

KLAUS SCHÜLE

Sport von Menschen mit Behinderungen in Rehabilitation und Therapie

Vorbemerkungen

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (1998) leben in der Bundesrepublik 6,6 Millionen Menschen mit einer Behinderung. Dieses sind etwa 8% unserer Bevölkerung, die mit einem Schwerbehindertenausweis (Grad der Behinderung mindestens 50%) gemeldet sind. Hinzu kommen jene mit geringeren Behinderungen und eine unbekannte Zahl nichtgemeldeter Personen. Zuzüglich ca. 2% alter Menschen, die auf fremde Hilfe angewiesen und damit im gebräuchlichen Sinne ebenfalls zu den Behinderten gerechnet werden können, ergibt sich eine Gesamtsumme von ca. 10% der Bevölkerung, die von Behinderung betroffen ist. Diese Zahl deckt sich mit Angaben anderer europäischer Länder, sowie entwickelter Länder weltweit. Entsprechend der demographischen Entwicklung und des medizinischen Fortschrittes wird sich dieser Anteil zukünftig noch erhöhen.

Wenn nun beklagt wird, daß dem organisierten Sport der Nichtbehinderten in Deutschland 23 Mio. Menschen (ca. 28%) und dem Behindertensport lediglich 250.000 Mitglieder (ca. 3%) angehören, trifft die Grundaussage, daß weit weniger Menschen mit einer Behinderung als Menschen ohne eine Behinderung Sport treiben zwar zu, der Vergleich ist jedoch nicht ganz zulässig.

Zu berücksichtigen gilt *zum einen*, daß bei 85% der gemeldeten 6,6 Mio. Behinderten (und nur hierüber lassen sich genauere Angaben machen) die Ursachen ihrer Behinderung in einer Krankheit liegen und *zum anderen* lediglich 24% jünger als 55 Jahre alt sind (vgl. Tab. 1). Damit wird klar, daß viele Betroffene gar nicht mehr in der Lage sind, überhaupt noch Sport zu treiben, selbst wenn Menschen nach einer Herztransplantation wieder – oder gerade deshalb – Marathon laufen. Aus sagen, daß die „neuen“ Behinderten überwiegend die *chronisch Kranken* ausmachen, treffen zu.

Tab.1: Geschlecht, Alter, Ursachen und Beeinträchtigungen der als schwerbehindert anerkannten Personen in Deutschland (STATISTISCHES BUNDESAMT 1998)

Schwerbehinderte in Deutschland	
Männer	3,5 Mio
Frauen	3,1 Mio
Gesamt	6,6 Mio
Alter	
<55 Jahre	24%
56-65 Jahre	25%
>65 Jahre	51%
Ursache der Behinderung	
Krankheit (einschließlich Impfschäden)	85%
Angeboren	5%
Unfall	3%
Kriegs- Wehrdienst-, Zivildienstbeschädigung	3%
Sonstige	4%
Beeinträchtigungen	
Innere Organe	30%
Gliedmaßen	15%
Wirbelsäule, Rumpf, Brustkorb	15%
Geist, Seele	15%
Augen	5%
Sonstige	20%

Aus diesem Grunde haben wir an der *Deutschen Sporthochschule Köln* in der neuen Studienordnung den Schwerpunkt „Prävention und Rehabilitation“ auf diese Zielgruppe der chronisch Kranken ausgerichtet und damit die *Sporttherapie* und den gesetzlich definierten *Rehabilitationssport* (§ 12.5 RehAnglGes.) in den Vordergrund gestellt. Der seit der Gründung der Kölner Hochschule (1947) vertretene „klassische“ Behindertensport (früher: „Versehrtensport“) kommt heute jedoch noch als Forschungsgegenstand in „Wissenschaftlichen Projekten“ sowie Diplom- und Doktorarbeiten zum Tragen.

In Tab. 2 sind die „klassischen“ Behinderungen den „chronischen“ Erkrankungen gegenübergestellt. Sie gibt einen groben Anhalt für wen die Rehabilitationskette beim Reha-Sport aufhört und wer an dem allgemeinen Behindertensport oder Leistungssport teilnimmt.

Tab. 2: Ausgewählte Behinderungen und ihre Rehabilitation aus Sicht der Bewegungstherapie und des Behindertensports

„KLASSISCHE“ BEHINDERUNGEN KG → Sporttherapie → Reha-Sport → Behindertensport	„CHRONISCHE“ ERKRANKUNGEN KG → Sporttherapie → Reha- Sport
Funktionsbeeinträchtigungen	Krankheitsfolgestörungen und Funktionsbeeinträchtigungen
Stütz- u. Bewegungsapparat • Amputationen (obere und untere Extremitäten) • Dysmelien • Versteifungen	Stütz- u. Bewegungsapparat • Zustand nach Einsatz von Endoprothesen (Hüft- und Knie-TEP) • Bandscheibenprolaps • Rheumatischer Formenkreis • Osteoporose • M. Bechterew
Zentrales und peripheres Nervensystem • Querschnittlähmungen (Para- u. Tetraplegie, Spina bifida) • Polioliähmungen • Diplegien • Zerebralpareesen	Zentrales und peripheres Nervensystem • Schlaganfall • Schädel-Hirn-Trauma • M. Parkinson • Multiple Sklerose (MS) • Hirnfunktionsstörungen (MCD)
Sinnesorgane • Hörschädigungen (Gehörlose, Hörgeschädigte) • Sehschädigungen (Blinde, Sehgeschädigte)	Innere Organe • Koronare Herzkrankheit • Zustand nach Herz-OP • Diabetes • Nierenerkrankungen • Tumorerkrankungen • Atemwegserkrankungen • Stoffwechselerkrankungen
Geistige Leistungsfähigkeit • Lernbehinderungen • Geistige Behinderungen	Psychische Störungen • Psychosen • Neurosen • Süchte (Alkohol u. Drogen) • Verhaltensstörungen
Mehrfachbehinderungen	Geriatrische Erkrankungen (Mehrfachbehinderungen)

Die Übergänge sind immer fließend und bekanntlich bestätigen die Ausnahmen (s.o. Herztransplantierte) die Regel. In Abb. 1 sind diese Umstände nochmals graphisch dargestellt, wobei die gemeinsamen „Schnittmengen“ sehr individuell ausfallen können.

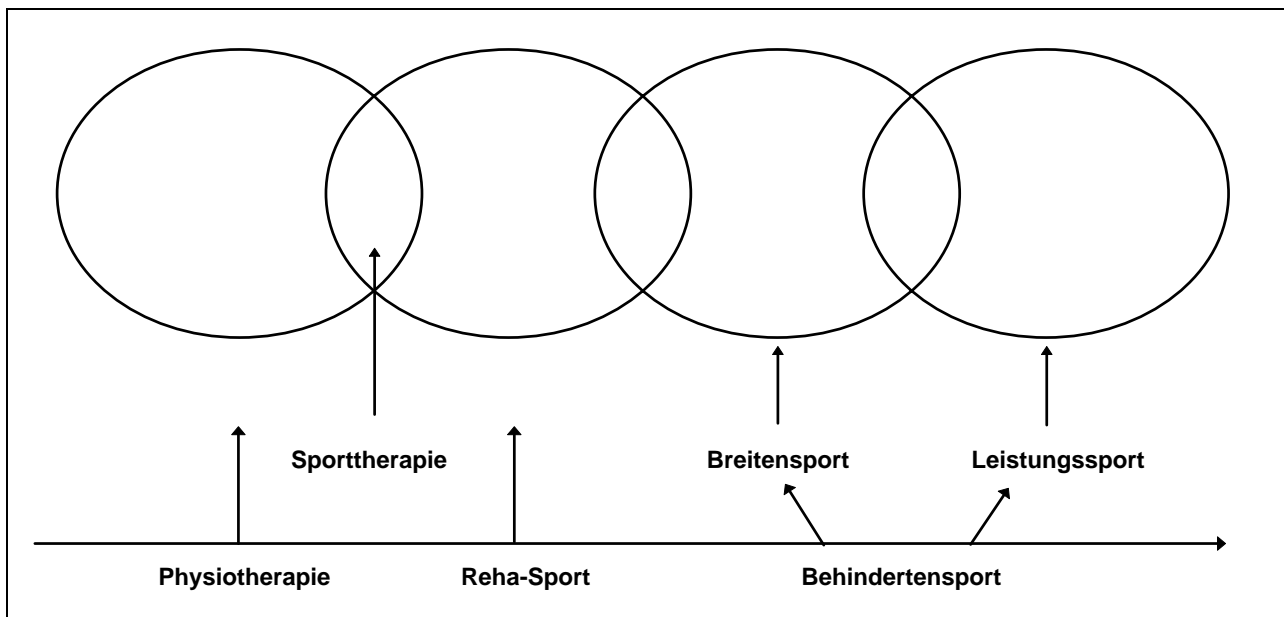


Abb. 1: Zusammenhänge von Bewegungstherapie und Sport in der Rehabilitationskette

Therapie und Rehabilitation

Therapie und Rehabilitation überschneiden sich und lassen sich nur künstlich, d.h. durch Verwaltungsakte, trennen. Hier werden die Vorteile unseres ansonsten weltweit anerkannten gegliederten Sozial- und Gesundheitssystems ins Gegenteil verkehrt, ineffektiv und ineffizient. Da Rehabilitation immer *sofort*, d.h. bereits im Akutkrankenhaus beginnt und *nahtlos* in der Reha-Klinik fortgesetzt werden sollte, ist sie auch immer schon ein Bestandteil der Therapie. Ihr oberstes Ziel schließlich liegt in der Hinführung zu einer bestmöglichen (Re-)Integration in die Gesellschaft. Nach der sich z.Zt. in Überarbeitung befindlichen WHO-Klassifikation der Behinderungen (ICIDH 2) heißt dieses „Hinführung zu einer bestmöglichen Teilhabe an der Gesellschaft“ (*Participation*).

An zwei konkreten Beispielen (Querschnittlähmung und Schlaganfall) sollen im folgenden Ziele des Bewegungseinsatzes von der Krankengymnastik in der Akutphase über die Sporttherapie und den Rehabilitationssport als Rehamaßnahme bis hin zur Spitzenleistung im Behindertensport verdeutlicht werden.

Querschnittlähmung

B.G., 28jähriger Sportstudent, Allround- Sportler im oberen Leistungsbereich (Tennis, 2. Bundesliga), Skilaufen, Triathlon; springt in Mexiko während einer Dschungeltour mit einem Kopfsprung in ein unbekanntes Gewässer und erfährt dabei eine hohe inkomplette Querschnittlähmung, Halsquerschnitt (C 5). Nach schwieriger Rettung aus dem Urwald und Rückführung nach Deutschland folgt die Rehabilitation in einem Querschnittgelähmtenzentrum. Entlassung nach 8 Monaten Fortsetzung und erfolgreiche Beendigung des Studiums. Selbständiges Gehen nicht mehr möglich. Fortbewegung fast ausschließlich im Rollstuhl. Heute Produktmanager im Reha-Bereich. Anschluß an eine Rollstuhl-Sportgruppe. Nach zwei Jahren Mitglied der Nationalmannschaft Rollstuhlrugby. Ziel: Paralympics 2000 in Sydney.

Während bis zum Zweiten Weltkrieg nur etwa 5% der Menschen mit einer Querschnittlähmung überlebten, beträgt die Überlebensrate auch für Hochgelähmte

heute etwa 95%. Diese neue Lebensperspektive ist vor allem den Verdiensten des von Breslau nach England emigrierten Neurochirurgen und später von der englischen Königin geadelten Sir Ludwig Guttmann (1900-1980) zuzuschreiben. Neben seinen zur damaligen Zeit revolutionären neuen Behandlungstechniken setzte er vor allem den „Sport“, neben der Krankengymnastik (Physiotherapie), als weiteren *kurativen* Faktor ein. Gleichzeitig schätzte er aber auch seinen *rekreativen Wert* und seine hohe psychologische Bedeutung (GUTTMANN 1979, 13). Er, der als „Vater der Querschnittgelähmten“ gilt, erkannte somit als einer der ersten, daß Sport sowohl als *Therapie* als auch als *Animation* bei den z.T. 8-12 Monate hospitalisierten Patienten zum Tragen kommen konnte.

In Deutschland wurde an den Unfallkliniken und Querschnittgelähmten-Zentren diese Behandlung (Therapie und „klinischer Sport“) für die Unfallverletzten übernommen. Aus diesen Aktivitäten heraus gründeten sich dann die ersten Rollstuhlsportvereine direkt an den Kliniken (z.B. Bochum, Duisburg, Köln). Später kamen weitere selbständige Rollstuhlsportvereine hinzu, die sich letztlich zum „Deutschen Rollstuhlsportverband“ (DRS) zusammenschlossen. Heute ist der DRS ein Sportfachverband innerhalb des *Deutschen Behindertensportverbandes (DBS)*.

So erhielt auch unser Sportstudent B.G. in der Reha-Klinik zunächst Krankengymnastik im Sinne eines eher passiven Durchbewegens und ersten Kraftübungen. Bereits hier wurde dann jedoch das Bogenschießen und einfache Ballspielformen in der Gruppe eingesetzt, nachdem eine gewisse Sitzfähigkeit (zunächst noch mit Mieder) möglich war.

Nach bereits 8 Monaten (früher bei Halsmarkgelähmten nach ca. 12 Monaten!) wurde B.G. nach Hause entlassen, wo die Wohnung in der Zwischenzeit weitestgehend barrierefrei umgerüstet wurde. Die frühe Kontaktaufnahme zu einem Rollstuhlsportverein unterstützte ganz wesentlich die Rehabilitationsfortschritte und war für ihn eine wichtige soziale Unterstützung. Der Verein bietet ihm, neben seiner Familie und seiner erfolgreichen beruflichen

Einbindung, die wichtigste Coping-Strategie. B.G. ist inzwischen längst dem Reha-Sport entwachsen und betreibt Rollstuhl-Rugby als Leistungssport. Sydney 2000 ruft!

Abschließend sei angemerkt, daß gegenwärtig der initiale Zugang zum Rollstuhlsport in Deutschland, im Gegensatz zu Großbritannien, fast ausschließlich über die Querschnittgelähmtenzentren und die dortigen Physio- bzw. Sporttherapeuten erfolgt. Dieses kann aber nur gelingen, wenn hier auch eine adäquate sportpädagogische Führung zu einer über die Klinik hinausreichenden Motivation befähigt. Dieses gilt bei der heutigen relativ kurzen Verweildauer um so mehr.

Schlaganfall

H.H., 46jähriger selbständiger Kaufmann erleidet 1990 einen Schlaganfall mit Hemiparese. Er hat vor seinem Schlaganfall nur selten Sport in Form von gelegentlichem Schwimmen, Wandern im Urlaub und Radfahren getrieben. Bereits während seines Aufenthaltes in einer Neurologischen Rehabilitationsklinik wurde er neben der krankengymnastischen und ergotherapeutischen Therapie mit sporttherapeutischen Elementen auf Zuhause und sein soziales Umfeld vorbereitet. Bereits in der Reha-Klinik erhielt H.H. die Adresse einer „Schlaganfallgruppe“ an seinem Wohnort (DSHS Köln), welche er nun regelmäßig besucht. Die Inhalte des *Rehabilitationssports* schlossen nahtlos an seine Vorerfahrungen an seine Reha-Klinik an. Inzwischen trainiert H. auch mit dem Dreirad, auf dem er mitunter von Köln nach Bonn und wieder zurück fährt (zusammen ca. 90 km). Eine berufliche Wiedereingliederung war für H.H. wegen der Schwere seiner Behinderung nicht mehr möglich. Seine Sportgruppe stellt für ihn deshalb eine neue Anlaufstelle dar. Der Kreis der Gleichbetroffenen bietet ihm hier eine wichtige soziale Unterstützung (*social support*).

Sporttherapeutische Interventionen in der Neurologischen Reha-Klinik werden bei Apoplex-Patienten seit annähernd 20 Jahren durchgeführt. Hierzu werden Übungen ausgewählt, die auf den physio- und ergotherapeutischen Maßnahmen aufbauen. Im Mittelpunkt steht, neben dem allgemeinen Herz-Kreislauf-Training, eine „ganzheitliche sensomotorische Konditionierung mit Schwerpunkt der Stabilisierung der Halte- und Stützmotorik sowie der Geschicklichkeit“ (CONRADI/CONRADI 1997, 344). Erreicht wird diese u.a. durch Koordinationsübungen (Gehen auf unterschiedlichem Untergrund, Therapiekreisel, etc.), Geschicklichkeitsübungen, Kleine Spiele in modifizierter Form, Schwimmübungen, u.ä.

Neben dieser funktionellen Zielsetzung stehen für die Sporttherapie gleichberechtigt das Wiedergewinnen und Vertrauen in die Fähigkeit des eigenen Körpers und die Wiederherstellung einer lebensbejahenden Einstellung (ebd., 345). Wie so häufig besteht auch in der neurologischen Rehabilitation die bekannte „Nahtstellenproblematik“, d.h., daß die Frage nach dem „Wohin?“ nach der „beschützenden“ Klinik oft nicht beantwortet werden kann. Daher ist eine hohe Dringlichkeit für eine Verzahnung der stationären Therapie mit dem ambulanten Rehabilitations-Sport (entsprechend der *Gesamtvereinbarung zum Rehabilitationssport und Funktionstraining vom 01.01.1994*) geboten.

Die Inhalte des Reha-Sports sollen sich an jenen der Reha-Klinik orientieren, wobei mehr und mehr von den strenger orientierten Funktionsübungen zu spielerisch

und ganzkörperausgerichteten Übungs- und Sportformen übergegangen werden sollte. Gerade diese können gruppenspezifische Prozesse auslösen, die letztlich die Stabilität einer Gruppe auf Dauer ausmachen.

Ausblick

Mit steigender Lebenserwartung geht auch die Zunahme chronischer Erkrankungen einher. Die *klassischen* Behinderungen, wie wir sie von der Nachkriegszeit besonders gut in Erinnerung haben, sind gegenwärtig rückläufig. Im Gegensatz dazu stellen die chronischen Erkrankungen – meist multifaktoriell verursacht, progredient und häufig eng mit dem Lebensstil verknüpft – die *neuen* Behinderungen dar. Zu einer „*restitutio ad integrum*“ kommt es meist nicht mehr und der Betroffenen muß daher mit seiner Behinderung leben lernen. Bewegungstherapie und Sport können hierbei gute Hilfestellung bieten.

Für die beiden exemplarisch vorgestellten Behinderungsarten sind zu Beginn der Rehabilitation physiotherapeutische Übungen, später dann sporttherapeutische und rehabilitationssportliche Maßnahmen indiziert und führen zu nachweislicher Verbesserung der *Lebensqualität* auf ihrer physischen, psychischen und sozialen Ebene. Es gibt keine „kostengünstigere“ Reha-Maßnahme!

Da nach Schätzungen lediglich ca. 20-40 der Rehabilitanden den „Reha-Sport“ in Anspruch nehmen, gilt es hier noch vermehrt, bereits während des klinischen Aufenthaltes dafür zu sensibilisieren, um eine über die Klinik hinausreichende Motivation zur Bewegung zu erreichen. Nicht zuletzt hängt die Vermittlungsfähigkeit auch von den noch bei weitem nicht in allen Kliniken vorhandenen Sporttherapeuten und ihrem Verständnis für einen *ganzheitlichen Therapieansatz* ab.

Für viele Rehabilitanden mit „klassischen“ Behinderungen bedeutet die Reha-Klinik ebenfalls eine wichtige erste Kontaktstelle bei der nach der therapeutisch orientierten Sporttherapie die Möglichkeit zum Wieder- oder auch Neueinstieg in den Sport, jetzt in den Behindertensport mit all seinen Facetten bis hin zum späteren Leistungssport angebahnt wird. Für jene Betroffenen mit einer chronischen Erkrankung wird der nicht leistungsorientierte Reha-Sport den Schlußpunkt seiner sportlichen Ambitionen darstellen.

Literatur

- CONRADI, E./CONRADI, M.-L.: Möglichkeiten des Sports in der motorischen und psychischen Rehabilitation des Schlaganfallbetroffenen. In: WEIß, M./LIESEN, H. (Hrsg.): Rehabilitation durch Sport. 1. Internationaler Kongreß des Deutschen Behinderten-Sportverbandes 1995. Marburg 1997, 342-437
- GUTTMANN, L.: Sport für Körperbehinderte. München, Wien, Baltimore 1979
- SCHÜLE, K.: Sporttherapie und Rehabilitationssport – eine gesundheitspolitische Aufgabe der Rehabilitation. In: Rehabilitation 35 (1996), 1, 23-28
- STATISTISCHES BUNDESAMT: Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart 1998

Prof. Dr. Klaus SCHÜLE
Deutsche Sporthochschule Köln
Institut für Rehabilitation und Behindertensport
Carl-Diem-Weg 6
50933 Köln