universität innsbruck
Universitäts- und Landesbibliothek Tirol

Universitäts- und Landesbibliothek Tirol

Sport und Depression

Huber, Gerhard

1988

8. Weiterführende Konsequenzen und Ausblick

urn:nbn:at:at-ubi:2-5086

8. WEITERFÜHRENDE KONSEQUENZEN UND AUSBLICK

Mögliche Konsequenzen müssen vor dem Hintergrund des strukturellen Bedingungsgefüges der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen sowie der psychiatrischen Versorgung im Speziellen betrachtet werden. Dies gilt umso mehr, als therapeutische Weiterentwicklungen nicht nur hinsichtlich des tatsächlichen Fortschritts beurteilt werden, sondern sich einem Kosten-Nutzen-Kalkül über ihre Effizienz und Effektivität unterwerfen müssen.

Überlegungen zur "Kostenexplosion"[27] im Gesundheitswesen konzentrieren sich dabei häufig einseitig auf die Kosten, die die Therapie und Rehabilitation verursachen (vgl. dazu SCHÜLE, 1987). Möglichkeiten einer Primär- oder Sekundärprävention werden noch zu wenig berücksichtigt, bzw. ganz ausgeblendet.

Mit dem Versuch einer realistischen Einschätzung des Möglichen und des Machbaren sollen im folgenden bestimmte Adressaten angesprochen werden, wobei deren Zusammenwirken die sicherlich effektivste Strategie darstellt, sporttherapeutische Ansätze in psychiatrische Behandlungskonzepte zu integrieren.

a. Träger der psychiatrischen Krankenhäuser (Landeswohlfahrtsverbände, Landschaftsverbände, Sozialministerien; jeweils auf Länderebene).

b. Kostenträger im eigentlichen Sinne (Allgemeine Krankenkassen und Ersatzkassen sowie teilweise Sozialversicherungsträger).

c. Verantwortliche Planer und Durchführer von therapeutischen Interventionen im stationären Bereich (Chefärzte, Oberärzte, Stationsärzte, klinische Psychologen).

d. Sportlehrer - Sporttherapeuten, die bereits in psychiatrischen Kliniken tätig sind.

---

[27] In Wahrheit handelt es sich hier viel eher um eine Evolution, da sich die Kosten für die Gesundheitsversorgung kontinuierlich Jahr für Jahr steigern.

e. Sportwissenschaftliche Ausbildungsstätten an Hochschulen.

ad a. Die Träger psychiatrischer Einrichtungen sollten innerhalb den von ihnen erstellten Stellenplänen Sportlehrer berücksichtigen. Wie eine Bedarfsanalyse für das Land Baden-Württemberg ergab, fehlen alleine in den zehn Landeskrankenhäusern über 50 Sportlehrerstellen (RIEDER/ZOZ/LEINERT, 1984).

Realistischerweise muß eingestanden werden, daß zwei Faktoren die Verwirklichung dieser Forderung erschweren. Dies ist zum einen die grundsätzlich restriktive Stellenpolitik innerhalb des öffentlichen Dienstes, zum anderen die defizitäre Personalsituation des Pflegedienstes in der Psychiatrie. Neue Stellen werden deshalb bevorzugt im Pflegebereich geschaffen.[28] Im Sinne einer erweiterten Evaluation muß zukünftig beachtet werden, daß eine verstärkte Einbeziehung sporttherapeutischer Möglichkeiten durchaus geeignet ist, die Belastungen des Pflegepersonals zu verringern.

Neben der Beschaffung von Sportlehrerstellen müssen natürlich auch die entsprechenden Sportstätten gebaut, bzw. verbessert werden. Dieses Problem erscheint mittelfristig lösbar, wenn man davon ausgeht, daß in fast allen stationären Einrichtungen Gymnastikräume oder Ähnliches vorhanden sind. Die Durchführung des hier konzipierten sporttherapeutischen Modells ist nicht an das Vorhandensein von Sporthallen gebunden, ebensowenig an einen bestimmten Aufwand von Sportgeräten.

ad b. Als Konsequenz aus dem oben gesagten ergibt sich, daß die eigentlichen Kostenträger, die Allgemeinen Krankenkassen, Ersatzkassen und Sozialversicherungsträger jedenfalls mit diesen Forderungen konfrontiert werden müssen. Diesbezügliche Forderungen müssen sicherlich durch eine deutliche ökonomische Perspektive gekennzeichnet sein. Dabei steht eine Kosten-Nutzen-Analyse der intendierten Intervention im Mittelpunkt.

[28] Angesichts dieser Mängel wurden im Land Baden-Württemberg 60 neue Stellen für den Pflegebereich in den psychiatrischen Krankenhäusern geschaffen.

"Die Kosten/Nutzen-Analyse verlangt eine Bestimmung der materiellen und nicht materiellen Wirkungen eines Programms sowie der direkten und indirekten Kosten seiner Durchführung. Diese Größen werden dann in den Einheiten einer gemeinsamen und gewöhnlich monetären Skala ausgedrückt. Natürlich spielen bei politischen Entscheidungen, bei Planungen und Implementation eines Programmes viele Faktoren eine Rolle, nicht nur die ökonomische Effizienz dieser Maßnahme. Unter der universellen Bedingung knapper Ressourcen ist das Kriterium ökonomischer Effizienz dennoch von nicht zu unterschätzender Bedeutung." (ROSSI/FREEMAN/HOFMANN, 1988, 168)

Im Sinne einer sehr vereinfachten Kosten-Nutzen-Betrachtung genügen bei den derzeitigen Kosten für einen psychiatrischen Krankenaufenthalt bereits 30 Tagessätze zur Deckung des Monatsgehaltes eines Sportlehrers. Unter der Vielzahl der dabei zu berücksichtigenden Faktoren sei hier nur die schnellere Erreichung der Arbeitsfähigkeit sowie die quasi als Nebenprodukt erhaltenen sonstigen gesundheitlichen Werte des Sports erwähnt.

Gegenüber dem eigentlichen Kostenträger muß auch die Bedeutung der Sekundärprävention betont werden.

"Die ständige Vervollkommnung therapeutischer Theorie und Praxis ist zwar ein wichtiger Bestandteil der sekundären Vorbeugung, doch ebenso wichtig sind Verbesserungen in den Leistungen der Krankenkassen." (FLACH, 1986, 209)

Innerhalb dieses Bereiches sind verschiedene Vorgehensweisen denkbar. So können nachsorgende Sportgruppen etabliert werden, in denen Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ein ihren Bedürfnissen angepaßtes Sportangebot finden können (vgl. dazu DEIMEL/MARQUENIE, 1984a, b, c). Diese sicherlich sinnvolle Form der Nachbetreuung läßt sich leider nur in großstädtischen Ballungsräumen verwirklichen. Für Patienten aus ländlichen Gebieten können innerhalb der örtlichen Sportvereine die Breiten - bzw. Freizeitsportgruppen zu diesem Zweck benutzt werden. Wie die Erfahrungen im psychiatrischen Landeskrankenhaus Weinsberg zeigen, müssen dafür in den jeweiligen Vereinen bestimmte Ansprechpartner gefunden werden, die eine Vermittlerfunktion zwischen Sporttherapeut und Patient nach der Entlassung übernehmen können. Solche Ansprechpartner lassen sich am ehesten über Weiterbildungsveranstaltungen der regionalen Sportverbände gewinnen. Insgesamt gesehen eröffnen beide Strategien sekundärpräventive Möglichkeiten, die bis jetzt nur ansatzweise von den psychiatrischen Krankenhäusern und den Sportvereinen

wahrgenommen werden.

Die gesetzlichen Grundlagen für die klinische Anwendung des Sports sind im Paragraph 10 des Rehabilitationsangleichungsgesetzes enthalten. Ebenfalls die ambulante Nachbetreuung, die als "ergänzende Leistung" im Paragraphen 12 des Rehabilitationsangleichungsgesetzes sozialrechtlich verankert ist (vgl. dazu SCHÜLE/DEIMEL, 1980).

ad c. Gerade hier zeigt sich die Tatsache sehr deutlich, daß die getrennt dargestellten Aspekte in einer sehr engen Verbindung miteinander stehen. Die Schaffung neuer Planstellen setzt die Artikulation eines entsprechenden Bedarfs seitens der Klinikleiter voraus.

Den auf der Station tätigen Ärzten und Psychologen kommt bei der Integration sporttherapeutischer Ansätze eine entscheidende Funktion zu. Die Möglichkeiten des Sports werden von diesen noch zu wenig benutzt.

> "Dies hängt zum einen mit den tradierten Krankenhausstrukturen, zum zweiten mit der Ausbildung des Ärztepersonals (Wer hat während seines Studiums schon genaue Kenntnisse über die Sporttherapie erfahren?) ... zusammen." (SCHÜLE/DEIMEL, 1980, 41)

Als dritter Grund ist sicher der geringe Bekanntheitsgrad solcher Ansätze zu sehen. Dies stellt eine Aufforderung dar, Modelle, Konzeptionen und empirische Befunde über die Anwendung des Sports als Therapie im Bereich der Psychiatrie in entsprechenden psychiatrischen Fachzeitschriften zu publizieren oder auf speziellen Tagungen, Symposien oder Kongressen zu referieren. Auch aufgrund langjähriger Erfahrungen kann davon ausgegangen werden, daß die Sensibilisierung und Motivierung des behandelnden Arztes einen entscheidenden Schritt zur Durchsetzung sporttherapeutischer Behandlungsmethoden darstellt. Dazu gehört auch, daß dem Sporttherapeuten Gelegenheit gegeben wird, sich an dem dringend notwendigen Informationsaustausch in Form von Therapiebesprechungen zu beteiligen. Aufgrund der vielfältigen Bedingungen, die psychische Krankheiten entstehen lassen und aufrecht erhalten, ist eine adäquate Behandlung nur im therapeutischen

Team denkbar. Die Wirksamkeit eines solchen therapeutischen Teams ist nicht zuletzt davon abhängig, inwieweit den daran Beteiligten Gelegenheit gegeben wird, ihre fachspezifischen Kompetenzen einzubringen.

ad d. Trotz der offensichtlich bestehenden Defizite in der Versorgung psychiatrischer Einrichtungen mit Sportlehrerstellen, sind in vielen Kliniken Sportlehrer tätig. Diese haben jedoch häufig Probleme der Integration und Emanzipation in die klassischen "Krankenhausstrukturen". Zu deren Überwindung entwirft ERHARDT (1987) einige sehr praxisnahe Vorschläge:

> "Mache den Sport und Dich als Sporttherapeut attraktiv und unersetzlich für andere!
> Beweise, daß es Dir ernst ist mit der Zusammenarbeit, auch wenn sie mit Arbeit verbunden ist!
> Zeig' was Du kannst und verkriech Dich nicht in der Sporthalle!" (ERHARDT, 1987, 11-12)

Es wird deutlich, daß der momentan in der Psychiatrie tätige Sportlehrer/Sporttherapeut neben der sehr anspruchsvollen Arbeit in der Sporthalle gezwungen ist, umfangreiche Aufklärungsarbeit beim ärztlichen Personal, bei den verantwortlichen Psychologen und beim Pflegepersonal leisten muß.

ad e. Die Anwendung des Sports als therapeutisches Mittel verlangt, dies wurde auch in dieser Arbeit deutlich, ein erhebliches Ausmaß an medizinisch-orientiertem Grundlagenwissen. Darüberhinaus muß das sportpädagogische Wissen sehr differenziert eingesetzt werden, so daß die grundständige Sportlehrerausbildung nur als Basisbezug des zukünftigen Sporttherapeuten angesehen werden kann. Neben dieser mit anderen Schwerpunkten versehenen Sportpädagogik und einer umfassenden Vermittlung medizinischer Grundlagen muß ein erhebliches Ausmaß an pädagogisch-psychologischen Elementen (Gesprächsführung, Ansätze der Verhaltensmodifikation) in eine Ausbildung integriert werden, die auf die Bedürfnisse der Sporttherapie abgestellt ist.

Wie die jüngsten Entwicklungen zeigen, haben verschiedene Hochschulen diese Notwendigkeit erkannt und bemühen sich um die Schaffung

von Studiengägen, die derartige Gesichtspunkte entweder in ein grundständiges Sportlehrerstudium integrieren oder im Rahmen von Aufbaustudiengängen berücksichtigen.

All die angesprochenen Punkte müssen im Verbund betrachtet werden. Erst im Sinne einer Gesamtstrategie läßt sich die derzeit noch ungünstige Situation der Sporttherapie verbessern. Verstärkte Forschungsarbeit, die die Bedeutung der Sporttherapie innerhalb der Psychiatrie unterstreicht, ist notwendige Voraussetzung, um neue Planstellen zu schaffen. Die dann in der Klinik tätigen Sportlehrer/Sporttherapeuten können gemeinsam mit dem übrigen therapeutischen Team die Behandlung effizienter gestalten, was sich mittel- und langfristig auch als kostendämpfend erweisen wird.

Über die Depressionsbehandlung hinaus bietet der Sport auch für psychiatrische und psychosomatische Krankheitsbilder vielfältige therapeutische Möglichkeiten, die teilweise als Verfahren noch entwickelt oder aber in ihrer grundsätzlichen therapeutischen Bedeutung noch evaluiert werden müssen. Aus dem Gesamtbereich psychischer Störungen lassen sich die folgenden vordringlichen Fragestellungen konkretisieren:

- Untersuchung einer gezielten sporttherapeutischen Intervention bei der Rehabilitation schizophrener Patienten (vgl. DEIMEL, 1983). Es müßte dabei geklärt werden, in welchem Umfang ein sportlich aktivierendes Programm zum Abbau der typischen psychomotorischen Verlangsamung der Patienten beiträgt. Diese Verlangsamung stellt ein wesentliches Hindernis für eine rasche Wiedereingliederung der Patienten in das Berufsleben dar.
- Untersuchung über die Wirkung sporttherapeutischer Interventionen beim psychosomatischen Krankheitsbild der Herzneurose (Kardiophobie).

  Gerade hier darf nach unseren Erfahrungen von einem kausalen Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und Reduktion der Symptomatik ausgegangen werden. Eine solche Untersuchung scheint vor allem angesichts der hohen Kosten, die dieses Krankheitsbild durch teilweise vorzeitige Berentung der Patienten mit sich bringt, sehr wichtig.

- Untersuchung über die Rolle der Sporttherapie bei Eßstörungen (z. B. Anorexia nervosa), wobei ein wesentlicher Schwerpunkt in der Verbesserung des gestörten Körperschemas über spezifische sporttherapeutische Übungen liegen muß.

- Untersuchungen über den Einsatz von Konzentrations- und Koordinationsaufgaben bei maniformen und manischen Patienten. Solche Ansätze sind nach unseren Beobachtungen erfolgversprechender als der Versuch, den manischen Patienten durch Ausagieren zu ermüden.

- In jeder stationären psychiatrischen Einrichtung besteht die Notwendigkeit, die durch die medikamentöse Behandlung hervorgerufenen Bewegungsstörungen (pharmakogene Dyskinesien), die den Leidensdruck des Patienten erheblich verstärken, zu mildern. Entsprechende Programme müßten entwickelt und untersucht werden.

Die eingeschränkten therapeutischen Möglichkeiten der institutionalisierten Psychiatrie, die damit im Zusammenhang stehende Tendenz zur Passivierung der Patienten, stellen eine Verpflichtung dar, entsprechende Optimierungen anzustreben. Diese Verbesserungen lassen sich dabei sicherlich nicht disziplinspezifisch erreichen, sondern erfordern ein interdisziplinäres, problemzentriertes Vorgehen.

In diesem Zusammenhang sollte der Sporttherapie verstärkt die Möglichkeit gegeben werden, sich in ein gesamttherapeutisches Behandlungskonzept zu integrieren.

Dabei darf die Tatsache, daß der therapeutische Einsatz des Sports gerade erst dabei ist, sich als theoretisch und empirisch fundiertes Vorgehen darzustellen, nicht als Hinderungsgrund, sondern eher als Aufforderung verstanden werden. Dies bezieht sich sowohl auf den weiteren Ausbau des sporttherapeutischen Angebotes, als auch auf eine entsprechende Forschungsbegleitung. Die für eine Therapieevaluation notwendige Erfassung der individuellen Bedeutsamkeit einer Intervention soll auf Grundlage verschiedener Befunde erarbeitet werden.