

Behindertensport für Menschen mit neurologischen Beeinträchtigungen

Neurol Rehabil 2013; 19 (1): 61–68

© Hippocampus Verlag 2013

V. Anneken

Zusammenfassung

Der Behindertensport stellt seit Jahrzehnten eine feste Säule in der lebenslangen neurologischen Rehabilitation dar. Obwohl in Deutschland grundsätzlich ein strukturell hervorragendes Behindertensportsystem etabliert ist, finden nach wie vor nicht ausreichend viele Menschen mit Behinderungen den Weg in regelmäßige und überdauernde Bewegungs- und Sportangebote. Der Beitrag zeigt vor diesem Hintergrund den Wert des Behindertensports¹ für diese Zielgruppe auf, bevor auf die Strukturen im Behindertensport und die damit verbundenen Schnittstellenprobleme eingegangen wird, und schließt mit der Forderung nach einem Bewegungs- und Sportnetzwerk, um mehr Menschen mit Behinderungen im Sport zu verankern.

Schlüsselwörter: Behindertensport, Bewegungs- und Sportnetzwerk, Rehabilitation, ICF

Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport an der Deutschen Sporthochschule Köln und der Lebenshilfe NRW (FiBS e. V.)

Einleitung

Der Personenkreis der Menschen mit neurologischen Beeinträchtigungen stellt eine vielfältige und heterogene Zielgruppe dar. Die Bandbreite neurologischer Funktionsstörungen reicht von Beeinträchtigungen des Rückenmarks bei einer Querschnittlähmung, der Infantilen Zerebralparese, dem Hirninfarkt, Schädelhirntraumen, der Parkinson-Krankheit bis zur Multiple Sklerose. Alle Formen neurologischer Funktionseinschränkungen erfordern ein individuelles und differenziertes Vorgehen im Rahmen der lebenslangen Rehabilitation. Dabei ist im Sinne der biopsychosozialen Perspektive der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) zu berücksichtigen, dass neben den Einschränkungen von Struktur und Funktion sowie den Aktivitäten in bestimmten alltäglichen Anforderungssituationen stets der gesamte Lebenshintergrund einer Person zu berücksichtigen ist. Denn personbezogene Faktoren wie Neigung, Motivation oder Bildung haben in Verbindung mit umweltbezogenen Faktoren wie sozialer Unterstützung, Zugang zu Therapieleistungen oder guter Hilfsmittelversorgung einen großen Einfluss auf eine erfolgreiche und effektive Rehabilitation. Nur durch die Ausrichtung am Ziel der individuell optimalen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft kann Rehabilitation gelingen.

Wird Rehabilitation in der Form verstanden, geplant und umgesetzt, muss der Sport als Maßnahme zur motorischen Förderung und psychosozialen Stärkung eine zentrale Rolle spielen. Unabhängig von Art und Schweregrad einer neurologischen Beeinträchtigung bieten sich durch Sport vielfältige Möglichkeiten, Funktionen und Aktivitäten zu fördern, positiven Einfluss auf die soziale und berufliche Teilhabe zu nehmen und in den verschiedenen Phasen der lebenslangen Rehabilitation sportlich aktiv zu sein. Dabei besteht die Herausforderung, die intrinsische Motivation zu Bewegung und Sport bereits früh zu aktivieren und dann überdauernd aufrechtzuerhalten. In Abhängigkeit von vorhandenen funktionellen und aktivitätsorientierten Einschränkungen erfordert dies von den Rehabilitationsfachkräften interdisziplinäres, intersektorales und interinstitutionelles Handeln, um die Betroffenen sofort, nahtlos, individuell, ganzheitlich und ressourcenorientiert [35] zu lebenslangem Sporttreiben zu motivieren.

Zum Wert von Bewegung und Sport für Menschen mit Behinderungen

Bewegung und Sport weisen für Menschen mit neurologischen Erkrankungen oder Behinderungen ganzheitliche positive Effekte auf, die sich auf motorischer und psychosozialer Ebene manifestieren und zu einer gesteigerten Lebensqualität und Teilhabe führen können. Konkret lässt sich der Wert von Bewegung und Sport im Sinne des biopsychosozialen Ansatzes der ICF auf vier Ebenen darstellen:

1. Die funktionelle Leistungsfähigkeit wie die Kraft- und Ausdauerleistungsfähigkeit kann gesteigert werden;
2. Die aktivitätsorientierte Leistungsfähigkeit zur Bewältigung alltäglicher und sportspezifischer sowie beruflicher Anforderungen wie z. B. längere Spaziergänge,

¹ Der Begriff »Behindertensport« wird hier stellvertretend für sämtliche Formen des Sports von Menschen mit Behinderungen verstanden. Der Behinderungsbegriff wird dabei ressourcenorientiert definiert: »Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können« [8].

Sport for disabled persons with neurological impairments

V. Anneken

Abstract

For decades, sport has played an important role in the lifelong neurological rehabilitation process of disabled people. Although sport of people with disabilities is in principle exceptionally well-established in Germany, not all people with disabilities have good access to regular and continuous physical activity (PA) and sport. Against this background, the article highlights the value of sport for the disabled, explains the structures of sport for the disabled in Germany and the associated interfaces. The article concludes with the demand for a PA- and sport network which aims at including more people with disabilities in sport.

Key words: sport for the disabled, adapted physical activity, rehabilitation, ICF

Neurol Rehabil 2013; 19 (1): 61–68

© Hippocampus Verlag 2013

- »Springen – Laufen – Werfen« im Sport oder die Mobilität im Alltag kann gesteigert werden.
3. Die Teilhabechancen in Freizeit und Beruf steigen, und die Zugehörigkeit zu den gesellschaftlichen Teilsystemen kann selbstbestimmter möglich werden.
 4. Durch mehr Fitness, ein höheres gesundheitliches Wohlbefinden und eine bessere Lebensqualität können gesundheitsbedingte Risiken präventiv verringert werden.

Im Bereich der neurologischen Beeinträchtigungen werden diese funktionellen Auswirkungen in zahlreichen Studien berichtet, auch wenn diese aufgrund der methodischen Heterogenität kaum vergleichbar sind [28]. Für die Zielgruppe Multiple Sklerose beschreiben Tallner & Pfeifer [37] in ihrem Übersichtsbeitrag positive Auswirkungen körperlicher Aktivität und systematischen Trainings auf die Kraft- und Ausdauerleistungsfähigkeit sowie auf die Beweglichkeit und Gleichgewichtsfähigkeit. Weitere Studienergebnisse zeigen ebenfalls positive Möglichkeiten von bewegungsorientierten Maßnahmen bei Multipler Sklerose [13, 44].

Für Menschen mit Querschnittlähmung oder Infantiler Zerebralparese existieren umfangreiche Studien zur Bedeutung von Bewegung und Sport in Bezug auf die rehabilitative oder präventive Stärkung von Strukturen, Funktionen und Aktivitäten des täglichen Lebens [1, 19, 28, 33, 41, 42]. Auch für die in der stationären und ambulanten neurologischen Rehabilitation relevanten Zielgruppen von Patienten mit Morbus Parkinson, Schädelhirntraumen oder Schlaganfall weisen Studien auf die positiven funktionellen Auswirkungen sportlicher und bewegungsorientierter Interventionen hin [9, 15, 21].

Neben einer veränderten Motivationslage und Konzentrationsfähigkeit kann regelmäßiges Sporttreiben verschiedene Bereiche des Selbstkonzepts und Körperkonzepts positiv beeinflussen [12, 20, 32, 41]. Auch das psychische Wohlbefinden sowie die Möglichkeit zur Steigerung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten können durch regelmäßiges Sporttreiben positiv beeinflusst werden [22, 23].

Die beschriebenen Verbesserungen von Körperfunktionen und personalen Kontextfaktoren erhöhen die Leistungsfähigkeit im alltäglichen und sportlichen Umfeld. Insbesondere für das »Arbeitsleben« hat eine Stärkung körperlicher und psychischer Funktionen positive Auswirkungen. Van den Berg et al. [40] zeigen einen indirekten Zusammenhang zwischen sportlicher Aktivität und Arbeitsfähigkeit auf, indem Bewegung und Sport sich positiv auf die Fitness auswirken und diese wiederum unmittelbar positiv auf die Arbeitsfähigkeit Einfluss nimmt. In Studien mit Menschen mit Querschnittlähmung konnte gezeigt werden, dass ein bewegungsorientierter und sportbezogener Lebenshintergrund in einem positiven Zusammenhang mit einer höheren Erwerbstätigenquote und einer subjektiv besser wahrgenommenen Lebensqualität steht [3, 17, 18, 24, 25, 38]. Die gesteigerte individuell eingeschätzte und wahrgenommene Lebensqualität als ein wichtiger Aspekt zur Beschreibung einer positiven Teilhabe am Leben in der Gesellschaft kann auch bei Menschen mit angeborenen wie erworbenen neurologischen Erkrankungen oder Behinderungen durch Bewegung und Sport nachhaltig gefördert werden [4, 7, 10, 11, 16, 26, 31, 41, 46].

Behindertensport in Deutschland

Um die positiven Wirkungen von körperlicher Aktivität und Sport nutzen zu können, ist deren Verankerung im lebenslangen Rehaprozess und als freizeitorientierte Aktivität im Leben von Menschen mit Behinderungen eine Voraussetzung. In Deutschland hat sich seit den siebziger Jahren ein Netzwerk im Behindertensport entwickelt, das auch für Menschen mit neurologischen Beeinträchtigungen viele Angebote vorhält.

Nach wie vor sind jedoch nur wenige Menschen mit Behinderungen im Sport organisiert. Laut der jährlichen Statistik des Deutschen Behindertensportverbandes (DBS) treiben zwar mehr als 600.000 Menschen mit Behinderungen in DBS-Vereinen Sport. Bei einer Anzahl von ca. 7,1 Millionen Menschen mit einer Behinderung mit einem Grad der Behinderung (GdB) von 50 und mehr in Deutschland [8] kann bei einer Quote von ca. 11% jedoch nicht von einer ausreichenden Zahl sportlich aktiver Menschen mit Behinderungen gesprochen werden. Dies gilt, zumal in den durch den DBS gemeldeten Zahlen auch diejenigen aufgeführt sind, die einen GdB von weniger als 50 bzw. keine anerkannte Behinderung aufweisen und dennoch in Angeboten des Behindertensportverbandes aktiv sind. Vor diesem Hintergrund ist von einer Anzahl aktiver Menschen mit Behinderungen in Vereinen des Behindertensportverbandes von nur ca. 8% auszugehen [45]. Für Menschen mit neurologischen Beeinträchtigungen gilt dies analog. Im Vergleich zu der Annahme, dass ca. 30% der deutschen Bevölkerung sportlich regelmäßig aktiv sind [32], besteht unter präventiven und rehabilitativen Gesichtspunkten großer Handlungsbedarf, um mehr Menschen mit Behinderungen an regelmäßige Bewegungs- und Sportaktivitäten

heranzuführen. Dazu existieren in Deutschland gute Organisationsstrukturen, die im Folgenden näher erläutert werden.

Organisation des Behindertensports in Deutschland

In der Regel findet Sport für Menschen mit Behinderungen in Angeboten des Behindertensportsystems statt. Neben Angeboten des Freizeit- und Breitensports oder des Leistungssports in Sport- bzw. Behindertensportvereinen existiert der exklusiv für Menschen mit Behinderungen zugängliche Rehabilitationssport. Dabei sind neben den gewachsenen Behindertensportstrukturen zunehmend Anbieter und Vereine außerhalb dieser Strukturen bereit, Sportangebote für Menschen mit Behinderungen zu machen. Auch wenn dies derzeit noch eher Ausnahmen sind, entdecken Fitnessstudios, lokale Sportvereine und freie kommerzielle Anbieter den »Markt« Behindertensport.

Dabei muss deutlich unterschieden werden, mit welcher Zielsetzung der Sport betrieben wird. Stehen rehabilitationsbezogene Ziele im Vordergrund, bietet sich der Rehabilitationssport an. Bewegung und Sport als Freizeitaktivität und selbstbestimmter Bestandteil des Lebensstils findet sich dagegen eher im Freizeit- und Breitensportsystem. Leistungsorientierter Sport ist im Bereich der neurologischen Beeinträchtigungen primär für die Zielgruppe der Menschen mit angeborenen zerebralen Hirnschädigungen als sog. CP-Sport und für die Zielgruppe der Menschen mit Querschnittlähmung organisiert. Die drei Säulen des Behindertensports in Deutschland werden im Folgenden beschrieben.

Rehabilitationssport

Rehabilitationssport (Rehasport) ist ein seit Mitte der Siebziger Jahre existierendes spezielles Angebot für Menschen mit Behinderungen. Diese auch seit 2001 im Sozialgesetzbuch IX verankerte »Ergänzende Leistung« zur medizinischen Rehabilitation bietet vielen Menschen mit angeborener oder erworbener Behinderung bzw. Menschen, die von Behinderung bedroht sind, die Möglichkeit, fachkundig und auf ärztliche Verordnung hin Bewegungs- und Sportangebote in der Gruppe zu nutzen. Ziel des Rehasports ist es, »Selbsthilfepotentiale zu aktivieren, die eigene Verantwortlichkeit des behinderten und von Behinderung bedrohten Menschen für seine Gesundheit zu stärken sowie ihn zu motivieren und in die Lage zu versetzen, langfristig selbstständig und eigenverantwortlich Bewegungstraining durchzuführen [...]« [5].

Diese in der neuesten Fassung der »Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining« vom 1. Januar 2011 formulierten Ziele und Aufgaben beschreiben den Rehasport als rehabilitatives Mittel und »ergänzende Leistung zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben« im Sinne des § 44 Abs. 3 im Neunten Sozialgesetzbuch (SGB IX). Diese ergänzende Leistung wird auf ärzt-

liche Verordnung als rehabilitative Pflichtleistung durch die Rehabilitationsträger (z.B. Krankenkasse, Unfallversicherung, Rentenversicherung) anteilig finanziell unterstützt. Angeboten wird der Rehasport in dafür zertifizierten Vereinen unter der Leitung von speziell ausgebildeten Fachübungsleitern »Rehabilitationssport« sowie von speziell qualifizierten Bewegungsfachkräften (Sportwissenschaftler, Physiotherapeuten). In der Rahmenvereinbarung sind konkrete Teilnehmerzahlen in den Übungsgruppen, die Dauer der Einheiten, die Dauer der Verordnungen durch den Arzt (und ggf. mögliche Folgeverordnungen) sowie das Anerkennungsverfahren zur Zulassung als Rehasportanbieter geregelt.

Die Notwendigkeit für Rehabilitationssport im Sinne der Rahmenvereinbarung ist so lange gegeben, wie der behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch während des Sports auf die fachgerechte Anleitung des Übungsleiters angewiesen ist, um die folgenden Rehabilitationsziele zu erreichen:

- a) Ausdauer und Kraft zu stärken, Koordination und Flexibilität zu verbessern;
- b) das Selbstbewusstsein zu stärken;
- c) Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten und zu selbstständiger und eigenverantwortlicher Bewegung zu motivieren [5].

Als Rehabilitationssportarten werden in der BAR-Rahmenempfehlung Gymnastik, Leichtathletik, Schwimmen und Bewegungsspiele in Gruppen genannt [5], sofern die dort durchgeführten Übungen den allgemeinen Zielen des Rehabilitationssports entsprechen. Geeignete Übungsinhalte anderer Sportarten (z.B. Elemente des Kampfsports oder Entspannungstechniken) können in die Gestaltung der Übungsveranstaltungen eingebunden werden. Angebote im Rahmen des Rehabilitationssports findet man in gemeinnützigen Vereinen, die Mitglied in einem Landesverband des Deutschen Behindertensportverbandes sind. In einigen Bundesländern gibt es mittlerweile auch einzelne Rehasportangebote von gewerblichen Anbietern. Häufig haben physiotherapeutische Praxen oder ambulante Rehabilitationszentren und Krankenhäuser Rehasportvereine angegliedert.

Es handelt sich beim Rehasport um eine selbstbestimmte, organisierte und ohne Leistungsorientierung ausgerichtete Angebotsform. Diese soll jedoch aufgrund der Verpflichtung zur Förderung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eine gezielte Maßnahme der Rehabilitation zur nachhaltigen Sicherung und Erreichung von individuell definierten Rehabilitationszielen darstellen. Dadurch unterscheidet sich der Rehasport vom Freizeit- und Breitensport sowie dem Leistungssport von Menschen mit Behinderungen. Der Rehabilitationssport in Deutschland stellt international eine Sonderstellung in der Förderung von Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohten Menschen dar.

Für Menschen nach einem Unfall, einer Operation oder mit degenerativ-veränderlichen Erkrankungen ist

im Anschluss an einen Klinikaufenthalt oder an die ambulante Rehabilitation eine Anbindung an rehabilitative Bewegungs- und Sportangebote ein wichtiges Element im Rehaprozess und in der sozialen Wiedereingliederung. Dabei sollte die Teilnahme am Rehasport dazu führen, dass das selbstständige und selbstbestimmte Sporttreiben auch außerhalb des Rehasports angebahnt und vermittelt wird.

Freizeit- und Breitensport

Der Breitensport bietet vielfältige Möglichkeiten, allein oder in der Gruppe Sport zu treiben. Geprägt ist Breitensport für Menschen mit Behinderungen einerseits durch die klassischen Vereinsstrukturen im Behindertensport und Nichtbehindertensport und andererseits durch das Sporttreiben außerhalb dieser organisierten Angebote. Je nach Ausprägung der Beeinträchtigung(en) haben sich in den vergangenen Jahrzehnten sowohl sportartspezifische als auch -unspezifische Bewegungs- und Sportformen entwickelt. Bekannte Sportarten für Menschen mit neurologischen Beeinträchtigungen sind z.B. Boccia, Rollstuhlbasketball, Rollstuhlrugby, Schwimmen, Leichtathletik, Handbikesport etc. Ergänzt werden diese Angebote des organisierten Breitensports durch Bewegungs- und Sportangebote des nicht organisierten Sports, wie z. B. Natursportangebote, Fitnessstudios oder Lauf- bzw. Fahrtreffs.

Für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen stellt der Schulsport vielfach eine der wenigen Möglichkeiten dar, sportlich aktiv zu sein. Trotz vieler Bemühungen um die Förderung der Teilhabe am außerschulischen Sport besteht großer Handlungsbedarf, mehr Kinder und Jugendliche an sportlichen Angebotsformen teilhaben zu lassen. Im besonderen Maß trifft dies für stärker zerebral beeinträchtigte Kinder und Jugendliche zu. Für diese Zielgruppe ist die Teilnahme an den klassischen Sportarten funktionell häufig eine Überforderung und erfordert alternative Bewegungs- und Sportangebote. Zudem stellt für diese Zielgruppe der Transport zum Sport eine große Hürde dar und muss durch ein motiviertes familiäres und soziales Umfeld der Person geleistet werden. Vielfach bereits bestehende lokale Kooperationsmodelle zwischen Vereinen und Schulen sollten daher zur Intensivierung des außerschulischen Sports bei Behinderung noch flächendeckender und konsequenter umgesetzt werden [3, 34]

Menschen mit Behinderungen stehen vielfach vor Problemen bei der Ausübung einer freizeit- und breitenportorientierten Sportart oder bei der Suche nach geeigneten Angeboten, die ihren Interessen und Ressourcen entsprechen. Eine selbstverständliche und gleichberechtigte Teilhabe am Freizeit- und Breitensport ist wohnortnah und unter qualifizierter Betreuung für Menschen mit Behinderungen nach wie vor erschwert [2, 14, 27, 29]. Auch wenn die Mehrzahl der Anbieter im organisierten Sport gegenüber der Zielgruppe der Menschen mit Behinderungen positiv eingestellt ist, bedarf es fundierter Aufklärung und Informationen für Trainer, Übungsleiter

und Vorstände. Denn eine wesentliche Barriere für die Aufnahme von Sport von Menschen mit Behinderungen ist die Unwissenheit in Bezug auf die Möglichkeiten und Herausforderungen im Behindertensport [2]. Dies trifft auch für den nicht organisierten Sport in kommerziellen Einrichtungen oder für Anbieter alternativer Sportformen wie z. B. im Natursport zu.

Leistungssport

Athleten mit leistungssportlicher Ausrichtung verfolgen das Ziel der Leistungssteigerung, des Aufstellens von Rekorden und des Siegens. Für den Sport von Menschen mit neurologischen Beeinträchtigungen treffen diese Merkmale ebenfalls zu.

Das Sportartenspektrum des leistungssportorientierten Behindertensports ist angelehnt an den olympischen Sport. Dabei haben sich für Menschen mit neurologischen Behinderungen, neben den klassischen Sportarten wie Schwimmen und Leichtathletik, vielfältige Mannschaftssportarten und Rückschlagspiele entwickelt, die entsprechend der funktionellen Voraussetzungen der Sportler ein modifiziertes Regelwerk aufweisen. Die bekanntesten Mannschaftssportarten sind Rollstuhlbasketball und Rollstuhlrugby. Die Sportarten Tischtennis und Tennis gibt es z. B. sowohl für Fußgänger als auch für Rollstuhlfahrer.

Nationale und internationale Meisterschaften und Wettkampfformate im Behindertensport sind grundsätzlich vergleichbar mit denen aus dem Bereich des Nichtbehindertensports. Als Pendant zu den Olympischen Spielen sind als hochrangigste internationale Meisterschaft die Paralympics zu nennen.²

Der Leistungssport stellt aber auch im Behindertensport nur für eine kleine ausgewählte Zielgruppe die Möglichkeit dar, unter möglichst professionellen Bedingungen Sportarten zu betreiben. Vor diesem Hintergrund konzentriert sich die folgende Darstellung auf die Bereiche des Rehasports sowie des Freizeit- und Breitensports, da diese beiden Ebenen des Behindertensports maßgeblich für die Verankerung in der lebenslangen Rehabilitation und zur sozialen Teilhabe am Sport und in der Gesellschaft bei neurologischen Beeinträchtigungen sind.

Steuerungsinstrument Rehabilitation

Bewegung und Sport ist in jeder Rehapphase wichtig und kann in Abhängigkeit von den individuellen körperlichen und psychischen Voraussetzungen einer Person in verschiedenen bewegungsorientierten Ansätzen realisiert werden. In der ambulanten oder stationären Rehabilitation hat Bewegung im Rahmen bewegungstherapeutischer Ansätze die Aufgabe, frühzeitig Körperstrukturen und -funktionen sowie bewegungsbezogene Aktivitäten zu erhalten und zu stärken. Je weiter der

² Detaillierte Informationen finden sich auf der Homepage des DBS (www.dbs-npc.de).

Rehaprozess voranschreitet, desto vielfältiger werden die Möglichkeiten, Sport als Mittel zur Rehabilitation einzusetzen. Abbildung 1 zeigt anhand der von Vanden-Abeele & Schüle [39] skizzierten Rehabilitationskette die möglichen Einsatzfelder von bewegungs- und sporttherapeutischen Maßnahmen bis hin zum Rehasport, der dann die Brücke zum wohnortnahen eigenverantwortlichen Sporttreiben im allgemeinen Sport bildet.

Aufgrund des in Deutschland hoch entwickelten Rehabilitationssystems bestehen hervorragende Bedingungen, den Sport und seine positiven Wirkungen frühzeitig und in der gesamten Lebensspanne dem Menschen mit neurologischen Beeinträchtigungen näherzubringen. Aber sowohl im Rehasport als auch im Breiten- und Freizeitsport bestehen erhebliche Barrieren für eine selbstverständliche und selbstbestimmte Teilhabe am Behindertensport. Diese resultieren aus fehlender Kommunikation und Information aller beteiligten Reha- und Sportakteure und den in der Rehabilitation vorhandenen Schnittstellenprobleme [35].

Schnittstellenproblem im Sport

Immer weniger Entlasspatienten der Akut- und Rehabilitationskliniken nutzen die Möglichkeiten eines wohnortnahen Rehasportangebotes als Einstieg in den eigenverantwortlichen Sport [36]. Dieser Umstand resultiert insbesondere aus dem niedrigen Informationsstand der medizinischen und psychologischen Fachberufe in der Rehabilitation bzgl. der Potenziale und des Nutzens des Rehasports für die betroffenen Personen. Dies wird flankiert durch die Tatsache, dass eine Vermittlung vielfach auch an einem fehlenden Angebot vor Ort scheitert [2]. Häufig fehlen für Fachleute und Patienten Ansprechpartner und Anlaufstellen im Behindertensport. Denn von einer flächendeckenden Versorgungs- und Angebotsstruktur wie bei orthopädischen Erkrankungen oder den Herzgruppen kann im Bereich des neurologischen Rehabilitationssports nicht gesprochen werden. Für Schlaganfallpatienten existieren trotz hoher Wirksamkeit des Rehasports zu wenige Angebote. Es wird ein Bedarf von bundesweit mehr als 7.000 Rehasportgruppen mit neurologischer Ausrichtung konstatiert [9]. In Nordrhein-Westfalen liegen durch die jährliche Statistik des Behindertensportverbandes NRW (BSNW) Zahlen zu neurologischen Rehasportgruppen vor. Demnach existierten im größten deutschen Bundesland im Jahr 2009 insgesamt nur 576 neurologische Rehasportgruppen³. Die fehlenden Angebote für eine nahtlose und flächendeckende Versorgung im Rehasport stehen der Hinführung und Bindung an eigenständige sportliche Aktivität im Weg. Dadurch erhöht sich die Gefahr, dass Patienten im Anschluss an die ambulante oder stationäre Rehapphase inaktiv bleiben. Erschwerend kommt das gesundheitspolitische

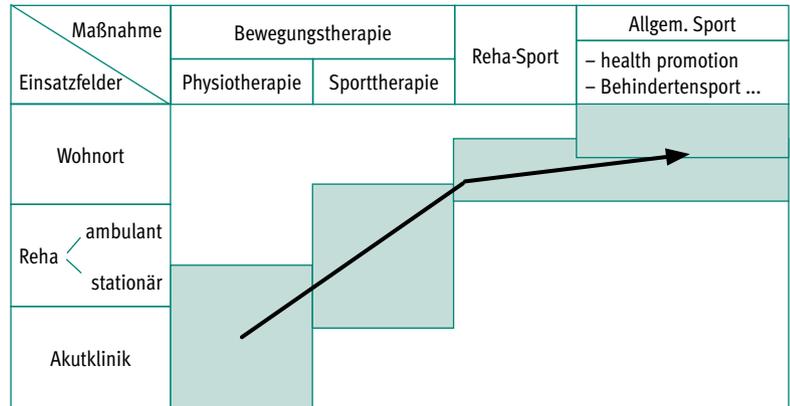


Abb. 1: Bewegungstherapie und Behindertensport im Rehaprozess (modifiziert nach Vanden-Abeele & Schüle [39])

Problem der sog. Fallpauschalen hinzu, die häufig zu einer frühen Entlassung aus der stationären Akutversorgung führen und eine bewegungstherapeutische und sportorientierte Rehabilitation erschweren [35]. Durch die fehlende Belastbarkeit der Körperstrukturen kann der Rehasport nicht nahtlos angeschlossen werden. Bei einer späteren »Nachakquise« ist jedoch die Wahrscheinlichkeit, betroffene Personen erneut für den Sport begeistern zu können, geringer. Die in der stationären oder ambulanten Rehabilitation erzielten bewegungstherapeutischen Erfolge verpuffen somit.

Zudem verhindert ein defizitärer Informationsstand der potentiellen Behindertensportler selbst sowie des medizinischen, therapeutischen, familiären und sozialen Umfelds und der Sportanbieter eine flächendeckende und qualitativ hochwertige Angebotsstruktur im Behindertensport.

Am Beispiel des Sports werden Grenzen der Inklusion deutlich, die in baulichen Barrieren, finanziellen und rechtlichen Hindernissen, negativen sozialen Einstellungen und Vorurteilen gegenüber Behinderung sowie in mangelnder Information und Kommunikation in der Gesellschaft begründet sind [43].

Lösungsansatz: Bewegungs- und Sportnetzwerk

Die sofortige, nahtlose und überdauernde Vermittlung in den Behindertensport kann durch ein besser strukturiertes und etabliertes lokales Bewegungs- und Sportnetzwerk gefördert werden. Dieses Netzwerk besteht aus potenziellen Behindertensportlern, deren individuellem familiären und sozialen Umfeld, den medizinisch-therapeutischen Fachleuten, den Vereinen oder kommerziellen Sportanbietern sowie Trainern und Übungsleitern. Eine wichtige Rolle können auch aktive Behindertensportler spielen, indem sie eine Vorbildfunktion einnehmen und dem noch unerfahrenen Mensch mit Behinderungen Hemmungen und Ängste gegen über dem Sport nehmen können (Peer-Counselor). Abbildung 2 veranschaulicht die Verpflichtung zum gemeinsamen und abgestimmten Handeln, um ein

³ Die Zahlen wurden dankenswerterweise durch den BSNW zur Verfügung gestellt.

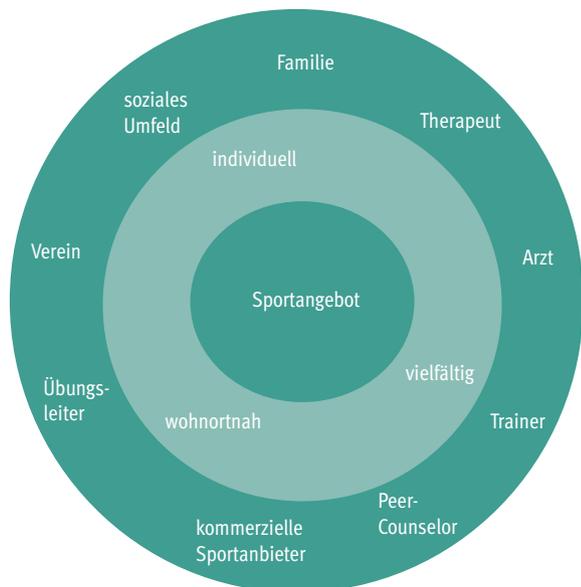


Abb. 2: Bewegungsorientiertes Netzwerk zur individuellen, vielfältigen und wohnortnahen Teilhabe am Behindertensport

für die Person mit Behinderung geeignetes Sportangebot im Behindertensport zu finden und überdauernd zu verankern.

Erklärtes Ziel des Netzwerkes sollte es sein, individuelle, vielfältige und wohnortnahe Sportangebote zu vermitteln:

- individuell, da nur ein auf die Interessen und Leistungsfähigkeit abgestimmtes Sportangebot überdauernd wahrgenommen wird,
- vielfältig, weil Wahlmöglichkeit bestehen muss, um neigungsorientiert bzw. motivbasiert Sportarten zu finden,
- wohnortnah, da ein zu weiter Weg zum Sport für viele Menschen mit Behinderungen eine wesentliche Barriere zum Sporttreiben darstellt [30].

Dabei sind die Anforderungen an ein funktionierendes Netzwerk je nach individuellem Lebenshintergrund der Person und den vorherrschenden lokalen Gegebenheiten unter verschiedenen Schwerpunktsetzungen zu betrachten. Je nach Schwerpunkt spielen die jeweiligen Netzwerkakteure unterschiedliche Rollen, die sie für die Angebotsvermittlung einnehmen können.

Rolle der Rehabilitationsfachleute

Arzt und Therapeuten können bereits frühzeitig während des Klinik- oder Rehabilitationsaufenthaltes auf die positiven Möglichkeiten des Sports auch im Anschluss an die stationären oder ambulanten Rehabilitationsbehandlungen hinweisen. Insbesondere eine individuell, mehrdimensional und ganzheitlich konzipierte Bewegungstherapie spielt hier eine zentrale Rolle in der Brücke von Therapie zum eigenverantwortlichen Sporttreiben.

Dabei nimmt die Bewegungstherapie insbesondere auch den gesamten Lebenshintergrund und die individuellen bewegungs- und sportbezogenen Vorerfahrungen einer Person mit in den Blick. Im Sinne des biopsychosozialen Ansatzes der Rehabilitation sollte zudem das familiäre und soziale Umfeld mit in die Überlegungen einbezogen werden.

Rolle von Familie und sozialem Umfeld

Ebenso wie für die medizinisch-therapeutischen Fachberufe ist es auch für Familie und soziales Umfeld von Bedeutung, Wissen über den Wert des Sports zu haben und entsprechend motivierend auf die Person einzuwirken. Wünschenswert wäre, dass die Kommunikation zwischen Patient, Umfeld und Rehafachleuten bewegungsbezogen intensiviert wird. Der Familie und dem Umfeld werden dadurch mögliche Ängste und Sorgen im Zusammenhang mit körperlicher Belastbarkeit und Sport genommen. Diese Aufklärung und die Unterstützung von Familie und Freunden sind insbesondere bei Kindern und Jugendlichen von hoher Bedeutung. Zudem erfordert der Transport bzw. der Weg zum Sportangebot nicht selten die Hilfe von Eltern oder Freunden. Im besten Fall ist das familiäre oder soziale Umfeld selbst sportlich aktiv und kann als Multiplikator und Motivator fungieren. Hier spielt auch der unorganisierte Sport eine große Rolle, z.B. beim gemeinsamen Radfahren, Handbiken oder Wandern.

Rolle der Übungsleiter, Trainer und Vereine

Die »Anbieterseite« im Sport ist gefordert, qualifizierte und vielfältige Angebote lokal vorzuhalten und diese strukturell mit dem Versorgungssystem zu verknüpfen, um mehr Menschen mit Behinderungen in die Sportangebote einzubinden. Dabei ist eine zielgerichtete Gestaltung von Bewegungs- und Sportangeboten von zentraler Bedeutung, um eine überdauernde Motivation zum Sporttreiben aufrechterhalten zu können. In der Vielfalt und Qualität der Angebote liegt die Chance, auch diejenigen Menschen für den Behindertensport zu begeistern, die kein Interesse an Sportarten wie Rollstuhlbasketball oder -tennis haben. Je breiter ein Vereinsangebot ist und je weiter der Gedanke des Sports gedacht wird, umso mehr werden sich Menschen mit Behinderungen angesprochen fühlen.

Fazit

Ausgehend von der Tatsache, dass in der allgemeinen Bevölkerung ca. 30% sportlich regelmäßig aktiv sind, scheint bei derzeit ca. 8% sportlich aktiven Menschen mit Behinderungen im organisierten Behindertensport noch großes Potenzial zur stärkeren Verankerung des Sports bei Menschen mit Behinderungen vorzuliegen. Dabei sollten die klassischen Behindertensportangebote im Rehasport und im Behindertensportverein auch wei-

terhin genutzt werden. Um jedoch die noch sportlich inaktiven Menschen mit Behinderungen mit individuellen, vielfältigen und wohnortnahen Behindertensportangeboten erreichen zu können, müssen sich sämtliche Anbieter im Sport für die selbstverständliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in organisierten und unorganisierten Sportangeboten einsetzen. Eine breite bewegungs- und sportorientierte Allianz der Rehaexperten, des sozialen Umfeldes und der lokalen Sportanbieter muss Sorge dafür tragen, dass sich potenzielle und bereits aktive Sportler willkommen fühlen und selbstbestimmt ihrem hoffentlich liebsten Hobby nachgehen – dem Sport.

Literatur

1. Abel T, Platen P, Rojas Vega S, Schneider S, Strüder HK. Energy expenditure in ball games for wheelchair users. *Spinal Cord* 2008; 46 (12): 785-790.
2. Anneken V. Teilhabe und Sport – Herausforderungen durch die UN-Behindertenrechtskonvention. In: Kiuppis F, Kurzke-Maasmeier (Hrsg). *Sport im Spiegel der UN-Behindertenrechtskonvention: Interdisziplinäre Zugänge und politische Positionen*. Kohlhammer, Stuttgart 2012, 137-149.
3. Anneken V, Deimel H. Bewegung, Spiel und Sport in der schulischen Erziehung von Hörgeschädigten. »hörgeschädigte kinder – erwachsene hörgeschädigte« 2005; 3: 132-136.
4. Anneken V, Hanssen-Doose A, Hirschfeld S, Scheuer T, Thietje R. Influence of physical exercise on quality of life in individuals with spinal cord injury. *Spinal cord* 2010; 48 (5): 393-399.
5. BAR. Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining vom 1. Januar 2011. BAR, Frankfurt 2011.
6. Bielefeld H. Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention. Essay. Deutsches Institut für Menschenrechte, Berlin 2008.
7. Bjornson KF, Belza B, Kartin D, Logsdon R, McLaughlin J, Adams Thompson E. The relationship of physical activity to health status and quality of life in cerebral palsy. *Pediatr Phys Ther* 2008; 20: 247-253.
8. BMAS. »einfach machen«. Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung des Einkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderung. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin 2011, 25 u. 205.
9. Bölle S. Rehabilitationssport nach Schlaganfall. In: Deimel H, Huber G, Pfeiffer K, Deimel H (Hrsg). *Neue Wege in Prävention und Rehabilitation*. Ärzte-Verlag, Köln 2007, 141-156.
10. Chen MD, Rimmer JH. Effects of exercise on quality of life in stroke survivors – a meta-analysis. *Stroke* 2011; 42: 832-837.
11. Cruise KE, Bucks RS, Loftus AM, Newton RU, Pegoraro R, Thomas MG. Exercise and Parkinson's: benefits for cognition and quality of life. *Acta Neurol Scand* 2011; 123: 13-19.
12. Dodd KJ, Taylor NF, Graham HK. Strength training can have unexpected effects on the self-concept of children with cerebral palsy. *Pediatric physical therapy* 2004; 16 (2): 99-105.
13. Döring A, Pfueller CF, Paul F, Dörr J. Exercise in multiple sclerosis – an integral component of disease management. *The EPMA Journal* 2012; 3: 1-13.
14. Fediuk F. Zur Diskussion: Positionspapier zum Integrations-sport. *Gemeinsam Leben Zeitschrift für Inklusion* 2010; 18 (3): 132-134.
15. Globas C, Becker C, Cerny J, Lam JM, Lindemann U, Forrester LW, Macko RF, Luft AR. Chronic stroke survivors benefit from high-intensity aerobic treadmill exercise: a randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair* 2012; 26 (1): 85-95.
16. Groff DG, Lundberg NR, Zabriskie RB. Influence of adapted sport on quality of life: Perceptions of athletes with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation* 2009; 31 (4): 318-326.
17. Hess DW, Meade MA, Forchheimer M, Tate DG. Psychological well-being and intensity of employment in individuals with a spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation* 2004; 9 (4): 1-10.
18. Hicks AL, Martin KA, Ditor DS, Latimer AE, Craven C, Bugar-esti J, McCartney N. Long-term exercise training in persons with spinal cord injury: effects on strength, arm ergometry performance and psychological well-being. *Spinal Cord* 2003; 41: 34-43.
19. Kenyon LK, Sleeper MD, Tovin MM. Sport-specific fitness testing and intervention for an adolescent with cerebral palsy: A case report. *Pediatric Physical Therapy* 2010; 22 (2): 234-240.
20. Kues S, Wegner M. Am Anfang war alles »ne Grenzleistung« – Die Bedeutung sportlicher Aktivität für die Rehabilitation von Menschen mit Tetraplegie. *DVS Schriften Band* 2008; 172: 128-134.
21. Langhammer B, Lindmark B. Functional exercise and physical fitness post stroke: the importance of exercise maintenance for motor control and physical fitness after stroke. *Stroke Research and Treatment* 2012: 17-19.
22. Lippke A, Vögele C. Sport und körperliche Aktivität. In: Renneberg B, Hammelstein P (Hrsg). *Gesundheitspsychologie*. Springer, Heidelberg 2006, 195-216.
23. Mazzoni ER, Purves L, Southward J, Rhodes RE, Temple VA. Effect of indoor wall climbing on self-efficacy and self-perceptions of children with special Needs. *Adapted Physical Activity Quarterly* 2009; 26 (3): 259-273.
24. Noreau L, Shephard RJ. Spinal Cord Injury, Exercise and Quality of Life. *Sports Medicine* 1995; 20 (4): 226-250.
25. Ottomaneli L. Review of critical factors related to employment after spinal cord injury: implications for research and vocational services. *The Journal of Spinal Cord Medicine* 2009; 32 (5): 503-531.
26. Pögel S. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Sportlern mit und ohne Körperbehinderung. Dissertation, Berlin 2009, 73.
27. Radtke S. Inklusion von Menschen mit Behinderung im Sport. Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung »Das Parlament« 2011; 16-19: 33-38.
28. Rimmer JH, Chen MD, McCubbin JA, Drum C, Peterson J: Exercise intervention research on persons with disabilities: What we know and where we need to go. *Am J Phys Med Rehabil* 2010; 89: 249-263.
29. Rimmer JH, Marques AC. Physical Activity for People with Disabilities. *The Lancet* 2012; 380 (9838): 193-195.
30. Scheuer T, Anneken V, Richarz P, Hirschfeld S, Hanssen-Doose A, Thietje R. Rollstuhlsport. Beitrag zu einer höheren Lebensqualität bei Menschen mit Querschnittlähmung. *Trauma und Berufskrankheit* 2010; 12 (3): 197-202.
31. Scheuer T, Heydenreich P, Hanssen-Doose A, Schipper A, Anneken V. Zum Einfluss des Rehabilitations-, Breiten- und Freizeitsports auf die subjektive gesundheitsbezogene Lebensqualität von Multiple Sklerose-Betroffenen. *DRV-Schriften Band* 98 2012; 98: 327-328.
32. Schlicht W. Sport und Bewegung. In: Jerusalem M, Weber H (Hrsg). *Psychologische Gesundheitsförderung*. Hogrefe, Göttingen 2003, 213-231.
33. Schmidt A, Berg A. Behindertensport und Sportmedizin: Internistische Aspekte. *Zeitschrift Sportmedizin* 2003; 54 (12): 342-346.
34. Schoo M. Sport für Menschen mit motorischen Beeinträchtigungen. Reinhardt, München 2010, 50ff.
35. Schüle K, Jochheim KA. Rehabilitationspropädeutik. In: Schüle K, Huber G (Hrsg). *Grundlagen der Sporttherapie*. Ärzte Verlag, Köln 2012, 67-94.

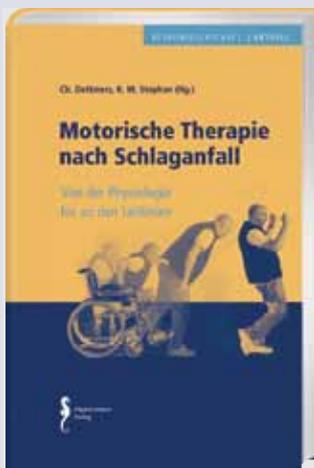
36. Strohkendl H. Rehabilitationssport im Verein. Rollstuhlsport 2006; 25 (5): 12-15.
37. Tallner A, Pfeifer K. Bewegungstherapie bei Multipler Sklerose – Wirkungen von körperlicher Aktivität und Training. Bewegungstherapie und Gesundheitssport 2008; 24: 102-108.
38. Tasiemski T, Kennedy P, Gardner BP, Tylor N. The association of sports and physical recreation with life satisfaction in a community sample of people with spinal cord injuries. Neurorehabilitation 2005; 20: 253-265.
39. Vanden-Abeeel J, Schüle K. Wissenschaftliche Begründung und Begriffsbestimmung der Sport- und Bewegungstherapie. In: Schüle K, Huber G (Hrsg). Grundlagen der Sporttherapie. Ärzte Verlag, Köln 2012, 9-42.
40. van den Berg T, Elders L, Zwart de B, Burdorf A. The effects of work-related and individual factors on the Work Ability Index: a systematic review. Occupational and Environmental Medicine 2009; 66: 211-220.
41. Verschuren O, Ketelaar M, Gorter JW, Helders PJ, Uiterwaal CS, Takken T. Exercise training program in children and adolescents with cerebral palsy. A randomized controlled trial. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine 2007; 161 (11): 1075-1081.
42. Verschuren O, Ketelaar M, Takken T et al. Exercise programs for children with cerebral palsy: a systematic review of literature. Am J Phys Med Rehabil 2008; 87: 404-417.
43. Wansing G. Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2005, 98.
44. Waschbisch A, Tallner A, Pfeifer K, Mäurer M. Multiple Sklerose und Sport: Auswirkungen körperlicher Aktivität auf das Immunsystem. Der Nervenarzt 2009; 6: 688-692.
45. Wedemeyer-Kolwe B. Vom »Versehrtenturnen« zum Deutschen Behindertensportverband (DBS). arete Verlag, Hildesheim 2011, 119.
46. Yousefi B, Tadibi V, Khoei AF, Montazeri A. Exercise therapy, quality of life, and activities of daily living in patients with Parkinson disease: a small scale quasi-randomised trial. Trials 2009; 10 (67): 1-7.

Interessenvermerk

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse

Dr. Volker Anneken
 Forschungsinstitut für Inklusion durch Bewegung und Sport an der Deutschen Sporthochschule Köln und der Lebenshilfe NRW (FiBS e. V.)
 Paul-R.-Kraemer-Allee 100
 50226 Frechen
 E-Mail: anneken@fi-bs.de



Ch. Dettmers, K. M. Stephan (Hg.)

Motorische Therapie nach Schlaganfall

Hippocampus Verlag,
 Bad Honnef 2011
 Hardcover., 322 S., € 49,00
 ISBN 978-3-936817-70-6

■ Motorisches Lernen ■ sensorische und zentrale Stimulation ■ gerätegestütztes Training ■ Neurobiologische Strategien ■ Behandlungsziele

Aktuelle Forschungsansätze der Neurorehabilitation aus den Bereichen Neurowissenschaften, Psychologie und Sportwissenschaften fasst dieses Buch in einer stimulierenden Übersicht für das motorisch interessierte Reha-Team zusammen. Neben grundlegenden Erkenntnissen zum motorischen Lernen werden neue Behandlungsansätze mittels sensorischer und zentraler Stimulation sowie gerätegestützte Methoden vorgestellt. Im Hinblick auf eine längerfristige neurobiologische Perspektive werden die vorgestellten Behandlungsmethoden zu strategischen, leitliniengestützten Behandlungskonzepten zusammengestellt.

»Wer sich ein Bild von aktuellen Entwicklungen, vor allem bezogen auf die Therapie der oberen Extremität, und Sichtweisen der Neurorehabilitation machen möchte, ist mit dem Buch gut beraten.« (neuroreha 2/2012, S. 93)

Bestellung unter: verlag@hippocampus.de | Tel.: 02224/91 94 80 | Fax: 02224/91 94 82

