirkfaktoren gelten als Grundregeln um komplexe Sachverhalte zu systematisieren (Grawe, 1995):

- Ressourcenaktivierung
- Problemaktualisierung
- Aktive Hilfe zur Problembewältigung
- Klärungsperspektive

Bei der Ressourcenaktivierung versucht der/die Therapeut/in an die vorhandenen Ressourcen der Patient/innen anzuknüpfen. Diese können Eigenarten, Fähigkeiten oder Motivationen sein, die dem/der Patienten/in nicht immer bewusst sind. Passen die therapeutischen Konzepte gut zur Persönlichkeit der Patient/innen, werden sie eher angenommen. Auch die Herstellung und Erhaltung eines guten Gruppenklimas ist in der Phase der Ressourcenaktivierung ein bedeutendes Thema (Hölter, 2011).

Die Problemaktualisierung ist eine reale Erfahrung, welche eine wichtige Rolle im Therapieverlauf spielt und besonders für bewegungstherapeutische Prozesse bedeutend ist. Überforderung, Ermüdung, soziale Zuwendung, Aggression und viele andere Aspekte sollen am eigenen Leib erfahren werden und somit der therapeutischen Bearbeitung zugänglich gemacht werden (Grawe, 1995).

Die aktive Hilfe zur Problembewältigung wird auch als Bewältigungsarbeit bezeichnet (Grawe, 1995). In dieser Phase wird ein aktuelles Problem bearbeitet, das den/die Patienten/in belastet. Aus bewegungstherapeutischer Sicht gehört hierzu beispielsweise das Erlernen von Entspannungsverfahren oder die Vermittlung von Könnenserfahrungen. Ziel ist die Durchführung von Maßnahmen, die den Patient/innen vom Nichtkönnen zum Besserkönnen verhelfen (Hölter, 2011).

Bei der Klärungsperspektive wird das Hauptaugenmerk darauf gelegt, dass die Patient/innen sich selbst und ihr Verhalten besser verstehen, differenzieren und einordnen können (Hölter, 2011).

Auch in der Bewegungs- und Sporttherapie haben die vier genannten Wirkfaktoren eine große Bedeutung. Durch körperliche Aktivität sollen die physischen Ressourcen eines Menschen in einem angenehmen Klima gestärkt werden. Patient/innen erleben Bewegung und Sport nicht als Therapie, wodurch sie sich unbefangen und frei fühlen. Im Bereich der Problemaktualisierung und -bewältigung kann durch Sport ein Übergangsraum zwischen Spiel und Realität geschaffen werden, in dem eingefahrene Verhaltensmuster offensichtlich werden und neue Verhaltensweisen erlernt und geübt werden können. Die Klärungsperspektive bezieht sich im bewegungstherapeutischen Rahmen auf die Aufklärung psychophysischer Zusammenhänge oder Findung biografischer Ursachen (Hölter, 2011).

2.7.3 Methodik der klinischen Bewegungstherapie

Die autonome und therapeutische Methodik können nicht linear auf die klinische Bewegungstherapie übertragen werden, sondern unterliegen einem Prozess der

Adaptation, Modifikation und Transformation (Hölter, 2011). Dieser ist in Abbildung 3 veranschaulicht.

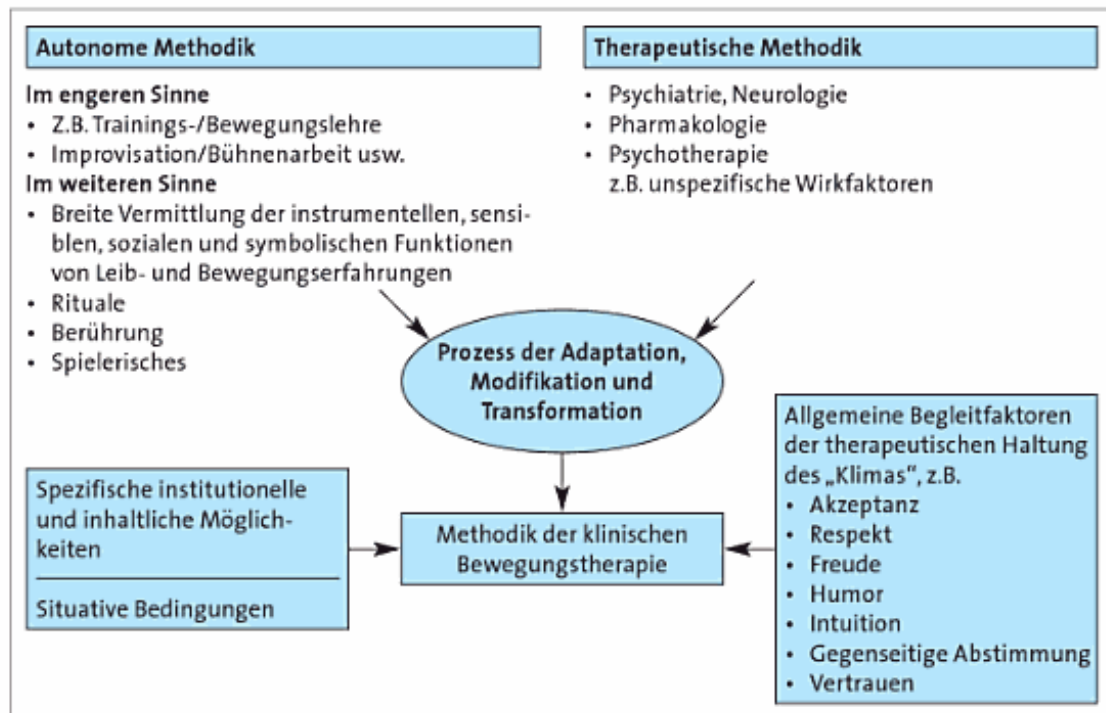


Abbildung 3: Modell einer Methodik der klinischen Bewegungstherapie (Hölter, 2011, S.132)

Adaptation bedeutet eine Anpassung der Inhalte an das betroffene Individuum mit seinen individuellen Fähigkeiten und den gegebenen institutionellen und inhaltlichen Möglichkeiten. Durch veränderte Regeln, Geräte und weitere Umstände können Bewegung und Sport an nahezu jede Zielgruppe angepasst werden. Besonders hervorgehoben sei in diesem Zusammenhang die „Adapted Physical Activity“, welche Bewegungsaktivitäten an die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen anpasst (Hölter, 2011).

Modifikation ist eine stärkere Form der Adaptation. Hölter (2011) schreibt, dass sportorientierte Inhalte und Ziele an die therapeutischen Erfordernisse angepasst werden müssen und je nach Patient/innen und aktueller Situation verändert werden müssen. Ziel körperlicher Aktivitäten in der Gruppe ist die soziale Handlung. Um diese zu erreichen müssen oft komplizierte Regeln vereinfacht werden, so dass die Bewegungsaktivität mit Freude und Wohlbefinden in der Gemeinschaft verbunden werden kann.

Im Bereich der Transformation rückt die sportliche Betätigung in den Hintergrund und wird durch therapeutische Ziele abgelöst. Bewegungsaktivitäten dienen als symbolischer Rahmen um die therapeutische Dimension stärker in den Blick zu nehmen. Sport wird von dem/der Therapeuten/in beobachtet und anschließend mit den Patient/innen reflektiert.

Psychotherapeutische Methoden wie das Nachfragen oder Deuten im Gespräch gewinnen an Wichtigkeit (Hölter, 2011).

Weitere Faktoren, die zur positiven Durchführung einer klinischen Bewegungstherapie notwendig sind, sind eine Atmosphäre des Vertrauens, gegenseitige Akzeptanz, Respekt, Humor, Freude, Spaß und viele mehr (Hölter, 2011).

Sowohl in der Psychotherapie, als auch in der klinischen Bewegungstherapie scheint es bis heute nur Bruchstücke einer eigenen, einheitlichen Methodik zu geben. Das hängt damit zusammen, dass die Zahl an unterschiedlichen psychotherapeutischen Methoden sehr groß ist. Therapeut/innen, die in der klinischen Bewegungstherapie tätig sind, müssen sehr oft intuitiv aus den verschiedenen, verfügbaren Methoden und deren Realisierungen auswählen und die richtigen Entscheidungen treffen. Diese Entscheidungen sind stark abhängig von vergangenen persönlichen Erfahrungen der Therapeut/innen, deren Kompetenz in ihrem Arbeitsbereich und ihrem individuellen Stil eine Therapie durchzuführen (Hölter, 2011).

2.7.4 Ausgewählte Methoden der Bewegungstherapie

Körperzentrierte Psychotherapie

Die Psychotherapie ist eine gezielte, professionelle Behandlung psychischer oder psychisch bedingter körperlicher Störungen mit psychologischen Mitteln. Eine Methode, die einen fixen Bestandteil der Psychotherapie darstellt, ist das Gespräch. Aber auch spezifische Techniken, wie Biofeedback und Verhaltensübungen gehören zum Therapieprogramm (Häcker & Stapf, 2009).

Körperzentrierte Psychotherapie, auch Körperpsychotherapie genannt, ist auf eine Verbesserung psychophysischer Funktionen ausgerichtet. Sie soll das Körpererleben, die Sensibilität, die Ausdrucksfähigkeit und die Entspannungsfähigkeit fördern (Häcker & Stapf, 2009). Körperpsychotherapie behandelt die körperlichen und psychischen Dimensionen menschlichen Erlebens gleichwertig, weil sie annimmt, dass Körper und Geist untrennbar miteinander vereint sind und das körperliche Befinden einen Einfluss auf die psychische Heilung hat. Daher wird die Körperwahrnehmung und Körperempfindung verwendet, um unbewusste psychische Prozesse aufzudecken. Im Alltag werden verschiedene Befindlichkeiten und Gefühle durch unterschiedliche Körpersignale automatisch und meist unbewusst zum Ausdruck gebracht. In der körperzentrierten Psychotherapie werden diese körperlichen Ausdrucksweisen fokussiert und ins Bewusstsein gebracht. Körperpsychotherapie sieht Körper und Seele als gleichwertige und interagierende Aspekte einer Person. AABP (2012) in Austrian Association for Body

Psychotherapy, URL: <http://www.aabp.at/koerperpsychotherapie.html> (Stand: 27.10.2014).

Derzeit werden auf der Homepage der EABP, der European Association of Body Psychotherapy, mehrere Methoden der Körperpsychotherapie genannt, wie zum Beispiel Biodynamische Psychologie, Bioenergetische Analyse, Biosynthese, Psycho-Biomechanik, Hakomi und viele mehr. Schaik (2005) in EABP, URL: <http://www.eabp.org/links.php> (Stand: 12.3.2014).

Bewegungspsychotherapeutische Verfahren

Innerhalb der bewegungspsychotherapeutischen Verfahren wird zwischen konzentrativer und integrativer Bewegungstherapie unterschieden. In beiden Verfahren wird Bewegung und Sport im Rahmen der Therapie durchgeführt. Bei der konzentrativen Bewegungstherapie bewegen sich die Patient/innen relativ frei und nach nur wenigen Vorgaben des/der Therapeuten/in. Wichtig dabei ist die Wahrnehmung des eigenen Körpers mit seinen Bewegungen. In der Gruppe wird dabei gelernt, Nähe zu anderen Patient/innen zuzulassen oder Grenzen klar auszudrücken. Die Gefühle, Emotionen und Ängste, die dabei entstehen, werden gemeinsam mit dem/der Therapeuten/in aufgearbeitet. Bratusa und Jung (2014) in Schön Klinik, URL: <http://www.schoen-kliniken.de/ptp/medizin/mobilitaet/therapie/bewegungstherapie/inhalte/> (Stand: 12.3.2014).

Die integrative Bewegungstherapie legt besonderes Augenmerk auf die Art und Durchführung der Bewegung, den Körperausdruck und das Verhältnis zwischen Spannung und Entspannung. Atemübungen sind häufiger Inhalt dieser Therapiemethode. Die Patient/innen sollen lernen, Signale ihres Körpers und ihrer Psyche wahrzunehmen und darauf aufbauend Verhaltensänderungen vorzunehmen, um mögliche Konflikte oder Probleme zu vermeiden.

Bewegungs- und Sporttherapie

Häcker und Stapf (2009) bezeichnen Bewegungstherapie, wie bereits in vorherigen Kapiteln beschrieben wurde, als eine körperorientierte Therapie, die auf die Verbesserung psycho-physischer Funktionen ausgerichtet ist. Bewegungstherapie ist ein Sammelbegriff für therapeutische Konzepte, die durch aktive muskuläre Beanspruchung Erkrankungen, Defizite, Fehlverhalten oder psychosoziale Störungen behandeln wollen (Röthig & Prohl, 2003). Im Vordergrund steht hierbei neben dem motorisch-physiologischen auch der emotional-affektive Bereich. Bewegungstherapie ist eine ärztlich indizierte und verordnete

Bewegung, die von dem/der Fachtherapeuten/in geplant und dosiert wird, gemeinsam mit einem/r Arzt/Ärztin kontrolliert wird und anschließend mit Patient/innen durchgeführt wird (Kapell, 2006).

Sporttherapie als Teilbereich der Bewegungstherapie wird als inhaltliche Konzeption beschrieben, die versucht, sportliche Aktivitäten mit Handlungsbezug zu realisieren, sowie Sport in Prävention und Rehabilitation zu integrieren (Röthig & Prohl, 2003).

Trainingstherapie

Wie bereits in vorherigen Kapiteln erwähnt, geht es bei der Trainingstherapie um die Anwendung von Prinzipien, Inhalten und Methoden der Trainingswissenschaft innerhalb medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen (Röthig & Prohl, 2003). Die Trainingstherapie wird ausschließlich bei Patient/innen angewandt und sollte daher, sowohl im stationären, als auch im ambulanten Bereich, ärztlich verordnet und überwacht werden. Hauptinhalte sind die Behandlung von funktionellen und morphologischen Störungen des Bewegungsapparats, sowie neurologische Krankheitsbilder, mit dem Ziel der Wiederherstellung gestörter Funktionen in Beruf, Alltag, Freizeit und Sport.

Tanztherapie

Klein (2007, S. 25) beschreibt die Tanztherapie folgend: „Die Tanztherapie als eine Form bewegungsorientierter und künstlerischer Psychotherapie macht sich die uralte Heilkraft des Tanzes zunutze. Nicht die Erlangung festgelegter tänzerischer Formen ist das Ziel, sondern die authentische, eigenschöpferische Bewegung. Schon seit jeher lag die heilende Kraft des Tanzes im ursprünglichen Selbstaussdruck und der zwischenmenschlichen Begegnung in der Gemeinschaft.“

Die Tanztherapie als ganzheitliche Therapieform geht von einer Wechselbeziehung zwischen Psychischem und Physischem aus. Im Mittelpunkt dieser Therapieform steht der körperliche Ausdruck von psychischen oder seelischen Empfindungen und Befindlichkeiten. Tanztherapie-Berufsverband (2009-2013), in Berufsverband für Tanztherapie, URL: <http://www.tanztherapie-berufsverband.at/pages/tanztherapie.php> (Stand: 27.10.2014).

Physiotherapie

Die Physiotherapie ist eine Behandlungsmethode, die Krankengymnastik, Massage, Elektrotherapie, Thermotherapie, sowie die Hydro- und Balneotherapie umfasst. Sie dient der Behandlung von körperlichen Verletzungen, der Steigerung der physischen Leistungsfähigkeit, der Prävention von Verletzungen und der Entwicklung und Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes (Röthig & Prohl, 2003).

Entspannungsverfahren

Auf rein körperlicher Ebene bedeutet Entspannung eine Lockerung und Verlängerung der Muskulatur, im Gegensatz zu einer Muskelverkürzung bei Anspannung oder Kontraktion. Bereits 1978 erweitert Sweeney diese Ansicht um die psychologische Komponente. Entspannung wird als positiv erlebte Reaktion verstanden, in der eine Person Erleichterung von Anspannung oder Belastung erfährt (Payne, 1998).

Ein allgemeiner Entspannungszustand lässt sich sowohl mit physiologischen, als auch mit psychologischen Verfahren erreichen und hat folgende Funktionen (Payne, 1998):

- Entspannung wirkt präventiv und schützt die Organe vor unnötiger Beanspruchung
- Entspannung fördert aus therapeutischer Sicht den Stressabbau, zum Beispiel bei Bluthochdruck, Spannungskopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Asthma, Immundefekten, Angstzuständen und vielen weiteren Beschwerden.
- Als Bewältigungsstrategie ermöglicht Entspannung die Findung einer inneren Ruhe und das damit verbundene klare Denken.

Fernöstliche Verfahren

Viele Meditationstechniken sind fernöstliche Verfahren mit spirituellem Hintergrund, die im Westen aufgrund ihrer entspannenden Wirkung praktiziert und in die klinische Praxis integriert werden. Neben der Entspannung werden diesen Verfahren weitere positive Wirkungen zugeschrieben.

Yoga hat nachweislich positive Effekte auf die physische und psychische Gesundheit. Diverse Körperstellungen, Asanas genannt, in Kombination mit Atemübungen, Pranayama, bewirken eine tiefe Entspannungsreaktion.

Qigong und Taijiquan dienen der meditativen Übung von harmonisch fließenden Bewegungen. Sachse (2009), in FOCUS Magazin, URL:

http://www.focus.de/gesundheit/gesundleben/fitness/tid-13583/tid-13586/gesundheit-yoga-wirkt_aid_369146.html (Stand: 27.10.2014).

3 Psychiatrische Versorgungsstrukturen Österreichs

Im folgenden Kapitel soll ausgehend von allgemeinen Versorgungsstrukturen in Österreich auf die psychiatrische Versorgung näher eingegangen werden. Anschließend wird, wie bereits in der Einleitung kurz erwähnt, das Trainingstherapiegesetz für Sportwissenschaftler/innen näher beschrieben.

Im Jahr 2009 haben in Österreich etwa 900.000 Menschen aufgrund psychischer Erkrankungen und Beschwerden Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch genommen (Gregoritsch et al., 2011). Rund 840.000 Österreicher/innen haben 2009 Psychopharmaka verschrieben bekommen und etwa 78.000 Personen waren wegen psychischer Leiden im Krankenstand, wobei etwa 70.000 stationär in einer Einrichtung aufgenommen wurden. In Summe waren daher etwa 900.000 Menschen in Österreich von psychischen Erkrankungen betroffen, davon etwa 3% in einem schweren Ausmaß, wie aus Daten zu stationären Aufenthalten, Krankenständen und Dauermedikation geschlossen werden kann.

8.100 Kinder unter zehn Jahren und 26.000 Jugendliche bis 19 Jahre erhielten Psychopharmaka (etwa 3% der Patient/innen), während 400.000 Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 60 Jahren betroffen waren (etwa 46% der Patient/innen). Nach Erreichen des Pensionsalters steigt die Zahl psychischer Krankheiten deutlich an. Etwa 50% aller Patient/innen sind über 60 Jahre alt (Gregoritsch et al., 2011).

Von 2007 bis 2009 hat ein deutlicher Anstieg bei psychischen Erkrankungen stattgefunden. Stationäre Aufenthalte wurden um 1,5% häufiger, Medikamentenverschreibungen stiegen um 17%. Die Krankenstände aufgrund psychischer Diagnosen stiegen um 22%, während jene aufgrund körperlicher Symptome nur um 10% stiegen (Gregoritsch et al., 2011).

3.1 Versorgungsstrukturen in Österreich

Das Gesundheitswesen in Österreich umfasst Krankenversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention. Den größten Teil nimmt die Krankenversorgung in Anspruch, doch die Bereiche der Gesundheitsförderung und Prävention gewinnen kontinuierlich an Bedeutung. BMG (2012), in Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, URL: https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitswesen_LN.html (Stand: 21.4.2014).

Die Versorgungsstrukturen werden in die Bereiche der stationären und der ambulanten Versorgung eingeteilt. Die stationäre Versorgung wird von öffentlichen, privaten und privat-gemeinnützigen Spitälern angeboten. Im Jahr 2011 waren 274 stationäre Krankenhäuser registriert, die insgesamt etwa 64.500 Betten bereitstellen konnten. 172 Spitäler sorgten für die Akut- und Kurzzeitversorgung, die restlichen 102 für Rehabilitation und Langzeitversorgung. Der ambulante Bereich wird von niedergelassenen Allgemeinmediziner/innen, Fachärzten/ärztinnen und Zahnärzten/ärztinnen in privaten Praxen durchgeführt. Weiters zählen zum ambulanten Bereich Ambulanzen der Krankenhäuser, Ambulatorien der Krankenkassen und private selbstständige Ambulatorien. Im Jahr 2011 waren etwa 16.416 Ärzte/Ärztinnen in freier Praxis tätig. BMG (2013), in Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, URL: https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblicktml_LN.html (Stand: 21.4.2014).

3.2 Psychiatrische Einrichtungen Österreichs

Psychiatrische Versorgung findet in stationären, teilstationären, ambulanten und komplementären Einrichtungen statt (Kleinagel, 2004). Zu den stationären Einrichtungen werden Fachkrankenhäuser, Universitätskliniken, Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, Vertragskliniken und Privatkliniken gezählt. Zur teilstationären Psychiatrie zählen Tages- und Nachtkliniken, die als Verbindungsglied zwischen stationären und komplementären bzw. ambulanten Bereichen gesehen werden. Ambulante und komplementäre Psychiatrie wird von Allgemeinmedizinern, Nervenärzten und Psychotherapeuten, sowie von institutsgebundenen ambulanten psychiatrischen Diensten durchgeführt.

Im Mai 2008 standen für die allgemeinspsychiatrische Versorgung 3.330 Betten in Österreich zur Verfügung. Ziniel (2008), in Betten-Ist-Stand in der Psychiatrie, URL: <http://www.goeg.at/de/Bereich/Betten-Ist-Stand-in-der-Psychiatrie.html> (Stand: 12.3.2014)

2009 erhielten rund 840.000 Menschen Psychopharmaka, wobei etwa 120.000 dafür bei einem/einer Facharzt/ärztin für Psychiatrie waren. Die übrigen Patient/innen konsultierten überwiegend Allgemeinmediziner (Gregoritsch et al. 2011). Etwa 70.000 Patient/innen waren so schwer erkrankt, dass sie stationär behandelt werden mussten, was in den meisten Fällen über die Dauer von sechs Wochen läuft. Immer kürzer werdende Aufenthalte in stationären Strukturen fordern eine intensive Nachversorgung im ambulanten Bereich, welche allerdings derzeit durch einen Mangel an verbindlichen Betreuungsplänen und Vernetzungsstrukturen nicht ausreichend gewährleistet ist. Somit

stellt für Gregoritsch et al. (2011) der Schnittbereich zwischen stationärer und ambulanter Versorgung einen Problembereich in der Versorgung psychisch Kranker dar.

Wagner (2012) listet in seiner Studie „Seelische Gesundheit in Österreich“ folgende Indikatoren zur psychischen Gesundheit auf:

- Zentrale Indikatoren zum Thema psychische Gesundheit stellen Österreich schlechter als die Vergleichsländer dar

Österreich ist beim Mental Health Index der OECD Vorletzter und hat die zweithöchste Suizidrate. Sowohl österreichische Männer als auch Frauen weisen im EU-Vergleich eine überdurchschnittlich hohe Lebenserwartung mit unterdurchschnittlicher Anzahl an gesunden Lebensjahren auf.

- Enorme volkswirtschaftliche Belastung durch hohe Steigerungsraten und Kosten bei psychischen Erkrankungen

Es wird erwartet, dass sich bis 2030 die weltweiten Kosten durch psychische Erkrankungen mehr als verdoppeln. Derzeit betragen die Kosten für die Behandlung psychisch erkrankter Personen in Österreich 450 bis 500 Millionen Euro für Psychopharmaka, ärztliche Leistungen, Psychotherapie, Behandlung bei Psychiater/innen und psychologische Diagnostik.

- Internationale Trends in der Versorgungsstruktur sind in Österreich nur ansatzweise nachvollziehbar

Versorgungslücken gibt es in Österreich vor allem in der ambulanten Notfallhilfe.

- Die Dichte der Fachärzte/ärztinnen für Psychiatrie ist in Österreich am geringsten

Österreich weist im Ländervergleich mit 3,03% Anteil der Fachärzte/ärztinnen für Psychiatrie an der Gesamtheit der Ärzte die geringste Dichte an Fachärzten/ärztinnen auf. Italien hat mit 5,22% den höchsten Anteil an Fachärzten/ärztinnen.

- Die Fach-Ausbildung für Psychiater/innen ist in Österreich auf internationalem Standard

- Starke Unterschiede sind im Ausbildungsbereich bei anderen Berufsgruppen erkennbar

Die fachärztliche Psychiatrieausbildung ist in Bezug auf die Dauer von fünf Jahren den Vergleichsländern ähnlich; sie weist jedoch eine geringere Spezialisierung auf.

- Innovative Medikamente verkürzen die Krankenhausaufenthaltsdauer
- Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen verkürzen die Krankenhausaufenthaltsdauer
- In Österreich erscheint das Erstattungssystem eher kostenorientiert und nicht wirkungsorientiert

Auf die Rolle der Compliance, die gerade bei psychischen Erkrankungen wichtig ist, wird im gegenwärtigen österreichischen System wenig Rücksicht genommen.

- Innerhalb der Gesellschaft überwiegen Vorurteile gegenüber psychisch Kranken sowie negative Einstellungen und Erwartungen

3.3 Trainingstherapiegesetz für Sportwissenschaftler/innen

Das Medizinische Assistenzberufe-Gesetz, kurz MAB-Gesetz genannt, regelt die Arbeit von Sportwissenschaftler/innen im Bereich der Trainingstherapie. Die aktuelle Version dieses Gesetzes wurde am 6. Juli 2012 vom Parlament verabschiedet und am 19. Juli 2012 in einer Sitzung des Bundesrates bestätigt. Dadurch ist es dem Verband der Sportwissenschaftler/innen, dem VSÖ, gelungen, eine gesetzliche Absicherung der Tätigkeit von Sportwissenschaftler/innen in der Trainingstherapie, sowie eine rechtlich abgesicherte Basis für diesen Arbeitsbereich zu erlangen. Akademisch ausgebildete Sportwissenschaftler/innen dürfen demnach unter ärztlicher Aufsicht trainingstherapeutische Maßnahmen durchführen, welche der Vermeidung des Wiedereintritts von Krankheiten und Chronifizierungen dienen. AGAKAR (2013), in: AGAKAR, URL: <http://www.agakar.at/aktuelles/internes.html> (Stand: 22.11.2013).

Um Trainingstherapie durchführen zu können, müssen die betroffenen Sportwissenschaftler/innen in eine Liste des Bundesministeriums für Gesundheit eingetragen werden, nachdem sie einen Nachweis der dafür notwendigen Voraussetzungen erbracht haben, welche wiederum im MAB-Gesetz geregelt sind. Der Tätigkeitsbereich von Trainingstherapeut/innen umfasst in erster Linie ergänzende und unterstützende Tätigkeiten zu physiotherapeutischen Maßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen. AGAKAR (2013), in: AGAKAR, URL: <http://www.agakar.at/aktuelles/internes.html> (Stand: 22.11.2013).

Auszug aus der Parlamentskorrespondenz Nr. 512 vom 19.06.2012

[...] Da es bisher keine Rechtsgrundlage für das Tätigwerden von SportwissenschaftlerInnen im Bereich der Trainingstherapie, die bisher nur

ÄrztInnen und PhysiotherapeutInnen vorbehalten ist, gab, sieht die Regierungsvorlage in diesem Bereich entsprechende Bestimmungen vor. Es soll vor allem ermöglicht werden, dass SportwissenschaftlerInnen ergänzend und unterstützend zu PhysiotherapeutInnen speziell für den Bereich der Trainingstherapie zur Versorgung der PatientInnen in Rehabilitationseinrichtungen eingesetzt werden können. Um auch SportwissenschaftlerInnen, die ihre universitäre Ausbildung bereits abgeschlossen haben, einen Zugang zur Trainingstherapie zu ermöglichen, wird neben der generellen Akkreditierung von Universitätsstudien, die die für die Ausübung der Trainingstherapie erforderlichen Ausbildungsinhalte vermitteln, das Instrument der individuellen Akkreditierung geschaffen. Weiters vorgesehen ist die Einrichtung eines Trainingstherapiebeirats.

AGAKAR (2013), in: AGAKAR, URL: <http://www.agakar.at/aktuelles/internes.html> (Stand: 22.11.2013).

Bereits im Mai 2013 sind einige Personen, welche die entsprechenden Ausbildungen absolviert haben, in die Liste der trainingstherapieberechtigten Sportwissenschaftler/innen aufgenommen worden. Unklar ist allerdings der genaue Tätigkeitsbereich dieser Personen, und wie sich die Situation im Bereich der Trainingstherapie in der Psychiatrie und Drogentherapie darstellt.

4 Stellenwert von Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess in psychiatrischen Einrichtungen

Kapitel vier soll die Ergebnisse der Recherche von themenspezifischen Publikationen zusammenfassen, um den aktuellen Stellenwert von Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess, sowie Bewegungs- und Sporttherapie in österreichischen psychiatrischen Einrichtungen zu verdeutlichen.

4.1 Erste Ergebnisse zum Stellenwert von Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess

Bis vor einigen Jahren hatte Bewegungs- und Sporttherapie in Österreich keinen sehr hohen Stellenwert. So wird zwar in fast allen Krankenhäusern Physiotherapie angeboten und durchgeführt, jedoch wurde keine gezielte und im Therapieplan verankerte Bewegungs- und Sporttherapie angeboten. Durch telefonische Recherche und Nachfrage hat Kleinagel (2004) herausgefunden, dass in einzelnen psychiatrischen Einrichtungen Bewegungsangebote im therapeutischen Rahmen durchgeführt werden, jedoch nicht von speziell dafür ausgebildeten Fachkräften oder eigenen Sport- und Bewegungstherapeut/innen (Kleinagel, 2004).

Huber et al. (2008) schreiben bereits vier Jahre später über eine weite Verbreitung von Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess in Österreich, Deutschland und der Schweiz. Trotzdem sind sie der Meinung, dass körperliche Aktivität als therapeutisches Mittel noch zu wenig genutzt wird.

In der heutigen computerisierten Industriegesellschaft ist ein allgemeiner, stetig steigender Bewegungsmangel und ungesundes Ernährungsverhalten bemerkbar (Barz & Huonker, 2010). Daraus entstehen psychische Anforderungen und Belastungen, die immer häufiger zu psychischen Krankheiten führen. Durch die steigende Lebenserwartung nehmen Krankheiten wie Diabetes mellitus, Arthrosen, psychogene Erschöpfungssyndrome und dementielle Syndrome im höheren Alter zu, und die Lebensqualität und das subjektive Wohlbefinden sinken. Daher gewinnen medizinische Präventionsprogramme, wie zum Beispiel Bewegung und Sport, zunehmend an Bedeutung. Diese sollen der Förderung und Erhaltung von Gesundheit dienen, sowie Krankheitssymptome vermindern und somit die Lebensqualität und das subjektive Wohlfühlen verbessern. So kommt Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess eine neue Rolle zu. Die Bewegungs- und Sporttherapie stellt einen wichtigen Teil der

Prävention und Rehabilitation dar, gleichrangig und parallel zur Physiotherapie (Barz & Huonker, 2010).

Unterschiedliche Studien haben positive Effekte von körperlicher Aktivität auf die physische Gesundheit nachgewiesen, was wiederum eine Steigerung der psychischen Befindlichkeiten bewirkt (Hölter, 2011). Sport hat einen positiven Einfluss auf Kreislaufprobleme, Diabetes und Übergewicht, jedoch erst nach längerer Zeit und nur bei regelmäßiger körperlicher Betätigung (Hölter, 2011). Andere Beschwerden, wie zum Beispiel Rückenschmerzen oder Gelenksprobleme können durch Gymnastik und moderate Beanspruchung sehr schnell eine Besserung erfahren. Huber et al. (2008) stellen einen gesundheitsförderlichen Effekt von Sport in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Cholesterin und Hypertonie fest.

Psychisch kranke Personen bewegen sich allgemein weniger als psychisch gesunde Menschen (Hölter, 2011). Dadurch entstehen körperliche Beschwerden, die wiederum einen negativen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden haben. Somit kann durch körperliche Betätigung indirekt auf das subjektive Wohlfühlen eingewirkt werden. Weiters hat Hölter (2011) einen mäßig positiven Zusammenhang zwischen Bewegung und Sport und dem allgemeinen Wohlbefinden und Wellbeing nachgewiesen.

Körperliche Aktivität stärkt das Selbstvertrauen, kann Depressionen verbessern und hat eine positive Wirkung auf Angsterkrankungen. Weiters wird durch Bewegung und Sport sehr häufig eine Verbesserung von Stimmung und Laune festgestellt, sowie eine Verbesserung spezifischer kognitiver Funktionen und einzelner psychischer Krankheiten, wie zum Beispiel Anorexie, Depression oder Suchterkrankungen (Huber et al., 2008).

Sport hilft außerdem sowohl beim physischen Stressabbau, zum Beispiel durch die Senkung der Ruheherzfrequenz, als auch bei der psychischen Stressbewältigung durch Ablenkung von belastenden Gedanken und Situationen, durch Spaß oder die Möglichkeit, einen freien Kopf zu bekommen. Vor allem Entspannungssport wie zum Beispiel Ausdauertraining, Yoga, Entspannungsverfahren, Atemübungen oder Biofeedback sind dafür besonders geeignet (Hölter, 2011).

Ein weiterer positiver Effekt von Bewegung und Sport ist die Stärkung von Vitalitätsgefühlen und Ruhe, die durch Sportarten wie Laufen, Schwimmen, Jazztanz oder Entspannungsverfahren erreicht werden (Hölter, 2011).

Aber Sport kann auch einen negativen Einfluss auf das Wohlbefinden haben. So kann durch Konkurrenz in sportlichen Situationen und Leistungsdruck unter anderem Spannung, Ärger, Stress oder Deprimiertheit entstehen (Hölter, 2011).

5 Empirische Untersuchung

5.1 Fragestellungen

Die Hauptfragestellung der vorliegenden Arbeit lautet:

- Wie ist der aktuelle Stellenwert von Bewegung und Sport in der Therapie in psychiatrischen Einrichtungen Österreichs?

Weitere untergeordnete Fragestellungen betreffen spezifische Aspekte von Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess:

- Gehört in psychiatrischen Einrichtungen in Österreich Bewegung und Sport zum therapeutischen Angebot?
- Seit wann gehört in psychiatrischen Einrichtungen in Österreich Bewegung und Sport zum therapeutischen Angebot?
- Welchen Stellenwert hat Bewegung und Sport in der Therapie im Vergleich zu weiteren therapeutischen Verfahren?
- Welche Zielsetzungen und Ausrichtungen werden mit Bewegung und Sport in der Therapie verfolgt?
- Welche speziellen Therapieformen mit Bewegung und Sport werden angeboten?
- Werden die bestehenden Bewegungs- und Sportangebote von den medizinischen Mitarbeiter/innen als ausreichend empfunden?
- Welche Berufsgruppe führt Bewegungs- und Sportangebote im Rahmen der Therapie durch?
- Welche Ausbildung haben die im Bereich Bewegung und Sport in der Therapie arbeitenden Personen?
- Wie sind die Rahmenbedingungen für Bewegung und Sport in der Therapie in Bezug auf Räumlichkeiten, Gerätesituation, Häufigkeit der Angebote und Gruppengröße?
- Wie sieht die Vernetzung der stationären Bewegungs- und Sportangebote mit außerstationären Angeboten aus?
- Wie werden Bewegung und Sport in psychiatrischen Einrichtungen dokumentiert und schriftlich festgehalten?

5.2 Methodik

5.2.1 Stichprobe

Zur Erhebung der psychiatrischen Krankenanstalten, Einrichtungen, Zentren und Beratungsstellen Österreichs wurden diverse Internetquellen verwendet. Weiters wurde per E-Mail mit den Verantwortlichen der einzelnen Bundesländer kommuniziert, um Listen aller psychiatrischen Einrichtungen zu erhalten. Anschließend wurde eine Liste mit insgesamt 183 Anstalten erstellt, mit Kontaktdaten von 152 sowohl ambulanten als auch stationären Einrichtungen, an welche die Befragung ausgesendet wurde. Von den 31 Einrichtungen, an welche keine E-Mail versendet wurde, konnten keine Kontaktdaten gefunden werden. Einige E-Mail-Adressen waren nicht aktuell oder fehlerhaft, wodurch 25 Fehlermeldungen aufgetreten sind. Daher ist davon auszugehen, dass 127 Krankenanstalten, Einrichtungen, Zentren und Beratungsstellen innerhalb Österreichs die ausgesendete Online-Befragung korrekt erhalten haben.

Der Fragebogen wurde an jene Personen adressiert, die in den diversen Einrichtungen mit Bewegung und Sport zu tun haben. Sollte keine Person für die körperliche Aktivität der Patient/innen zuständig sein, sollte der Fragebogen von dem/der Leiter/in der jeweiligen Abteilung ausgefüllt werden.

5.2.2 Beschreibung des Instruments

Der Fragebogen als Untersuchungsmethode

Für die Untersuchung der in 5.1 genannten Fragestellungen wurde als Untersuchungsmethode der Online-Fragebogen gewählt. In Anlehnung an Kleinagel (2004) und Deimel (2008) wurden keine Hypothesen aufgestellt, sondern ein Fragebogen entwickelt, der die gesamte Fragestellung für den psychiatrischen und den drogentherapeutischen Bereich durch 30 Leitfragen und mehrere weiterführende, vertiefende Fragen abdeckt.

Vor- und Nachteile der anonymisierten Online-Untersuchung

Zu den Vorteilen der anonymisierten Online-Fragebogenuntersuchung zählt, dass durch einen relativ geringen zeitlichen Aufwand sehr viele unterschiedliche Einrichtungen befragt werden können, ohne dafür viel Personal zu benötigen. Außerdem können die unterschiedlichen Einrichtungen durch mehrmaliges Aussenden der Befragung öfter kontaktiert werden, wodurch sich die Rücklaufquote erhöht. Mayer (2002) nennt als

weiteren positiven Aspekt der Fragebogenuntersuchung das Vermeiden von Interviewfehlern. Außerdem ist davon auszugehen, dass in anonymisierten Befragungen die Antworten ehrlicher sind als mit Bekanntgabe der Identität.

Nachteile der anonymisierten Online-Befragung sind die nicht kontrollierbare Befragungssituation sowie die Möglichkeit, dass die Teilnehmer/innen Fragen nicht oder falsch verstehen. Weitere negative Aspekte sind das möglicherweise unvollständige Ausfüllen des Fragebogens, sowie die Möglichkeit, dass die Fragen nicht von der Zielperson beantwortet werden, wodurch die Ergebnisse verfälscht werden könnten.

Fragebogen zu Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess in psychiatrischen Einrichtungen Österreichs

Der Fragebogen zu Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess in psychiatrischen Einrichtungen Österreichs soll Auskunft über den aktuellen Stellenwert von Bewegung und Sport in der Therapie in allen österreichischen Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Drogentherapie geben. Ziel ist es, Erkenntnisse über die momentane Nutzung von Bewegung und Sport in der Therapie zu gewinnen und diese möglicherweise als Grundlage für zukünftige Initiativen nutzen zu können. Die Beantwortung der Fragen erfolgte anonym und sollte von jener Person vorgenommen werden, die in der jeweiligen Einrichtung hauptverantwortlich für Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess ist. Sollte es keine Person geben, die für körperliche Aktivität zuständig ist, sollten die Fragen von dem/der Leiter/in der jeweiligen Abteilung ausgefüllt werden.

Die Beantwortung aller Fragen hat etwa 20 Minuten in Anspruch genommen. Der Fragebogen war in 18 Themenbereiche gegliedert mit insgesamt 30 Hauptfragen und 3 Unterfragen. Die Themenbereiche waren: Informationen zur Einrichtung, Schwerpunkte, Patient/innen, Position, Therapieangebot, Therapieverfahren, Einordnung von Bewegung und Sport, Teilnahme, Ausstiegsquote, Bedeutsamkeit, Aktivitäten, Bewertung bestehender Programme, Räumlichkeiten, Konditionen und Kooperationen, Fortsetzung der Bewegungs- und Sportprogramme, Dokumentation und Integration, Personal und Anmerkungen.

5.2.3 Prozess der Datenproduktion und Datenauswertung

Zeitlicher Ablauf der Untersuchung

Die erste Aussendung der Fragebögen erfolgte Anfang Dezember 2013. Anfang Jänner 2014 wurde eine erste Erinnerung an die Durchführung der Fragebogenuntersuchung ausgesendet. Weitere Erinnerungsmails erfolgten Mitte Juli 2014 und Mitte August 2014.

Nach diesen vier Aussendungen betrug die Rücklaufquote etwa 70%, wobei nur knapp 20% der Fragebögen vollständig ausgefüllt wurden. Damit war Mitte September 2014 der Befragungszeitraum abgeschlossen und die Auswertung wurde begonnen.

Durchführung der Befragung

Die Befragung wurde online über Lime Survey bereitgestellt und als Link per E-Mail an nahezu alle österreichischen Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Drogentherapie versendet. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird auf die Drogentherapie allerdings nicht näher eingegangen, da diese in einer weiteren Arbeit ausgearbeitet wird. Über einen Zeitraum von 8 Monaten wurden Erinnerungsmails ausgesendet, um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erreichen. Im September 2014 wurde die Umfrage beendet und die Auswertung gestartet.

Vorgehensweise bei der Auswertung

Für die Auswertung wurden alle vollständig ausgefüllten Datensätze verwendet, wodurch 32 ausgefüllte Fragebögen ausgewertet wurden. Die knapp 70 unvollständig ausgefüllten Datensätze wurden nicht berücksichtigt, da sie kaum brauchbare Informationen enthalten.

In einem ersten Durchgang wurden die brauchbaren Datensätze in Excel exportiert und dort statistisch aufbereitet, wobei für jede Frage die Anzahl an Antwortalternativen und deren prozentueller Anteil berechnet wurden. Weiters wurde für jede Antwort der Mittelwert, sowie 1. Quartile und 3. Quartile und Standardabweichung berechnet.

Da die vorliegende Arbeit einen Überblick über den aktuellen Stellenwert von Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess in österreichischen Einrichtungen geben soll, wird im Auswertungsteil nur der prozentuelle Anteil gegebener Antworten und der Mittelwert berücksichtigt.

5.3 Gütekriterien

Das Kapitel zu den Gütekriterien wurde in Anlehnung an Friepoertner (2005) verfasst. Friepoertner (2005) in: Online-Fragebogen, URL: <http://www.online-fragebogen.com/9/fragebogen-qualitaetskriterien.html> (Stand: 13.10.2014).

Objektivität

Bei der Objektivität geht es um die Unabhängigkeit der Testergebnisse vom Testleiter. Dabei werden Durchführungsobjektivität, Auswertungsobjektivität und Interpretation der Ergebnisse unterschieden. Um die Durchführungsobjektivität hoch zu halten, wurde versucht, die Situation der Durchführung der vorliegenden Fragebogenuntersuchung möglichst standardisiert zu machen. Es wurden an alle Einrichtungen dieselben Angaben per Mail versendet, in denen unter anderem vorgegeben war, von wem der Fragebogen unter welchen Voraussetzungen auszufüllen ist. Durch die Entscheidung für eine Online-Befragung wurden Interviewer-Effekte ausgeschaltet und eine standardisierte Item-Reihenfolge vorgegeben. Ein Punkt der sich negativ auf die Durchführungsobjektivität auswirkt ist die Tatsache, dass die Teilnehmer/innen den Vorgang des Ausfüllens des Fragebogens beliebig oft unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt weiterbearbeiten konnten. Um die Auswertungsobjektivität hoch zu halten, wurde versucht, kaum offene Fragen zu stellen. Diese wurden ausschließlich für sonstige Bemerkungen verwendet. Die Objektivität konnte allerdings durch Fehler bei der Eingabe der Daten und deren Auswertung beeinträchtigt werden. Um das zu vermeiden, wurde die Auswertung direkt in Lime Survey und in Excel vorgenommen. Um die Interpretation der Ergebnisse objektiv durchzuführen, wurde der Schwerpunkt auf eine quantitative Datenauswertung gelegt, und auf qualitative Interpretationen fast vollständig verzichtet.

Reliabilität

Die Reliabilität beschreibt die Zuverlässigkeit und Genauigkeit eines Messverfahrens und wird über die Zusammenhänge zwischen Messwerten ermittelt. Man unterscheidet zwischen Paralleltest-Reliabilität, Retest-Reliabilität, Split-half-Reliabilität und interner Konsistenz. Im Rahmen der vorliegenden Fragebogenuntersuchung wurde weder ein Paralleltest noch ein Retest durchgeführt. Auch die Split-half-Reliabilität und die interne Konsistenz können nicht festgestellt werden, da man dazu die Items eines Fragebogens in zwei Gruppen teilt und anschließend die Ergebnisse beider Testhälften korreliert. Das

ist im vorliegenden Fall nicht möglich, da der Fragebogen ausschließlich einer aktuellen Bestandsanalyse dient und somit keine parallelen Items vorhanden sind.

Validität

Unter der Validität versteht man das Ausmaß in dem der Test jene Merkmale misst, die er messen soll. Die inhaltliche Validität beschreibt eine triviale Gültigkeit eines Verfahrens, welche im vorliegenden Fall durchaus gegeben ist. Die externe Validität setzt voraus, dass andere Messungen derselben Merkmale vorhanden sind. Die Validität wird über den Zusammenhang der vorliegenden Testergebnisse mit früheren Ergebnissen berechnet. Da zum Stellenwert von Bewegung und Sport nur ältere Ergebnisse vorliegen und körperliche Aktivität im therapeutischen Bereich durch die erst kürzlich stattgefundenen Gesetzesänderung ein sehr junger Bereich ist, erscheint ein Vergleich der aktuellen Ergebnisse mit jenen früherer Studien nicht angemessen. Die interne Validität stellt einen Zusammenhang zwischen den Ergebnissen einer Untersuchung und dem Gesamtwissen zum Konstrukt her.

6 Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Online-Befragung zusammengefasst. Da es sich um eine allgemeine Bestandsanalyse handelt, werden ausschließlich Anzahlen, Prozentwerte und Mittelwerte verwendet. Grundsätzlich lässt sich dazu anmerken, dass für die folgende Auswertung 32 vollständig ausgefüllte Datensätze verwendet wurden. Zu 19% handelt es sich dabei um stationäre Einrichtungen, 53% um ambulante und zu 28% um Einrichtungen, die sowohl stationär als auch ambulant behandeln. 12% geben an, ihre Einrichtung sei ein allgemeines Krankenhaus mit psychiatrischer Abteilung, 21% antworten, ein ausschließlich psychiatrisches Krankenhaus zu sein, 26% bezeichnen sich als Rehabilitationseinrichtung und 41% wählen als Antwortmöglichkeit Sonstiges. Bei 50% der befragten Institutionen liegt der Behandlungsschwerpunkt in der allgemeinen Psychiatrie, bei 14% in der Psychosomatik, bei 15% in der Suchttherapie und bei 21% in sonstigen Leistungen.

Im Durchschnitt befinden sich 263 Personen pro Einrichtung in Behandlung, wobei die Spannweite von sechs bis 2000 Personen reicht. Von dem Durchschnittswert von 263 Personen, waren durchschnittlich 122 männlich und 154 weiblich. Der Behandlungsschwerpunkt liegt zu 81% bei der Behandlung Erwachsener, zu 8% bei der Behandlung von Kindern und zu 11% bei der Behandlung von Senioren.

Von den vorliegenden 32 vollständig ausgefüllten Datensätzen wurden 72% von jener Person ausgefüllt, die in ihrer Einrichtung für Bewegung und Sport zuständig ist. Die restlichen 28% der Datensätze wurden von Personen beantwortet, welche in ihrer Einrichtung nicht hauptverantwortlich für Bewegung und Sport sind. Sie sind in etwa zu gleichen Anteilen Ärzte, Psycholog/innen, Sport- oder Trainingstherapeut/innen, Physiotherapeut/innen, Ergotherapeut/innen und Sozialarbeiter/innen. Bei den angegebenen Prozentwerten handelt es sich um auf die nächste ganze Zahl auf- oder abgerundete Werte.

6.1 Bewegung und Sport als therapeutisches Angebot

In 72% der Einrichtungen wird Bewegung und Sport als therapeutisches Angebot seit mehr als fünf Jahren angeboten. 16% geben an, körperliche Aktivität seit drei bis fünf Jahren in ihr Therapieprogramm aufgenommen zu haben. 3% der Institutionen bieten Bewegung und Sport erst seit ein bis zwei Jahren an und 9% können diesbezüglich keine Angabe machen.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass in etwa 91% aller angeschriebenen Institutionen Bewegung und Sport zum bestehenden Therapieangebot gehört.

6.2 Teilnahme, Zielsetzung und Ausrichtung von Bewegung und Sport in der Therapie

56% der Einrichtungen geben an, dass ihre Patient/innen selbständig entscheiden dürfen, ob sie an Bewegung und Sport teilnehmen wollen, während 9% eine verpflichtende Teilnahme vorschreiben. Bei 35% der Institutionen erfolgt die Teilnahme an körperlicher Aktivität gleichermaßen freiwillig als auch verpflichtend. Der prozentuelle Anteil dieser drei Möglichkeiten einer Teilnahme wird in Abbildung 4 anschaulich dargestellt.

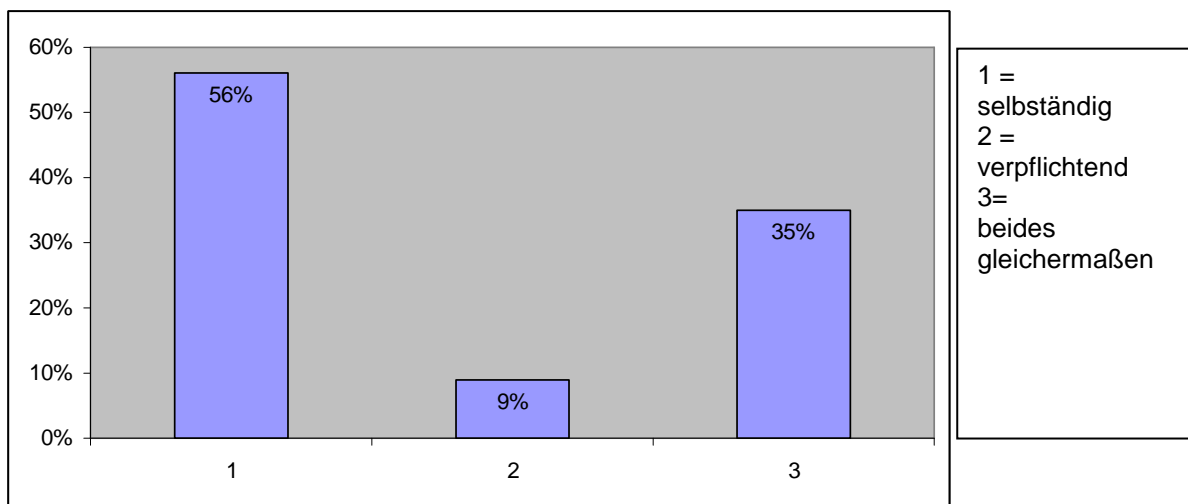


Abbildung 4: Teilnahme an körperlicher Aktivität

Bei 69% der Einrichtungen wird körperliche Aktivität überwiegend in der Gruppe durchgeführt, bei 6% einzeln und bei 25% sowohl einzeln als auch in der Gruppe, was in Abbildung 5 grafisch verdeutlicht wird.

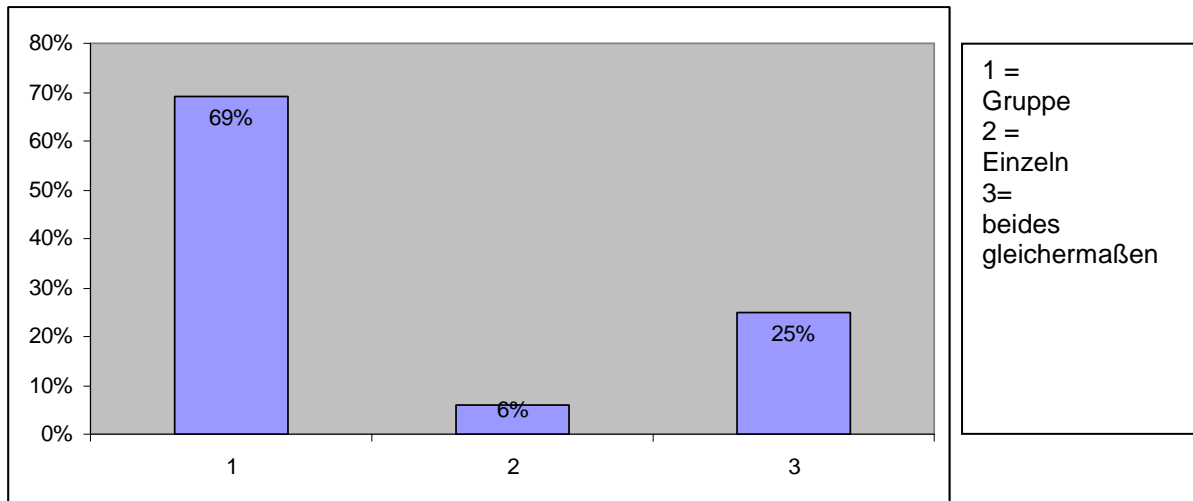


Abbildung 5: Durchführung körperlicher Aktivität

Die Ausstiegsquote von Patient/innen aus laufenden Bewegungs- und Sportprogrammen wird in 70% der Einrichtungen auf 0-20% eingeschätzt. 18% der Einrichtungen schätzen sie auf 21-40%, 9% der befragten Institutionen auf 41-60% und 3% der beantworteten Datensätze weisen auf eine Ausstiegsquote von 61-80% hin. Keine Einrichtung berichtet über eine Ausstiegsquote von 81-100%. Diese Verteilung über die Angaben über Ausstiegsquoten aus Programmen mit körperlicher Aktivität wird in Abbildung 6 gezeigt.

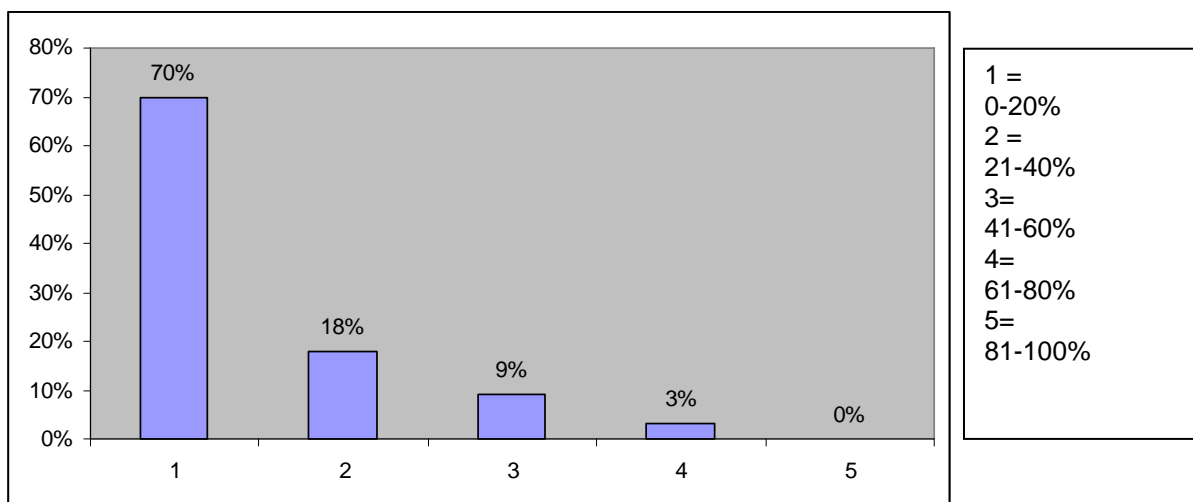


Abbildung 6: Ausstiegsquote aus Programmen mit körperlicher Aktivität

Tabelle 1 verdeutlicht, wie die Bedeutsamkeit unterschiedlicher Zielsetzungen von den einzelnen Einrichtungen bewertet wird.

Tabelle 1

Zielsetzungen von Bewegung und Sport

	Physische Funktionen verbessern	Psychische Funktionen verbessern	Sozialverhalten fördern	Kognitive Leistung fördern	Selbständige Durchführung von Sport
Nicht bedeutsam	3%	0%	3%	0%	6%
Eher nicht bedeutsam	19%	0%	0%	13%	9%
Durchschnittlich Bedeutsam	19%	9%	19%	31%	22%
Eher sehr bedeutsam	28%	19%	34%	28%	38%
Sehr bedeutsam	31%	72%	44%	28%	25%

Abbildung 7 zeigt, dass 6% der Institutionen das Bewegungs- und Sportprogramm in ihrer Einrichtung als vollkommen freizeitorientiert einschätzen. 19% würden es als eher freizeitorientiert, 62% als sowohl freizeit- als auch therapieorientiert, 13% als eher therapieorientiert und 0% als vollkommen therapieorientiert beschreiben.

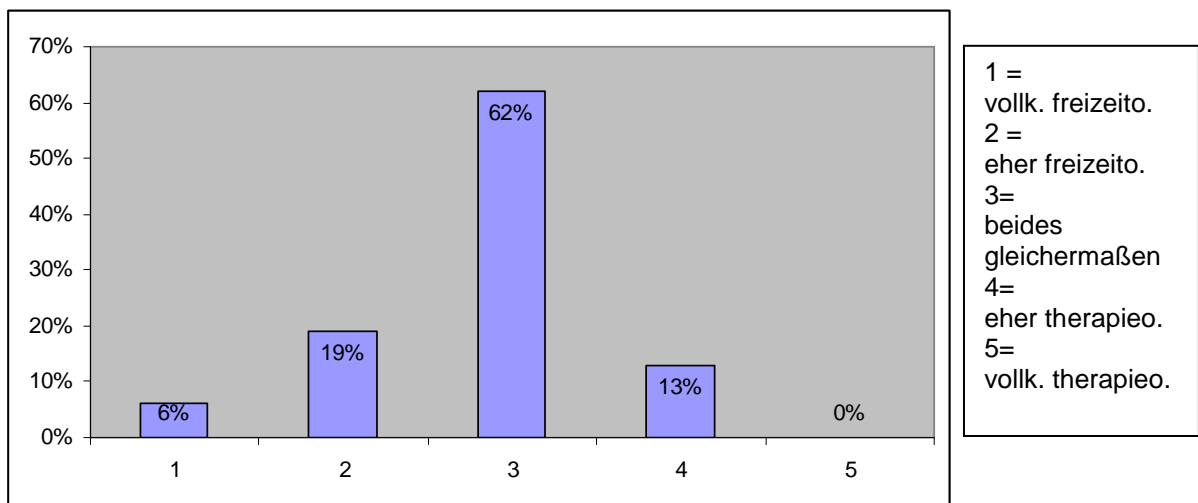


Abbildung 7: Einschätzung des bestehenden Bewegungs- und Sportprogrammes auf einem Kontinuum zwischen vollkommen freizeitorientiert und vollkommen therapieorientiert

3% der Einrichtungen beschreiben ihre Bewegungs- und Sportprogramme als vollkommen psycho-sozial, 35% als eher psycho-sozial, 59% als sowohl psycho-sozial als auch physisch-funktional, 3% als eher physisch-funktional und 0% als vollkommen physisch-funktional. Die Einschätzungen werden in Abbildung 8 grafisch dargestellt.

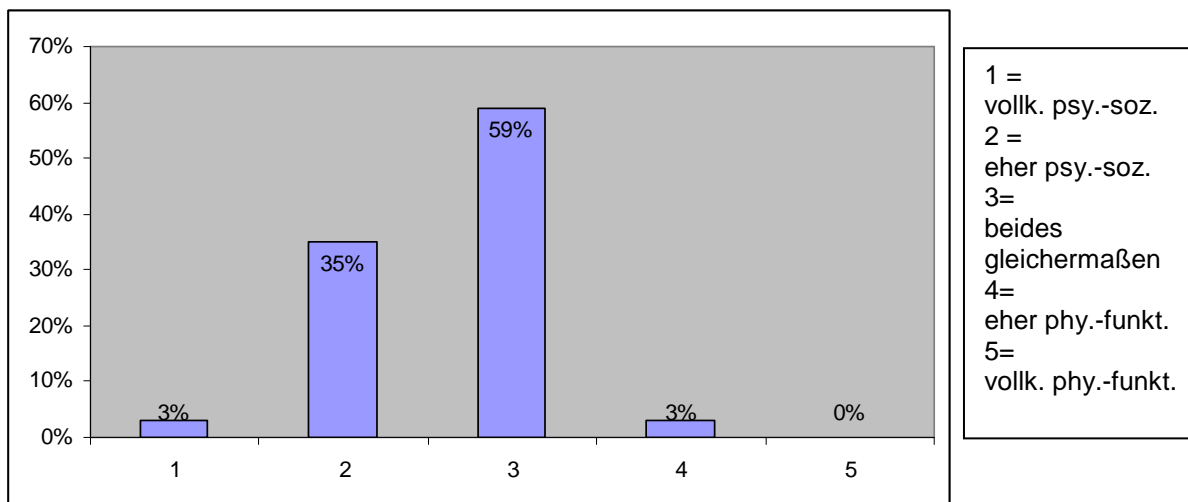


Abbildung 8: Einschätzung des bestehenden Bewegungs- und Sportprogrammes auf einem Kontinuum zwischen vollkommen psycho-sozial und vollkommen physisch-funktional

Tabelle 2 verdeutlicht, welche Aktivitäten in den einzelnen Einrichtungen mit welcher Häufigkeit angeboten werden. Dabei konnte die Durchführung unterschiedlicher Aktivitäten in fünf Abstufungen von überhaupt nicht bis mehr als fünf Mal pro Woche beurteilt werden. Es zeigt sich deutlich, dass vor allem Wahrnehmungsübungen und Entspannungsverfahren häufig angeboten werden. Die meisten Einrichtungen geben hier eine Häufigkeit von ein- bis zweimal pro Woche an.

Tabelle 2

Sportangebote und Aktivitäten-Programm

	Überhaupt nicht	Weniger als 1x pro Woche	1-2x pro Woche	3-4x pro Woche	Mehr als 5x pro Woche
Ausdauertraining	32%	16%	34%	9%	9%
Krafttraining	50%	19%	19%	6%	6%
Gymnastik	32%	19%	37%	9%	3%
Schwimmen	67%	12%	12%	9%	0%
Große Spiele	38%	25%	34%	0%	3%
Kleine Spiele	34%	32%	28%	3%	3%
Wahrnehmungsübungen	12%	25%	44%	12%	7%
Erlebnissport	76%	12%	12%	0%	0%
Tanz	44%	22%	25%	9%	0%
Entspannungsverfahren	12%	25%	41%	12%	10%
Andere Angebote	28%	32%	28%	6%	6%

6.3 Therapieformen

Tabelle 3 zeigt, mit welcher Häufigkeit unterschiedliche Therapieformen angeboten werden. Auch hier konnten fünf Abstufungen von überhaupt nicht bis mehr als fünf Mal pro Woche gewählt werden. Hier sind die häufigsten Therapieangebote jene der Bewegungs- und Sporttherapie sowie Entspannungsverfahren, welche durchschnittlich ein bis zwei Mal pro Woche angeboten werden.

Tabelle 3

Häufigkeit unterschiedlicher Therapieangebote

	Überhaupt nicht	Weniger als 1x pro Woche	1-2x pro Woche	3-4x pro Woche	Mehr als 5x pro Woche
Körperzentrierte Psychotherapie	88%	0%	9%	0%	3%
Bewegungspsychotherapeutische Verfahren	57%	6%	25%	6%	6%
Bewegungs- und Sporttherapie	25%	9%	28%	22%	16%
Physiotherapie	60%	9%	3%	19%	9%
Trainingstherapie	63%	9%	6%	13%	9%
Tanztherapie	66%	6%	13%	9%	6%
Entspannungsverfahren	19%	19%	33%	16%	13%
Fernöstliche Verfahren	59%	13%	22%	3%	3%
Sonstige	33%	19%	39%	3%	6%

6.4 Bewertung von Bewegung und Sport in der Therapie

Die in ihrer Einrichtung für körperliche Aktivität verantwortlichen Personen beurteilen die Bedeutung des bestehenden Bewegungs- und Sportprogramms zu 6% als sehr niedrig, zu 6% als niedrig, zu 22% als durchschnittlich, zu 53% als eher hoch und zu 13% als sehr hoch, wie Abbildung 9 grafisch darstellt.

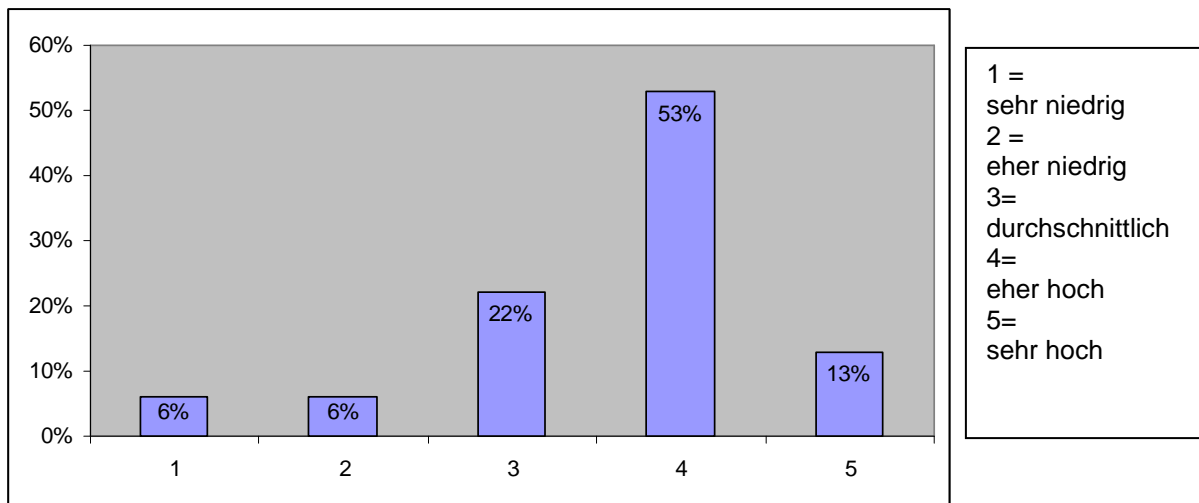


Abbildung 9: Bedeutung des bestehenden Bewegungs- und Sportprogrammes

Andere Mitarbeiter/innen der befragten Institutionen bewerten die angebotenen Bewegungs- und Sportprogramme zu 6% als überhaupt nicht ausreichend, zu 16% als eher nicht ausreichend, zu 22% als durchschnittlich, zu 50% als eher ausreichend und zu 6% als vollkommen ausreichend, was in Abbildung 10 zu sehen ist.

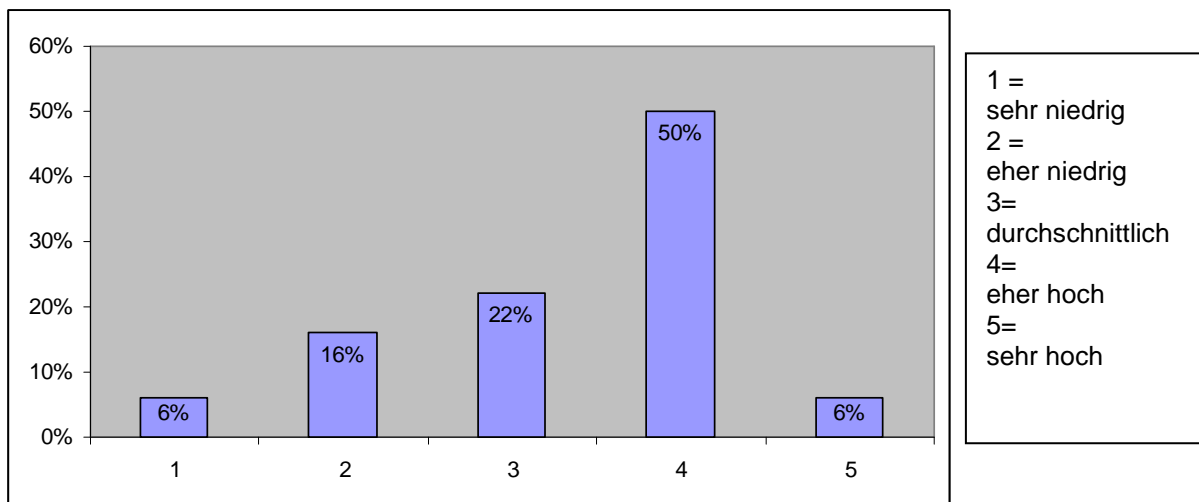


Abbildung 10: Bewertung des bestehenden Bewegungs- und Sportprogrammes

6.5 Berufsgruppe und Ausbildung

Durchschnittlich sind pro Institution neun Personen im Bereich Bewegung und Sport tätig, davon etwa gleichermaßen Männer und Frauen, mit einer Spannweite von eins bis maximal 90 Personen. Da es sich bei dem Wert von 90 Personen um einen extremen Ausreißer handelt und vermutet wird, dass es sich um eine falsche Angabe handelt, wurde die Berechnung ein zweites Mal durchgeführt, nachdem der Wert von 90 extrahiert

wurde. So hat sich die neue Anzahl von 6 Personen ergeben, welche durchschnittlich pro Einrichtung im Bereich Bewegung und Sport tätig sind.

Bei der Frage nach der Ausbildung jener Personen, die für körperliche Aktivität in ihrer Institution hauptverantwortlich sind, wurde zwischen vier Ausbildungsgruppen unterschieden:

- Ärzte/innen, Psycholog/innen, Therapeut/innen mit zusätzlicher Ausbildung in Bewegung und Sport
- Ärzte/innen, Psycholog/innen, Therapeut/innen ohne zusätzlicher Ausbildung in Bewegung und Sport
- Sportwissenschaftler/innen mit zusätzlicher psychologischer Ausbildung
- Sportwissenschaftler/innen ohne zusätzlicher psychologischer Ausbildung

In Tabelle 4 bis 7 wird der prozentuelle Anteil dieser vier Ausbildungsgruppen anschaulich dargestellt. Es zeigt sich, dass meist Ärzte/innen ohne zusätzlicher Ausbildung in Bewegung und Sport für körperliche Aktivität in ihrer Einrichtung hauptverantwortlich sind, manchmal auch Ärzte/innen mit zusätzlicher Ausbildung in Bewegung und Sport.

Tabelle 4

Ärzte/innen, Psycholog/innen, Therapeut/innen mit zusätzlicher Ausbildung in Bewegung und Sport

Personen	Anteil der Einrichtungen
0 Personen	53%
1 Person	25%
2 Personen	13%
3 Personen	6%
24 Personen	3%

Tabelle 5

Ärzte/innen, Psycholog/innen, Therapeut/innen ohne zusätzlicher Ausbildung in Bewegung und Sport

Personen	Anteil der Einrichtungen
0 Personen	34%
1 Person	23%
2 Personen	13%
3 Personen	3%
4 Personen	9%
5 Personen	3%
7 Personen	3%
10 Personen	9%
50 Personen	3%

Tabelle 6

Sportwissenschaftler/innen mit zusätzlicher psychologischer Ausbildung

Personen	Anteil der Einrichtungen
0 Personen	88%
1 Person	12%

Tabelle 7

Sportwissenschaftler/innen ohne zusätzlicher psychologischer Ausbildung

Personen	Anteil der Einrichtungen
0 Personen	88%
1 Person	3%
2 Personen	3%
3 Person	3%
4 Person	3%

6.6 Rahmenbedingungen

Abbildung 11 zeigt die Einschätzung der allgemeinen Konditionen für Bewegung und Sport in Bezug auf Einrichtungen, Ausstattungen und Räumlichkeiten. Diese werden von den Institutionen zu 31% als nicht genügend, zu 19% als genügend, zu 25% als befriedigend, zu 9% als gut und zu 16% als sehr gut eingestuft.

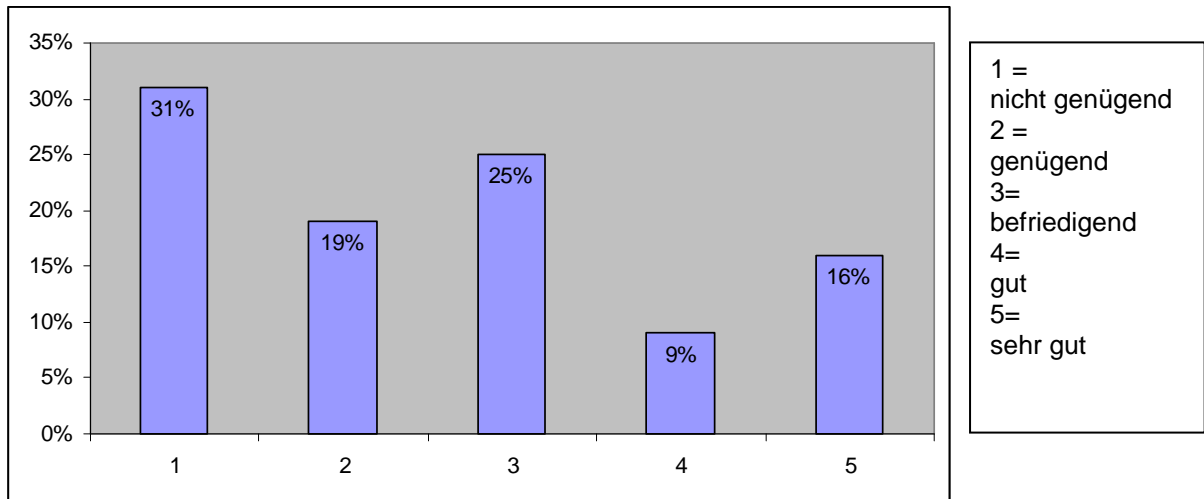


Abbildung 11: Bewertung der Konditionen des bestehenden Bewegungs- und Sportprogrammes

Tabelle 8 listet die Anzahl der Räumlichkeiten auf, die von den Institutionen benutzt werden, wobei zwischen internen, also in der Einrichtung inkludierten, und externen, außerhalb der Einrichtung liegenden Sportstätten unterschieden wird.

Tabelle 8

Benutzung unterschiedlicher Räumlichkeiten

	intern	extern
Turnhalle	4	10
Gymnastikraum	18	4
Schwimmbecken	4	7
Sportplatz	4	14
Kraftraum	5	7
Parkanlage/Wald	10	21
Sonstiges	13	10

6.7 Vernetzung

Die Kooperation mit externen Kooperationseinrichtungen wie Sportvereinen oder Freizeitclubs schätzen 31% als nicht genügend, 22% als genügend, 22% als befriedigend, 16% als gut und 9% als sehr gut ein. Abbildung 12 stellt diese Bewertung der Vernetzung grafisch dar.

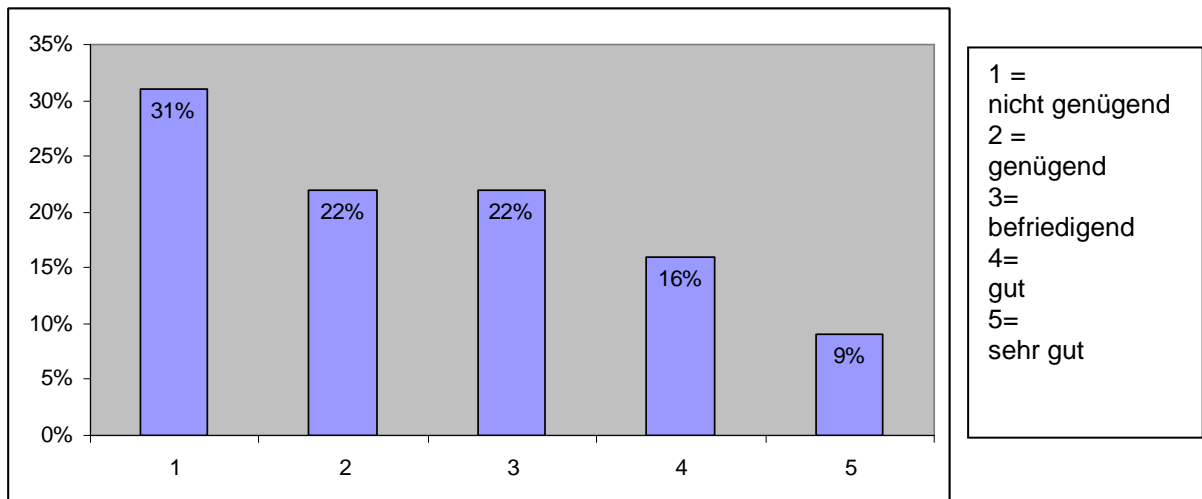


Abbildung 12: Bewertung der Kooperation mit externen Kooperationseinrichtungen

In 44% der Einrichtungen wird angegeben, dass 0-20% der Patient/innen nach Therapieende weiterhin selbständig Sport betreiben. 37% geben eine Weiterführung von 21-40% an, 16% der Institutionen eine Fortführung von 41-60% und 3% erwarten eine

selbständige Durchführung körperlicher Aktivität von 61-80% ihrer Patient/innen. Niemand erwartet eine selbständige Weiterführung von 81-100% ihrer Patient/innen, wie Abbildung 13 zeigt.

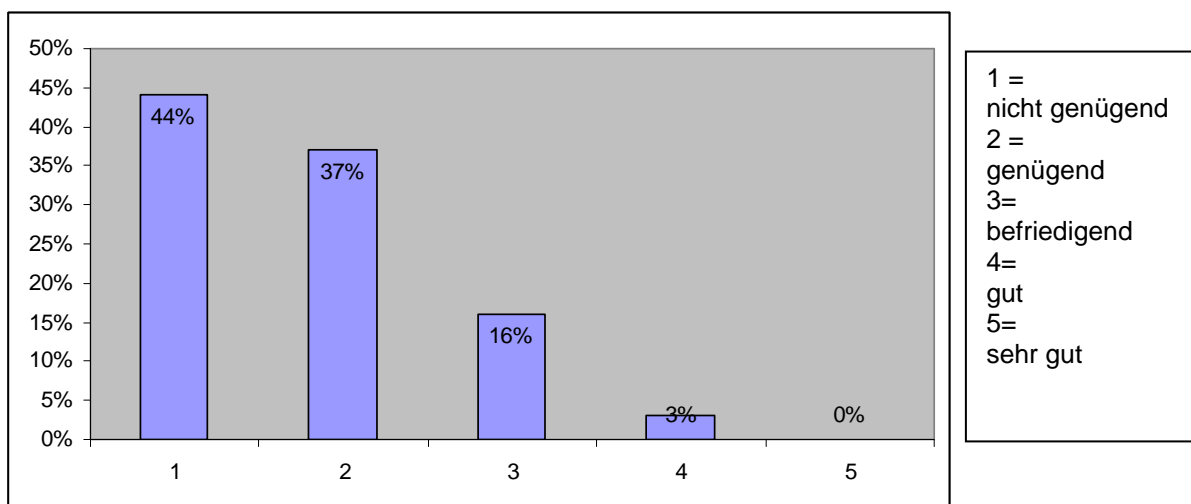


Abbildung 13: Bewertung der selbständigen Weiterführung von Bewegung und Sport nach Therapieende

Tabelle 9 und 10 zeigen die Möglichkeiten für Patient/innen, nach Therapieende weiterhin an diversen Angeboten teilzunehmen, wobei zwischen sportbezogenen und therapiebezogenen Angeboten unterschieden wird, ebenso wie zwischen Angeboten der eigenen Einrichtung und jener externer Einrichtungen.

Tabelle 9

Teilnahme an Angeboten der eigenen Einrichtung nach Therapieende

	Teilnahme möglich	Teilnahme nicht möglich
sportbezogen	34%	66%
therapiebezogen	25%	75%

Tabelle 10

Teilnahme an Angeboten externer Einrichtung nach Therapieende

	Teilnahme möglich	Teilnahme nicht möglich
sportbezogen	42%	58%
therapiebezogen	34%	66%

6.8 Dokumentation

Tabelle 11 zeigt die Zufriedenheit mit der Dokumentation der Verläufe und Ergebnisse von Bewegung und Sport in der Therapie. Die meisten Institutionen schätzen ihre Dokumentation als befriedigend bis gut ein.

Tabelle 11

Dokumentation von Ergebnissen und Verläufen

Nicht genügend	9%
Genügend	16%
Befriedigend	22%
Gut	31%
Sehr gut	16%
Keine Antwort	6%

Tabelle 12 verdeutlicht, ob nach Ermessen der für Bewegung und Sport verantwortlichen Personen die Verläufe und Ergebnisse von Bewegungs- und Sportprogrammen in Teamsitzungen ausreichend diskutiert werden, was in den meisten Fällen als gut oder sogar sehr gut eingeschätzt wird, teilweise aber auch als nicht genügend.

Tabelle 12

Diskussion von Ergebnissen und Verläufen

Nicht genügend	16%
Genügend	9%
Befriedigend	9%
Gut	38%
Sehr gut	22%
Keine Antwort	6%

In Tabelle 13 wird dargestellt, ob die für Bewegung und Sport in ihrer Einrichtung verantwortlichen Personen ausreichend in das Therapeut/innenteam integriert sind. Meist wird diese Integration als gut oder sehr gut bezeichnet.

Tabelle 13

Integration der für Bewegung und Sport verantwortlichen Personen in das Therapeut/innenteam

Nicht genügend	6%
Genügend	12%
Befriedigend	12%
Gut	22%
Sehr gut	42%
Keine Antwort	6%

7 Diskussion der Ergebnisse

Die Auswertung der beschriebenen Online-Befragung bietet eine Stellenwertanalyse zur aktuellen Situation von Bewegung und Sport im Rahmen der Therapie in österreichischen psychiatrischen Einrichtungen. Die allgemeine Rücklaufquote ist mit 70% relativ hoch, wobei die Anzahl der vollständig ausgefüllten und somit für die Untersuchung relevanten Fragebögen mit 20% eher gering ist. Kleinagel (2006) gibt in ihrer Befragung eine auswertbare Rücklaufquote von etwa 50% an, was deutlich höher ist als in der vorliegenden Arbeit. Sie schreibt allerdings, dass von österreichischen Institutionen 15 auswertbare Antwortbögen zurückgesendet wurden, was knapp die Hälfte der verwendbaren Fragebögen in der vorliegenden Arbeit darstellt.

Interessant an der vorliegenden Auswertung ist jedoch, dass alle Einrichtungen, die den Fragebogen unvollständig beantwortet haben, ihre Befragung zu einem sehr frühen Zeitpunkt abgebrochen haben, so dass die Daten für keine Auswertung verwendet werden können. Für eine Verbesserung des Fragebogens und um den Grund für den frühzeitigen Abbruch herauszufinden, wäre es interessant gewesen, den Teilnehmer/innen nach vorzeitiger Beendigung des Fragebogens eine letzte Frage zu stellen, in der sie den Grund für den Abbruch der Umfrage vor Ende der Befragung angeben sollten. So könnte man Schlüsse darauf ziehen, weshalb nur eine geringe Anzahl an Institutionen den Fragebogen vollständig ausgefüllt hat. Außerdem wäre es interessant, die spezifischen Antworten einzelnen Einrichtungen zuordnen zu können, um gegebenenfalls weiterführende Analysen durchführen zu können.

Etwa die Hälfte der Einrichtungen, die an der Befragung teilgenommen haben, sind allgemeine Krankenhäuser mit psychiatrischer Abteilung (12%), psychiatrische Krankenhäuser (21%) und Rehabilitationseinrichtungen (26%), knapp die andere Hälfte (41%) wird der Kategorie Sonstiges zugeteilt. Die hauptsächliche Zielgruppe der Behandlung, die von den Einrichtungen angegeben wird, sind erwachsene Personen (81%). Nur 8% geben als Schwerpunkt die Behandlung von Kindern, und 11% die Behandlung von Senioren an.

7.1 Bewegung und Sport als therapeutisches Angebot

In den meisten österreichischen psychiatrischen Einrichtungen (91%) gehört Bewegung und Sport zum bestehenden Therapieangebot, wobei bei mehr als der Hälfte dieser Einrichtungen (56%) die Patient/innen selbständig entscheiden dürfen, ob sie das Bewegungs- und Sportangebot in Anspruch nehmen. Im Jahr 2006 gehörte Bewegung

und Sport nur in 66% der Einrichtungen zum bestehenden Therapieangebot, was verdeutlicht, dass Bewegungs- und Sporttherapie heute mehr Bedeutung zugeschrieben wird als noch vor acht Jahren (Kleinagel, 2006).

Nur relativ wenige Einrichtungen (9%) geben eine verpflichtende Teilnahme an (vgl. Abb. 4). Das deutet darauf hin, dass Bewegung und Sport noch immer nur als ergänzende Maßnahme eingesetzt wird und nicht als eigene Therapieform. Auch Schüle und Huber (2012) beschreiben Bewegung und Sport als Ergänzung zu herkömmlichen Therapiemethoden und nicht als eigenständige Therapie.

Die häufigste Durchführung von körperlicher Aktivität findet in der Gruppe statt, einige Einrichtungen berichten, dass Bewegung und Sport sowohl in der Gruppe als auch einzeln stattfindet aber nur sehr wenige Einrichtungen behaupten, dass sie Bewegung und Sport ausschließlich einzeln durchführen (vgl. Abb. 5). Die Ergebnisse können auch in der aktuellen Literatur gefunden werden (Kleinagel, 2006). Durch eine Durchführung in der Gruppe wird vor allem das Sozialverhalten gefördert, was in einigen Studien als ein Hauptziel der Bewegungstherapie genannt wird. Man versucht Teilhabestörungen und Desintegration zu verbessern, und soziale Eingliederung zu erreichen, was durch Gruppenverfahren besser gefördert wird als durch Einzeltherapie (Schüle & Huber, 2012).

Die meisten Einrichtungen berichten über eine sehr niedrige Ausstiegsquote ihrer Patient/innen aus Therapieprogrammen mit körperlicher Aktivität, was darauf hindeutet, dass die Teilnehmer/innen Gefallen an Bewegung und Sport im Rahmen der Therapie finden und eine positive Wirkung davon auf ihre Beschwerden erwarten (vgl. Abb. 6). Etwa die Hälfte der Patient/innen einer psychiatrischen Einrichtung erwartet vor Beginn der Behandlung, dass Bewegung und Sport in Form von Spaziergängen, Entspannungsverfahren und Bewegungs- und Sporttherapie im Rahmen der Therapie regelmäßig durchgeführt wird (Fleischmann, 2003).

Die Zielsetzungen im Rahmen körperlicher Aktivität sind sehr unterschiedlich. Die meisten Einrichtungen geben an, dass die Förderung sowohl physischer Funktionen als auch des Sozialverhaltens wichtig ist. Diese Ergebnisse entsprechen auch den Hypothesen von Schüle und Huber (2012). Auch die Förderung kognitiver Funktionen und der selbständigen Durchführung von Bewegung und Sport werden als bedeutsam eingeschätzt. Als Hauptziel bestehender Bewegungs- und Sportprogramme wird jedoch die Verbesserung psychischer Funktionen angegeben. Alle befragten Einrichtungen schätzen die Förderung psychischer Funktionen zwischen durchschnittlich und sehr bedeutsam ein (vgl. Tabelle 1).

Die Ausrichtung körperlicher Aktivität wird von den befragten Institutionen sehr häufig als sowohl freizeit- als auch therapieorientiert (62%) bezeichnet, wobei die Freizeitorientierung leicht überwiegt (vgl. Abb. 7). Das verdeutlicht die Annahme, dass Bewegung und Sport als ergänzende Maßnahme zum bestehenden Therapieangebot und nicht als eigenständige Therapieform verstanden wird. Eine weitere Einschätzung hat ergeben, dass das bestehende Bewegungs- und Sportprogramm sowohl psychisch-soziale, als auch physisch-funktionale Aspekte fördert (59%), wobei den psychisch-sozialen Aspekten etwas mehr Bedeutung zugeschrieben wird (vgl. Abb. 8). Die Einschätzung zwischen physisch-funktional und psychisch-sozial bestätigt die Ergebnisse, die Kleinagel (2006) gefunden hat.

Die häufigsten Therapieverfahren mit Körperbezug, die von den einzelnen Einrichtungen durchgeführt werden, sind bewegungspsychotherapeutische Verfahren (43%), Bewegungs- und Sporttherapie (75%), Physiotherapie (40%), Entspannungsverfahren (81%) und fernöstliche Verfahren (41%), wobei Bewegungs- und Sporttherapie und Entspannungsverfahren deutlich häufiger durchgeführt werden als die übrigen Verfahren. Die durchschnittliche Durchführung dieser Verfahren liegt bei ein bis vier Mal pro Woche (vgl. Tabelle 2). Die Dauer einer einzelnen Einheit beträgt zwischen 35 und 60 Minuten (Kleinagel, 2006).

Die häufigsten Bewegungs- und Sportangebote sind Wahrnehmungsübungen (88%) und Entspannungsverfahren (88%). Das ist möglicherweise auf die häufigste Zielsetzung von körperlicher Aktivität im therapeutischen Prozess zurückzuführen, wonach hauptsächlich psychische Funktionen gefördert werden sollen (vgl. Tabelle 1). Weiters häufig durchgeführt werden Ausdauertraining (68%), Gymnastik (68%) und kleine Spiele (66%). Kleinagel (2006) ergänzt diese Liste um Krafttraining, was allerdings durch die vorliegenden Ergebnisse nicht bestätigt werden kann.

Die Bedeutung des bestehenden Bewegungs- und Sportprogrammes wird sowohl von den dafür zuständigen Personen (vgl. Abb. 9), als auch von anderen Mitarbeiter/innen der Einrichtungen (vgl. Abb. 10) als eher hoch eingeschätzt. Ab und zu wird die Bedeutung auch als durchschnittlich eingeschätzt. Eine sehr niedrige oder eher niedrige Bedeutung wird allerdings nur äußerst selten erwähnt. Kleinagel (2006) vergleicht die Bedeutung von Bewegungs- und Sportangeboten mit der Wichtigkeit weiterer Therapieverfahren. Sie kommt zu dem Schluss, dass Bewegung und Sport in 36% der Einrichtungen mehr Bedeutung zugeschrieben wird als anderen Verfahren. 50% wählen die Bewertung mittelmäßig und 14% sehen den Stellenwert von Bewegung und Sport als gering.

7.2 Berufsgruppe und Ausbildung

Durchschnittlich sind pro Einrichtung neun Personen im Bereich Bewegung und Sport tätig, was eine relativ hohe Anzahl ist. Dieser Wert wird möglicherweise durch die Angabe einer Einrichtung, welche behauptet, 90 Personen in diesem Bereich zu beschäftigen, verfälscht. Nach Ausschluss dieses Wertes aus den Ergebnissen, wurde eine durchschnittliche Zahl von 6 Personen pro Einrichtung berechnet, die für Bewegung und Sport hauptverantwortlich sind.

Die meisten Institutionen geben an, dass in ihrer Einrichtung hauptsächlich Ärzte/innen ohne zusätzlicher Ausbildung in Bewegung und Sport die Therapieprogramme mit körperlicher Aktivität übernehmen (vgl. Tabelle 4). In einigen Einrichtungen werden Bewegungs- und Sportprogramme von Ärzt/innen mit zusätzlicher Sportausbildung übernommen (vgl. Tabelle 5). In sehr wenigen Einrichtungen sind Sportwissenschaftler/innen mit der Durchführung von Bewegung und Sport beauftragt, unabhängig davon ob sie eine psychologische Ausbildung haben oder nicht (vgl. Tabelle 6 und 7). Diese Ergebnisse sind gut mit jenen von Kleinagel (2006) vergleichbar. Die aktuelle Berufssituation ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass in Österreich erst seit kurzer Zeit ein geregelter Ausbildungsablauf für Sportwissenschaftler/innen besteht, die als Trainingstherapeut/innen arbeiten wollen. Interessant wäre, ob nach Änderung des MAB-Gesetzes und der Etablierung eines festgelegten Ausbildungsverlaufs, die Anzahl an in der Trainingstherapie tätigen Sportwissenschaftler/innen ansteigt. Ein weiterer Grund für die geringe Beschäftigung an Sportwissenschaftler/innen ist, dass Bewegung und Sport aus Kostengründen oft im Aufgabenbereich anderer Berufsgruppen platziert wird (Kleinagel, 2006). Es lässt sich also in Anlehnung an Kleinagel (2006) feststellen, dass Bewegungs- und Sporttherapie häufig von nicht speziell dafür ausgebildeten Personen durchgeführt wird.

7.3 Bestehende Konditionen für Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess

Die allgemeinen Konditionen für Bewegung und Sport in Bezug auf Einrichtungen, Ausstattungen und Räumlichkeiten werden von sehr vielen Einrichtungen als nicht genügend (31%) bis maximal befriedigend beschrieben (vgl. Abb. 11). Nur relativ wenige Institutionen behaupten, dass die bestehenden Konditionen gut (9%) oder sehr gut (16%) sind. Die Frage nach dem Grund dieser mangelhaften Konditionen konnte im Rahmen dieser Umfrage nicht geklärt werden. Auch bei Kleinagel (2006) wurden Räumlichkeiten und Gerätesituation als mittelmäßig bewertet.

Zur Durchführung körperlicher Aktivität wird in den meisten Fällen eine Parkanlage oder ein Wald benutzt, was möglicherweise daran liegt, dass Bewegung an der frischen Luft eine besonders positive Wirkung zugeschrieben wird. Zu diesen Ergebnissen sind auch frühere Untersuchungen gekommen (Kleinagel, 2006). Ab und zu finden Bewegungs- und Sportprogramme auch in einem Gymnastikraum oder auf einem Sportplatz statt. Nur selten werden Turnhalle, Kraftraum oder Schwimmbecken benutzt (vgl. Tabelle 8). Kleinagel (2006) beschreibt hingegen eine sehr häufige Benutzung von Gymnastikräumen.

In mehr als der Hälfte der Einrichtungen wird die Kooperation mit externen Kooperationseinrichtungen als mangelhaft beschrieben (vgl. Abb. 12). Auch die selbständige Fortführung von Bewegung und Sport wird als ungenügend eingeschätzt (vgl. Abb. 13).

Die weiterführende Teilnahme an Angeboten der angeschriebenen Einrichtung nach Therapieende ist in den meisten Fällen nicht möglich, unabhängig davon ob die Angebote sport- oder therapiebezogen sind. Auch die Möglichkeit der Teilnahme an Angeboten externer Einrichtungen nach Therapieende wird in mehr als der Hälfte der Fälle als nicht möglich beschrieben. Auch Kleinagel (2006) schreibt, dass so gut wie keine Möglichkeiten bestehen, nach Therapieende weiterhin an Angeboten der eigenen Einrichtung teilzunehmen. Der Kontakt zu externen Einrichtungen, die weiterführende Angebote anbieten, besteht bei 20% der befragten Einrichtungen.

Obwohl die Ausstiegsquote aus freiwilligen Bewegungs- und Sportangeboten während dem Therapieverlauf sehr gering ist (vgl. Abb. 6), wird eine selbständige Fortführung von Bewegung und Sport nach Beendigung der Therapie nur in den seltensten Fällen erreicht. Das ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass die bestehenden Angebote nicht weitergeführt werden können. Die Suche neuer Sportangebote ist oft mit einem gewissen Aufwand verbunden, den die Teilnehmer/innen eventuell nicht aufnehmen möchten.

7.4 Dokumentation und Therapeut/innenteam

Die Dokumentation von Ergebnissen und Verläufen von Bewegung und Sport in der Therapie wird in den meisten Fällen als gut oder befriedigend eingeschätzt. Nur eine sehr kleine Anzahl an Institutionen (9%) beschreibt die Dokumentation als nicht genügend (vgl. Tabelle 11).

In Bezug auf die Diskussion von Ergebnissen und Verläufen der Bewegungs- und Sportprogramme äußern sich die meisten Einrichtungen (69%) als zufrieden (vgl. Tabelle

12). Auch die Integration des für Bewegung und Sport verantwortlichen Personals in das Therapeut/innenteam wird meist als gut oder sehr gut eingeschätzt (vgl. Tabelle 13). Nur 6% der Einrichtungen bewerten die Integration als nicht genügend. Das deutet auf einen steigenden Wert von Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess und eine bereits bestehende gute Anerkennung hin.

7.5. Vergleich verschiedener Variablen

7.5.1 Stationär - ambulant

Für den Vergleich verschiedener Variablen werden nur komplett ausgefüllte Antwortsätze jener Einrichtungen verwendet, die eindeutig einer Variablen zugeordnet werden können. Für den Vergleich zwischen stationären und ambulanten Institutionen konnten somit 17 Datensätze verwendet werden, sechs Datensätze von stationären, elf Datensätze von ambulanten Einrichtungen.

Die sechs stationären Einrichtungen geben alle an, dass ihr Schwerpunkt in der allgemeinen Psychiatrie liegt, wobei jeweils zwei Einrichtungen zusätzlich die Optionen Suchttherapie und Sonstiges gewählt haben. Von den elf ambulanten Einrichtungen haben ebenfalls alle die Option allgemeine Psychiatrie gewählt, drei Einrichtungen haben zusätzlich Psychosomatik, fünf Einrichtungen zusätzlich Suchttherapie und eine Einrichtung zusätzlich Sonstiges gewählt.

Sowohl in stationären als auch in ambulanten Einrichtungen gehört Bewegung und Sport zu den angebotenen Therapieverfahren. Die meisten Institutionen geben an, dass sie dieses Angebot seit mehr als fünf Jahren haben.

In Bezug auf das Therapieangebot mit Bewegung und Sport zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen. Grundsätzlich lässt sich anmerken, dass stationäre Einrichtungen ein breiteres und umfangreicheres Therapieangebot anbieten als ambulante Einrichtungen. Zu den häufigsten Verfahren zählen aber in beiden Arten der Einrichtungen Bewegungs- und Sporttherapie und Entspannungsverfahren. Jene Verfahren, die in stationären Einrichtungen angeboten werden, bieten auch ambulante Institutionen, jedoch meist in verminderter Form an. Nur die körperzentrierte Psychotherapie wird ausschließlich in stationären Einrichtungen angeboten. Tabelle 14 zeigt welche Therapieformen in welchem prozentuellen Anteil der Einrichtungen angeboten werden, unabhängig davon, wie häufig die jeweilige Durchführung stattfindet.

Tabelle 14

Häufigkeit unterschiedlicher Therapieangebote im Vergleich stationär und ambulant

Angebot	stationär	ambulant
Körperzentrierte Psychotherapie	33%	0%
Bewegungspsychotherapeutische Verfahren	50%	36%
Bewegungs- und Sporttherapie	100%	64%
Physiotherapie	83%	9%
Trainingstherapie	83%	18%
Tanztherapie	50%	9%
Entspannungsverfahren	100%	73%
Fernöstliche Verfahren	33%	45%
Sonstige	67%	55%

Die Ausrichtung von Bewegung und Sport wird sowohl in stationären als auch in ambulanten Einrichtungen als sowohl freizeit- als auch therapieorientiert beschrieben, wobei stationäre Einrichtungen eher in Richtung der Therapieorientierung tendieren, während ambulante Einrichtungen eher die Freizeitorientierung in den Vordergrund stellen. Tabelle 15 verdeutlicht diese Verteilung anschaulich.

Im Bereich der Ausrichtung auf einem Kontinuum zwischen physisch-funktional und psycho-sozial geben stationäre Einrichtungen eine ausgeglichene Ausrichtung zwischen den beiden Aspekten an, wobei sie eher zu physisch-funktional tendieren. Ambulante Institutionen stellen hier meist psycho-soziale Aspekte in den Vordergrund. Tabelle 16 verdeutlicht diese Ausrichtungen anschaulich.

Tabelle 15

Einschätzung des bestehenden Bewegungs- und Sportprogrammes auf einem Kontinuum zwischen vollkommen freizeitorientiert und vollkommen therapieorientiert – stationär und ambulant

Ausrichtung	stationär	ambulant
vollkommen freizeitorientiert	0%	9%
eher freizeitorientiert	0%	36%
beides gleichermaßen	83%	36%
eher therapieorientiert	17%	19%
vollkommen therapieorientiert	0%	0%

Tabelle 16

Einschätzung des bestehenden Bewegungs- und Sportprogrammes auf einem Kontinuum zwischen vollkommen physisch funktional und vollkommen psycho-sozial – stationär und ambulant

Ausrichtung	stationär	ambulant
vollkommen physisch-funktional	0%	0%
eher physisch-funktional	17%	0%
beides gleichermaßen	83%	36%
eher psycho-sozial	0%	55%
vollkommen psycho-sozial	0%	9%

Die Teilnahme an Angeboten mit Bewegung und Sport erfolgt in stationären Einrichtungen teilweise verpflichtend (33%) und teilweise sowohl verpflichtend als auch freiwillig (67%). In ambulanten Einrichtungen erfolgt die Teilnahme ausschließlich freiwillig (100%). Stationäre Einrichtungen bieten Bewegung und Sport überwiegend in der Gruppe an (83%) und teilweise sowohl in der Gruppe als auch einzeln (17%). Auch ambulante

Institutionen tendieren zu Bewegungs- und Sportangeboten in der Gruppe (64%), bieten aber auch Einzelstunden an (9%) und sowohl einzeln als auch in der Gruppe (27%).

Die Zielsetzungen von Bewegung und Sport in stationären und ambulanten Einrichtungen sind von unterschiedlicher Bedeutsamkeit. Grundsätzlich sollen sowohl in stationären als auch in ambulanten Einrichtungen alle fünf in Tabelle 17 genannten Zielsetzungen verfolgt werden. In Tabelle 17 wird angegeben, wie stationäre und ambulante Einrichtungen die einzelnen Zielsetzungen bewerten. Es zeigt sich, dass in beiden Arten von Einrichtungen das Hauptziel die Förderung psychischer Funktionen ist. Stationäre Einrichtungen nennen außerdem die selbständige Durchführung von Bewegung und Sport als ein sehr bedeutsames Ziel, während ambulante Einrichtungen das Sozialverhalten und ebenfalls die selbständige Durchführung als wichtig beschreiben.

Tabelle 17

Zielsetzungen von Bewegung und Sport – stationär und ambulant

	stationär	ambulant
Physische Funktionen verbessern	eher sehr bedeutsam	durchschnittlich bedeutsam
Psychische Funktionen verbessern	sehr bedeutsam	sehr bedeutsam
Sozialverhalten fördern	eher sehr bedeutsam	eher bis sehr bedeutsam
Kognitive Leistungen fördern	eher sehr bedeutsam	durchschnittlich bedeutsam
Selbständige Durchführung von Sport	sehr bedeutsam	eher sehr bedeutsam

Welche Aktivitäten in Zusammenhang mit Bewegung und Sport durchgeführt werden unterscheidet sich auch zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen. Ausdauertraining, Gymnastik, kleine Spiele, Wahrnehmungsübungen, Tanz, Entspannungsverfahren und noch weitere nicht genannte Angebote werden in allen befragten stationären Einrichtungen angeboten. Ambulante Einrichtungen bieten diese Angebote zwar auch relativ häufig, jedoch nicht immer an. Wieder zeigt sich, dass stationäre Einrichtungen ein sehr umfangreiches und vielfältiges Therapieangebot mit Bewegung und Sport haben. Nur Schwimmen wird eher selten angeboten und

Erlebnissport gar nicht. In ambulanten Einrichtungen sind die häufigsten Angebote Wahrnehmungsübungen und Entspannungsverfahren. Welche weiteren Aktivitäten in welchem prozentuellen Anteil der Einrichtungen durchgeführt werden, zeigt Tabelle 18.

Tabelle 18

Sportangebote und Aktivitäten-Programm – stationär und ambulant

	stationär	ambulant
Ausdauertraining	100%	55%
Krafttraining	83%	27%
Gymnastik	100%	55%
Schwimmen	33%	27%
Große Spiele	83%	55%
Kleine Spiele	100%	36%
Wahrnehmungsübungen	100%	73%
Erlebnissport	0%	18%
Tanz	100%	27%
Entspannungsverfahren	100%	91%
Andere Angebote	100%	55%

Sowohl in stationären als auch in ambulanten Einrichtungen werden die bestehenden Bewegungs- und Sportangebote von den Mitarbeiter/innen als eher ausreichend empfunden. Die Bedeutung wird in beiden Arten von Einrichtungen als eher hoch beschrieben.

Die Konditionen für Bewegung und Sport in Bezug auf Einrichtungen, Ausstattungen und Räumlichkeiten werden sehr unterschiedlich bewertet, was Tabelle 19 verdeutlichen soll.

Tabelle 19

Bewertung der Konditionen des bestehenden Bewegungs- und Sportprogrammes – stationär und ambulant

	stationär	ambulant
nicht genügend	17%	27%
genügend	17%	37%
befriedigend	17%	27%
gut	17%	9%
sehr gut	32%	0%

7.5.2 Allgemeines Krankenhaus mit psychiatrischer Abteilung, Psychiatrisches Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung

Im Folgenden sollen allgemeines Krankenhaus mit psychiatrischer Abteilung, psychiatrisches Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung in Bezug auf Therapieangebote mit Bewegung und Sport und Stellenwert körperlicher Aktivität im Rahmen der Therapie verglichen werden. Es werden abermals nur jene vollständigen Datensätze verwendet, die eindeutig einer Art der Einrichtung zugeordnet werden können.

So lassen sich vier Einrichtungen der Gruppe allgemeines Krankenhaus mit psychiatrischer Abteilung, neun Einrichtungen der Gruppe Psychiatrisches Krankenhaus und 13 Einrichtungen der Gruppe Rehabilitationseinrichtung zuordnen, was eine Gesamtzahl von 26 Einrichtungen ergibt.

Sowohl in allgemeinen Krankenhäusern mit psychiatrischer Abteilung, als auch in psychiatrischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen gehört Bewegung und Sport seit mehr als fünf Jahren zum bestehenden Therapieangebot.

In Bezug auf die angebotenen Therapieverfahren mit Bewegung und Sport zeigt sich ein deutlicher Unterschied zwischen den einzelnen Einrichtungsarten. Gemeinsam ist ihnen allerdings, dass Entspannungsverfahren und Bewegungs- und Sporttherapie zu den am häufigsten angebotenen Verfahren zählen. Tabelle 20 zeigt den prozentuellen Anteil an Einrichtungen, die spezielle Verfahren mit Bewegung und Sport anbieten.

Tabelle 20

Häufigkeit unterschiedlicher Therapieangebote im Vergleich AKH mit psychiatrischer Abteilung, psychiatrisches KH und Rehabilitationseinrichtung

	AKH mit psychiatrischer Abteilung	Psychiatrisches KH	Rehabilitationseinrichtung
Körperzentrierte Psychotherapie	0%	45%	15%
Bewegungspsycho- therapeutische Verfahren	0%	78%	54%
Bewegungs- und Sporttherapie	100%	89%	85%
Physiotherapie	100%	89%	46%
Trainingstherapie	75%	56%	62%
Tanztherapie	50%	67%	23%
Entspannungsverfahren	100%	100%	100%
Fernöstliche Verfahren	50%	56%	46%
Sonstige	75%	67%	77%

Alle drei Arten der Einrichtungen schätzen Bewegung und Sport gleichermaßen freizeitorientiert als auch therapieorientiert und gleichermaßen physisch-funktional als auch psycho-sozial ein.

Der Vergleich allgemeiner Krankenhäuser mit psychiatrischer Abteilung, psychiatrischer Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen zeigt, dass teilweise den unterschiedlichen Zielsetzungen unterschiedliche Bedeutsamkeiten zugeschrieben werden, wobei in allen drei Arten von Einrichtungen allen Zielsetzungen eine sehr hohe Bedeutsamkeit zugeschrieben wird. Tabelle 21 zeigt die Bedeutsamkeit unterschiedlicher Zielsetzungen.

Tabelle 21

Zielsetzungen unterschiedlicher Therapieangebote im Vergleich AKH mit psychiatrischer Abteilung, psychiatrisches KH und Rehabilitationseinrichtung

	AKH mit psychiatrischer Abteilung	Psychiatrisches KH	Rehabilitationseinrichtung
Physische Funktionen verbessern	eher sehr bedeutsam	sehr bedeutsam	sehr bedeutsam
Psychische Funktionen verbessern	sehr bedeutsam	sehr bedeutsam	sehr bedeutsam
Sozialverhalten fördern	sehr bedeutsam	sehr bedeutsam	sehr bedeutsam
Kognitive Leistung fördern	sehr bedeutsam	sehr bedeutsam	eher sehr bedeutsam
Selbständige Durchführung von Sport	eher sehr bedeutsam	sehr bedeutsam	eher sehr bedeutsam

Die Sportangebote in allgemeinen Krankenhäusern mit psychiatrischer Abteilung, psychiatrischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen sind gut vergleichbar. Die häufigsten Angebote sind Entspannungsverfahren und Wahrnehmungsübungen. Tabelle 22 zeigt den prozentuellen Anteil jener Einrichtungen, die spezielle Sportangebote durchführen.

Tabelle 22

Sportangebote und Aktivitäten-Programm im Vergleich AKH mit psychiatrischer Abteilung, psychiatrisches KH und Rehabilitationseinrichtung

	AKH mit psychiatrischer Abteilung	Psychiatrisches KH	Rehabilitationseinrichtung
Ausdauertraining	100%	78%	92%
Krafttraining	100%	78%	85%
Gymnastik	100%	89%	69%
Schwimmen	50%	67%	62%
Große Spiele	50%	89%	85%
Kleine Spiele	100%	89%	85%
Wahrnehmungsübungen	100%	89%	85%
Erlebnissport	25%	45%	62%
Tanz	75%	78%	54%
Entspannungsverfahren	100%	100%	100%
Andere Angebote	75%	89%	85%

Die bestehenden Bewegungs- und Sportprogramme werden von den Mitarbeiter/innen aller drei Einrichtungsarten als durchschnittlich bis eher ausreichend empfunden. Jene Personen, die für Bewegung und Sport verantwortlich sind, beurteilen die Bedeutung von Bewegung und Sport als eher hoch. Sowohl zwischen den Einschätzungen der Mitarbeiter/innen als auch zwischen den Bewertungen jener Personen, die für Bewegungs- und Sportangebote hauptverantwortlich sind, zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen allgemeinen Krankenhäusern mit psychiatrischer Abteilung, psychiatrischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen.

Die Bewertungen bestehender Konditionen unterscheiden sich zwischen den drei Einrichtungsarten und sollen in Tabelle 23 anschaulich dargestellt werden.

Tabelle 23

Bewertung der Konditionen im Vergleich AKH mit psychiatrischer Abteilung, psychiatrisches KH und Rehabilitationseinrichtung

	AKH mit psychiatrischer Abteilung	Psychiatrisches KH	Rehabilitationseinrichtung
nicht genügend	25%	34%	8%
genügend	25%	11%	15%
befriedigend	0%	11%	31%
gut	25%	22%	31%
sehr gut	25%	22%	15%

Auch die Einschätzung der Kooperationen mit externen Kooperationseinrichtungen wird von allgemeinen Krankenhäusern mit psychiatrischer Abteilung, psychiatrischen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen sehr unterschiedlich bewertet. Diese Einschätzungen werden in Tabelle 24 dargestellt.

Tabelle 24

Bewertung der Kooperation mit externen Kooperationseinrichtungen im Vergleich AKH mit psychiatrischer Abteilung, psychiatrisches KH und Rehabilitationseinrichtung

	AKH mit psychiatrischer Abteilung	Psychiatrisches KH	Rehabilitationseinrichtung
nicht genügend	50%	33,5%	15%
genügend	25%	11%	0%
befriedigend	0%	33,5%	47%
gut	0%	11%	23%
sehr gut	25%	11%	15%

8 Schlussfolgerung und Ausblick

Die vorliegende Untersuchung zum Stellenwert von Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess in psychiatrischen Einrichtungen Österreichs liefert einige Ergebnisse zur aktuellen Situation. Trotz einem zufriedenstellenden Resultat der Befragung sind einige Verbesserungen möglich.

Bei der durchgeführten Online-Untersuchung haben sehr viele Einrichtungen begonnen, den Fragebogen auszufüllen, jedoch nur sehr wenige haben die Befragung auch vollständig ausgefüllt beendet. Durch die Anonymität der einzelnen Datensätze kann kein Rückschluss darauf gezogen werden, welchen Einrichtungen welche Befragung zuzuordnen ist. Für zukünftige Untersuchungen ist anzudenken, eine nicht anonymisierte Umfrage durchzuführen, um die eben beschriebene Problematik zu beheben. Daraus könnte sich möglicherweise ein höherer Rücklauf an vollständig ausgefüllten Fragebögen ergeben, da die einzelnen Institutionen nicht den Schutz der Anonymität ausnützen können. So könnte zugeordnet werden, welche Einrichtungen eine vollständige und welche eine unvollständige Befragung durchgeführt hat. Andererseits könnte aus der Aufhebung der Anonymität auch ein geringerer Rücklauf resultieren, da die Einrichtungen keinen detaillierten und vor allem zuordenbaren Einblick in ihre Therapieangebote geben wollen. Außerdem würde sich die fehlende Anonymität möglicherweise negativ auf die Richtigkeit der gegebenen Antworten auswirken, da sich jede Institution bestmöglich darstellen will und somit nicht wahrheitsgetreu antwortet.

Für zukünftige Untersuchungen wäre ebenfalls anzudenken, einen Fragebogen zu entwerfen, der nach dem Grund einer frühzeitigen Beendigung fragt. So würde nach Abbruch der Befragung eine zusätzliche Frage erscheinen, in der die Einrichtungen angeben können, weshalb die Umfrage nicht vollständig durchgeführt wird. Daraus könnte man Verbesserungen für weitere Untersuchungen schaffen, indem man versucht die Gründe für frühzeitige Abbrüche zu minimieren.

Außerdem wäre es interessant herauszufinden, weshalb die bestehenden Konditionen als mangelhaft eingeschätzt werden und wie sich diese Problematik beheben ließe. Weiters wäre es nützlich zu erforschen, ob möglicherweise bereits Vorhaben bestehen, um die mangelhaften Konditionen zu verbessern. Dazu müsste entweder ein neuer Fragebogen entwickelt werden, oder einige Einrichtungen in einem mündlichen Interview befragt werden. So könnte man auch einen besseren allgemeinen Überblick über die bestehende Situation und persönliche Einschätzungen der für Bewegung und Sport hauptverantwortlichen Personen erhalten.

Ein weiterer offen gebliebener Punkt ist, wie man die Fortführung von Bewegung und Sport nach Therapieende steigern kann. Dazu wären zum Beispiel weitere Kooperationen mit externen Einrichtungen wie Sport- und Freizeitclubs anzudenken, an die Teilnehmer/innen überwiesen werden, sobald ein Therapieende in Aussicht ist. Auch die Planung und Durchführung weiterführender Bewegungs- und Sportprogramme der therapeutischen Einrichtungen wäre ein Aspekt, der eine Weiterführung von Bewegung und Sport nach Beendigung der Therapie begünstigen und für die Teilnehmer/innen deutlich erleichtern würde.

Ein letzter Aspekt, der für zukünftige Untersuchungen interessant ist, ist die Frage ob sich das Personal, welches Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess durchführt, nach Änderung des MAB-Gesetzes ändert. Eine mögliche Entwicklung wäre, dass durch die verbesserte Ausbildung im Rahmen der Trainingstherapie in Zukunft mehr Sportwissenschaftler/innen in therapeutischen Einrichtungen arbeiten und dort für die Durchführung körperlicher Aktivität im Rahmen der Therapie hauptverantwortlich sind.

9 Verzeichnisse

9.1 Literaturverzeichnis

AABP (2012) Körperpsychotherapie. Zugriff am 27.10.2014 unter: <http://www.aabp.at/koerperpsychotherapie.html>

AGAKAR (2013). AGAKAR. Zugriff am 22.11.2013 unter: <http://www.agakar.at/aktuelles/internes.html>

Barz, M., Huonker, M. (2010). Sporttherapie - Theoretische Grundlagen und praktische Anwendung. *SportOrthoTrauma*, 26, 209-215.

Berufsverband der SportwissenschaftlerInnen (2013). Newsletter 2013. Zugriff am 22.11.2013 unter: http://www.diesportwissenschaftler.at/documents/VSOENewsletterMai2013_ohne.pdf

Bratusa, M., Jung, O. (2014, 8. Jänner) Sport- & Bewegungstherapie. Inhalte & Methoden. Zugriff am 12.3.2014 unter: <http://www.schoen-kliniken.de/ptp/medizin/mobilitaet/therapie/bewegungstherapie/inhalte/>

Bundesministerium für Gesundheit (2013). BMG. Zugriff am 3.2.2014 unter: <http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Berufe/Beiraete/Trainingstherapiebeirat>

Bundesministerium für Gesundheit (2012). Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Zugriff am 21.4.2014 unter: https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/gesundheitswesen_LN.html

Bundesministerium für Gesundheit (2013) Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. Zugriff am 21.4.2014 unter: https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/DasGesundheitswesenimUeberblicktml_LN.html

Coakley, J. (2011). Youth Sports: What Counts as "Positive Development?". *Journal of Sport & Social Issues*, 35(3) 306–324.

Fleischmann, H. (2003). Was erwarten psychisch Kranke von der Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus. *Psychiat Prax*, 30, 136-139.

Franke, A. (2012) Modelle von Gesundheit und Krankheit. (3. Auflage). Bern: Verlag Hans Huber.

Friepoertner, I. (2005). Online-Fragebogen, Zugriff am 13.10.2014 unter: <http://www.online-fragebogen.com/9/fragebogen-qualitaetskriterien.html>

Fuchs, R. (2003) Sport, Gesundheit und Public Health. Freiburg: Hogrefe-Verlag.

Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40, 130-145.

Gregoritsch, J., Vranek, A., Ladurner, J., Hagleitner, J., Eggerth, A., Hofer, K., et al. (2011). Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Projekt „Psychische Gesundheit“ Abschlussbericht. Wien/Salzburg: GKK.

- Häcker, H., Stapf, K. (2009). Dorsch. Psychologisches Wörterbuch. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hölter, G. (2011). Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Huber, G., Broocks, A., Meyer, T. (2008). Bewegung und seelische Gesundheit.
- Klein, P., (2007). Tanztherapie. Ein Weg zum Ganzheitlichen Sein (3. Auflage). Kiel: Dieter Balsies Verlag.
- Kleinagel, R. (2004) Zum Stand der Bewegungs- und Sporttherapie in psychiatrischen und suchtttherapeutischen Einrichtungen in Österreich und der Schweiz. Diplomarbeit, Deutsche Sporthochschule Köln.
- Mayer, H.O. (2002). Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung und Auswertung. München: Oldenbourg.
- Payne, R.A., (1998). Entspannungstechniken. Ein praktischer Leitfadens für Therapeuten. Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm: G. Fischer.
- Röthig, P., Prohl, R. (2003). Sportwissenschaftliches Lexikon. (7. Auflage). Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Sachse, K. (2009). FOCUS Magazin. Zugriff am 27.10.2014 unter: http://www.focus.de/gesundheit/gesundleben/fitness/tid-13583/tid-13586/gesundheit-yogawirkt_aid_369146.html
- Schaik, R., (2005). EABP European Association for Body Psychotherapy. Zugriff am 12.3.2014 unter: <http://www.eabp.org/links.php>
- Schumacher Dimech, A., Seiler, R. (2011). Extra-curricular sport participation: A potential buffer against social anxiety symptoms in primary school children. *Psychology of Sport and Exercise*. 12(4), 347-354.
- Schüle, K., Huber, G. (2012). Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation. (3. Auflage). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Tanztherapie-Berufsverband (2009-2013). Was ist Tanz und Ausdruckstherapie. Berufsverband für Tanztherapie, Zugriff am 27.10.2014 unter: <http://www.tanztherapie-berufsverband.at/pages/tanztherapie.php>
- Wagner, B. (2012). Studie „Seelische Gesundheit in Österreich“. Zugriff am 12.3.2014 unter: http://www.innenwelt.at/sites/default/files/ICG_Studie_Seelische%20Gesundheit%20in%20%C3%96sterreich_Summary_2012_10_12.pdf
- Wagner, P., Brehm, W. (2008). Körperlich-sportliche Aktivität und Gesundheit. In: Beckmann, J. & Kellmann, M. (Hrsg.) *Enzyklopädie der Psychologie*. Band D/V/2: Anwendungen der Sportpsychologie. Göttingen: Verlag für Psychologie Hogrefe.
- Weineck, J. (2010). Sportbiologie. (10. Auflage). Balingen: Spitta-Verlag.
- Ziniel, G. (2008, 1. Mai). Betten-Ist-Stand in der Psychiatrie. Planung Psychiatrie 2008. Zugriff am 12.3.2014 unter: <http://www.goeg.at/de/Bereich/Betten-Ist-Stand-in-der-Psychiatrie.html>

9.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bewegungstherapie als Schnittstelle zwischen Sport- und Bewegungswissenschaften, Medizin und Psychologie (Hölter, 2011, S.77)

Abbildung 2: Ziele der Sporttherapie (Schüle & Huber, 2012, S.31)

Abbildung 3: Modell einer Methodik der klinischen Bewegungstherapie (Hölter, 2011, S.132)

Abbildung 4: Teilnahme an körperlicher Aktivität

Abbildung 5: Durchführung körperlicher Aktivität

Abbildung 6: Ausstiegsquote aus Programmen mit körperlicher Aktivität

Abbildung 7: Einschätzung des bestehenden Bewegungs- und Sportprogrammes auf einem Kontinuum zwischen vollkommen freizeitorientiert und vollkommen therapieorientiert

Abbildung 8: Einschätzung des bestehenden Bewegungs- und Sportprogrammes auf einem Kontinuum zwischen vollkommen psycho-sozial und vollkommen physisch-funktional

Abbildung 9: Bedeutung des bestehenden Bewegungs- und Sportprogrammes

Abbildung 10: Bewertung des bestehenden Bewegungs- und Sportprogrammes

Abbildung 11: Bewertung der Konditionen des bestehenden Bewegungs- und Sportprogrammes

Abbildung 12: Bewertung der Kooperation mit externen Kooperationseinrichtungen

Abbildung 13: Bewertung der selbständigen Weiterführung von Bewegung und Sport nach Therapieende

9.3 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zielsetzungen von Bewegung und Sport

Tabelle 2: Sportangebote und Aktivitäten-Programm

Tabelle 3: Häufigkeit unterschiedlicher Therapieangebote

Tabelle 4: Ärzte/innen, Psycholog/innen, Therapeut/innen mit zusätzlicher Ausbildung in Bewegung und Sport

Tabelle 5: Ärzte/innen, Psycholog/innen, Therapeut/innen ohne zusätzlicher Ausbildung in Bewegung und Sport

Tabelle 6: Sportwissenschaftler/innen mit zusätzlicher psychologischer Ausbildung

Tabelle 7: Sportwissenschaftler/innen ohne zusätzlicher psychologischer Ausbildung

Tabelle 8: Benutzung unterschiedlicher Räumlichkeiten

Tabelle 9: Teilnahme an Angeboten der eigenen Einrichtung nach Therapieende

Tabelle 10: Teilnahme an Angeboten externer Einrichtung nach Therapieende

Tabelle 11: Dokumentation von Ergebnissen und Verläufen

Tabelle 12: Diskussion von Ergebnissen und Verläufen

Tabelle 13: Integration der für Bewegung und Sport verantwortlichen Personen in das Therapeut/innenteam

Tabelle 14: Häufigkeit unterschiedlicher Therapieangebote im Vergleich stationär und ambulant

Tabelle 15: Einschätzung des bestehenden Bewegungs- und Sportprogrammes auf einem Kontinuum zwischen vollkommen freizeitorientiert und vollkommen therapieorientiert – stationär und ambulant

Tabelle 16: Einschätzung des bestehenden Bewegungs- und Sportprogrammes auf einem Kontinuum zwischen vollkommen physisch funktional und vollkommen psycho-sozial – stationär und ambulant

Tabelle 17: Zielsetzungen von Bewegung und Sport – stationär und ambulant

Tabelle 18: Sportangebote und Aktivitäten-Programm – stationär und ambulant

Tabelle 19: Bewertung der Konditionen des bestehenden Bewegungs- und Sportprogrammes – stationär und ambulant

Tabelle 20: Häufigkeit unterschiedlicher Therapieangebote im Vergleich AKH mit psychiatrischer Abteilung, psychiatrisches KH und Rehabilitationseinrichtung

Tabelle 21: Zielsetzungen unterschiedlicher Therapieangebote im Vergleich AKH mit psychiatrischer Abteilung, psychiatrisches KH und Rehabilitationseinrichtung

Tabelle 22: Sportangebote und Aktivitäten-Programm im Vergleich AKH mit psychiatrischer Abteilung, psychiatrisches KH und Rehabilitationseinrichtung

Tabelle 23: Bewertung der Konditionen im Vergleich AKH mit psychiatrischer Abteilung, psychiatrisches KH und Rehabilitationseinrichtung

Tabelle 24: Bewertung der Kooperation mit externen Kooperationseinrichtungen im Vergleich AKH mit psychiatrischer Abteilung, psychiatrisches KH und Rehabilitationseinrichtung

10 Anhang

10.1 Lebenslauf

Zur Person

Geburtsdaten	7. Jänner 1991 in Wien
Staatsbürgerschaft	Österreich
Kontakt	theri@gmx.at

Studium

seit Wintersemester 2012	Magisterstudium Sportwissenschaft in Wien
2009 WS - 2012 SS	Bakkalaureatsstudium Sportwissenschaft in Wien
2010 WS - 2013 WS	Bachelorstudium Psychologie in Wien

Schule

2009	AHS-Matura mit ausgezeichnetem Erfolg
2001-2009	Allgemeinbildende höhere Schule Geringergasse

Praktika und Berufserfahrung

seit September 2009	Eishockey-Trainerin der EAC Junior Capitals
seit Dezember 2009	Freizeitbetreuerin der Österreichische Autistenhilfe
seit 2005	Kinderbetreuung und Coaching bei Sportwochen

Kenntnisse

Deutsch - Muttersprache
Englisch - fließend in Wort und Schrift / Certificate in Advanced English
A-Lizenz Trainerausbildung Eishockey
Fitness und Athletik Trainerausbildung
Kinesiologie „Touch for Health“ 1 & 2 und kinesiologisches Taping
Diplom Massage
Diplom Sportmentaltraining
Speed Reading
Nordic Walking Lehrerausbildung
Österreichischer Rettungsschwimmerschein
Dameneishockey Nationalteam

Stand: 13.10.2014

10.2 Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit *selbstständig verfasst habe* und nur die ausgewiesenen Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde daher weder an einer anderen Stelle eingereicht noch von anderen Personen vorgelegt.

10.3 Fragebogen

Bewegung und Sport im therapeutischen Prozess in psychiatrischen und drogentherapeutischen Einrichtungen Österreichs



universität
wien



Sehr geehrte Damen und Herren!

Im Rahmen einer Forschung der Abteilung Sportpsychologie der Universität Wien über den Stellenwert von Bewegung und Sport in der Therapie führen wir eine Befragung an alle österreichischen Einrichtungen der Psychiatrie, Psychosomatik und Drogentherapie durch. Ziel ist es, Erkenntnisse über die momentane Nutzung von Bewegung und Sport in der Therapie zu gewinnen und diese möglicherweise als Grundlage für zukünftige Initiativen nutzen zu können.

Die vorliegenden Fragen sollen von jener Person beantwortet werden, die in Ihrer Einrichtung für Bewegung und Sport verantwortlich ist. Gibt es keine hauptverantwortliche Person für diesen Bereich, ist der Fragebogen von dem/der Leiter/in der jeweiligen Abteilung auszufüllen.

Da es hierbei um die Erfassung der aktuellen Situation in Österreich geht, bitte ich Sie um offene und ehrliche Antworten, sodass eine verlässliche Auswertung und ein repräsentatives Ergebnis erzielt werden können. Bitte nehmen Sie sich die Zeit, den Fragebogen vollständig auszufüllen.

Die Bearbeitung wird in etwa 20 Minuten in Anspruch nehmen. Am Ende des Fragebogens geben wir Ihnen über einen gesonderten Fragebogen die Möglichkeit, eine Kontakt Email anzugeben, an die wir dann die Ergebnisse der Studie übermitteln würden.

Für Rückfragen können Sie sich jederzeit an clemens.ley@univie.ac.at wenden.

Dr. Clemens Ley

Theresa Hornich

Informationen zur Einrichtung

1. Um welche Art der Einrichtung handelt es sich?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- stationär
- ambulant
- beides

2. Um welche Art der Einrichtung handelt es sich?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Allgemeines Krankenhaus mit psychiatrischer Abteilung
- Psychiatrisches Krankenhaus
- Rehabilitationseinrichtung
- Sonstiges: _____

Schwerpunkte

3. Welche Schwerpunkte haben Sie in Ihrer Einrichtung?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Allgemeine Psychiatrie
- Psychosomatik
- Suchttherapie
- Sonstiges: _____

3a. Welche Teilbereiche der Suchttherapie bieten Sie an?

Folgefrage: nur bei Beantwortung der Frage 3. mit „Suchttherapie“

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Suchtentzug
- Suchtentwöhnung
- Suchtrehabilitation
- Sonstiges: _____

3b. Auf welchen Substanzen liegen die Schwerpunkte in Ihrer Einrichtung?

Folgefrage: nur bei Beantwortung der Frage 3. mit „Suchttherapie“

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Alkohol

- Medikamente
- harte Drogen (z.B. Heroin, Kokain,...)
- Andere Süchte

Patient/innen

4. Wie viele Patient/innen befinden sich derzeit in Ihrer Einrichtung in Behandlung?

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

- Gesamtzahl: _____
- davon Männer: _____
- davon Frauen: _____

Patient/innen 2

5. Bei der Behandlung welcher Altersgruppe liegt in Ihrer Einrichtung der Schwerpunkt?

Bitte wählen Sie alle zutreffenden Antworten aus:

- Kinder/Jugendliche
- Erwachsene
- Senioren

Position

6. Welche Position haben Sie persönlich in dieser Einrichtung?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Arzt/Ärztin
- Psychologe/in
- Sporttherapeut/in, Trainingstherapeut/in
- Physiotherapeut/in
- Ergotherapeut/in
- Sozialarbeiter/in
- Anderes

6a. Welche Position haben Sie persönlich in dieser Einrichtung?

Folgefrage: nur bei Beantwortung der Frage 6. mit „Anderes“

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein: _____

7. Sind Sie in Ihrer Einrichtung verantwortlich für Bewegung und Sport? *

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- Ja
- Nein

Therapieangebot

8. Welche Therapieformen mit Bewegung und Sport werden in Ihrer Einrichtung angeboten?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	überhaupt nicht	Weniger als 1x pro Woche	1-2x pro Woche	3-4x pro Woche	mehr als 5x pro Woche
Körperzentrierte Psychotherapie (Hakomi, Biodynamik,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewegungspsychotherapeutische Verfahren (integrative Bewegungstherapie, konzentrierte Bewegungstherapie,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewegungs- und Sporttherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Physiotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trainingstherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tanztherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entspannungsverfahren (autogenes Training, progressive Muskelrelaxation,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fernöstliche Verfahren (Yoga, Tai Chi,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Verfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Haben Sie sonstige Kommentare zum Therapieangebot in Ihrer Einrichtung?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein: _____

Therapieverfahren

10. Seit wann wird in Ihrer Einrichtung Bewegung und Sport als Bestandteil des Therapieverfahrens angeboten?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- unter 1 Jahr
- 1-2 Jahre
- 3-5 Jahre
- mehr als 5 Jahre
- keine Angabe möglich

Sport und Bewegung = jegliche gesundheitsfördernde Aktivität (z.B. Tanz, Spiele, unterschiedliche Bewegungsaufgaben, Entspannungsverfahren,...)

Einordnung Bewegung und Sport

11. Wie würden Sie Bewegung und Sport in Ihrer Einrichtung einschätzen? (Bitte kreuzen Sie auf dem Kontinuum an, wie Sie die Ausrichtung von Bewegung und Sport in Ihrer Einrichtung einschätzen)

1= vollkommen freizeitorientiert

2 = eher freizeitorientiert

3 = sowohl freizeitorientiert als auch therapieorientiert

4 = eher therapieorientiert

*5 = vollkommen therapieorientiert **

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

12. Wie würden Sie Bewegung und Sport in Ihrer Einrichtung einschätzen? (Bitte kreuzen Sie auf dem Kontinuum an, wie Sie die Ausrichtung von Bewegung und Sport in Ihrer Einrichtung einschätzen)

1= vollkommen physisch-funktional

2 = eher physisch-funktional

3 = sowohl physisch-funktional als auch psycho-sozial

4 = eher psycho-sozial

5 = vollkommen psycho-sozial

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

- | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Teilnahme

13. Wie erfolgt die Teilnahme von Patient/innen an Bewegung und Sport in Ihrer Einrichtung?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- freiwillig
- verpflichtend
- beides gleichermaßen

14. Wie erfolgt die Teilnahme von Patient/innen an Bewegung und Sport in Ihrer Einrichtung?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- überwiegend in der Gruppe
- überwiegend einzeln
- beides gleichermaßen

Ausstiegsquote

15. Wie schätzen Sie die Ausstiegsquote aus dem Bewegungs- und Sportprogramm während der Behandlung in Ihrer Einrichtung ein?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 0-20% Aussteiger
- 21-40% Aussteiger
- 41-60% Aussteiger
- 61-80% Aussteiger
- 81-100% Aussteiger

16. Wie schätzen Sie die Aufrechterhaltung von Bewegung und Sport nach Therapieende ein? Wie viele Personen werden Ihrer Meinung nach Bewegung und Sport selbstständig weiterführen?

Bitte wählen Sie nur eine der folgenden Antworten aus:

- 0-20% Fortführung
- 21-40% Fortführung
- 41-60% Fortführung
- 61-80% Fortführung
- 81-100% Fortführung

Bedeutsamkeit

17. Bewerten Sie die Bedeutsamkeit folgender Zielsetzungen von Bewegung und Sport in der Therapie in Ihrer Einrichtung:

1= nicht bedeutsam

2 = eher nicht bedeutsam

3 = durchschnittlich bedeutsam

4 = eher sehr bedeutsam

5 = sehr bedeutsam

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	1	2	3	4	5
Physische Funktionen verbessern (Ausdauer, Kraft, Koordination, Beweglichkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychisches Befinden verbessern (Wohlbefinden, emotionale Stabilität)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sozialverhalten fördern (Teamfähigkeit, Empathie,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kognitive Leistung fördern (Aufmerksamkeit, Konzentration, Lernprozess, Attribuierung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
selbständige Durchführung/Weiterführung von Bewegung und Sport fördern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Aktivitäten

18. Welche Aktivitäten in Zusammenhang mit Bewegung und Sport werden in Ihrer Einrichtung angeboten?

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

	Überhaupt nicht	Weniger als 1x pro Woche	1-2x pro Woche	3-4x pro Woche	Mehr als 5x pro Woche
Ausdauertraining	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krafttraining	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Gymnastik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwimmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Große Spiele / Sportspiele (z.B. Volleyball, Fußball,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kleine Spiele / Kooperationsspiele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wahrnehmungsübungen / Sensomotorik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erlebnissport (z.B. Klettern, Kanufahren,...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tanz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Entspannungsverfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andere Angebote	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bewertung bestehender Programme
--

19. Werden die bestehenden Bewegungs- und Sportangebote von den Mitarbeiter/innen in Ihrer Einrichtung als ausreichend empfunden?

1= überhaupt nicht

2 = eher nicht

3 = durchschnittlich

4 = eher ausreichend

5 = vollkommen ausreichend

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

1 2 3 4 5

20. Wie beurteilen Sie selbst die Bedeutung von Bewegung und Sport in der Therapie in Ihrer Einrichtung?

1= sehr niedrig

2 = eher niedrig

3 = durchschnittlich

4 = eher hoch

5 = sehr hoch

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

1 2 3 4 5

Räumlichkeiten

21. Welche Räumlichkeiten werden in Ihrer Einrichtung für Bewegung und Sport im Rahmen der Therapie genutzt?

	intern (innerhalb Ihrer Einrichtung)	extern (außerhalb Ihrer Einrichtung)	Nicht benutzt
Turnhalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gymnastikraum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwimmbecken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sportplatz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kraftraum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parkanlage / Wald	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Konditionen, Kooperationen

22. Wie bewerten Sie die Konditionen für Bewegung und Sport in Ihrer Einrichtung? (Einrichtungen, Ausstattungen, Räumlichkeiten,...)?

1= nicht genügend

2 = genügend

3 = befriedigend

4 = gut

5 = sehr gut

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

1 2 3 4 5

23. Wie schätzen Sie die Kooperationen mit externen Kooperationseinrichtungen ein? (Sportvereine, Freizeitclubs,...)

1= nicht genügend

2 = genügend

3 = befriedigend

4 = gut

5 = sehr gut

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

1 2 3 4 5

Fortsetzung Sportprogramme

24. Bestehen für die Teilnehmer/innen Möglichkeiten nach Beendigung der Therapie weiterhin an diversen Angeboten teilzunehmen?

	Ja (Teilnahme möglich)	Nein (Teilnahme nicht möglich)
SPORTBEZOGENE Angebote der EIGENEN Einrichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
THERAPIEBEZOGENE Angebote der EIGENEN Einrichtung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SPORTBEZOGENE Angebote EXTERNER Einrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
THERAPIEBEZOGENE Angebote EXTERNER Einrichtungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dokumentation, Teamsitzungen, Integration

25. Werden Verläufe und Ergebnisse von Bewegung und Sport in der Therapie dokumentiert?

1= nicht genügend

2 = genügend

3 = befriedigend

4 = gut

5 = sehr gut

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

1 2 3 4 5

26. Werden Verläufe und Ergebnisse von Bewegung und Sport in der Therapie bei Teamsitzungen diskutiert?

1= nicht genügend

2 = genügend

3 = befriedigend

4 = gut

5 = sehr gut

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

- 1 2 3 4 5

27. Ist die das Bewegungs- und Sportprogramm durchführende Person in das Therapeut/innenteam integriert? (Teamsitzungen, Krisensitzungen,...)?

1= nicht genügend

2 = genügend

3 = befriedigend

4 = gut

5 = sehr gut

Bitte wählen Sie die zutreffende Antwort für jeden Punkt aus:

- 1 2 3 4 5

Personal

28. Wie viele Personen sind im Bereich Bewegung und Sport in der Therapie in Ihrer Einrichtung tätig?

Bitte geben Sie Ihre Antwort(en) hier ein:

- Personen (Anzahl) _____
- davon Männer (Anzahl) _____
- davon Frauen (Anzahl) _____

29. Welche Ausbildung haben die im Bereich Bewegung und Sport in Ihrer Einrichtung arbeitenden Personen? Sind es:

- Ärzte, Psychologen, Therapeuten etc. MIT zusätzlicher Ausbildung in Bewegung, Training und Sport _____ (Anzahl)
- Ärzte, Psychologen, Therapeuten etc. OHNE zusätzlicher Ausbildung in Bewegung, Training und Sport _____ (Anzahl)
- Sportwissenschaftler MIT zusätzlicher psychologischer Ausbildung _____ (Anzahl)
- Sportwissenschaftler OHNE zusätzlicher psychologischer Ausbildung _____ (Anzahl)

Anmerkungen

30. Möchten Sie noch etwas anmerken?

Bitte geben Sie Ihre Antwort hier ein: _____

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Wenn Sie über die Ergebnisse der Studie informiert werden möchten, klicken Sie auf folgenden Link:

<http://www.unet.univie.ac.at/~a0907571/limesurvey/index.php/survey/index/sid/137782/newtest/Y/lang/de>