



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Hamburg University of Applied Sciences

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences

EVALUATION DES EINSATZES UND DES STELLENWERTES VON
BEWEGUNGSTHERAPIEN UND KÖRPERPSYCHOTHERAPIEN BEI
DER STATIONÄREN BEHANDLUNG VON MENSCHEN MIT
DEPRESSION IM RAUM HAMBURG.

Masterarbeit

Vorgelegt von

Claudia Martens

Matrikelnummer: [REDACTED]

Hamburg

am 04.04.2019

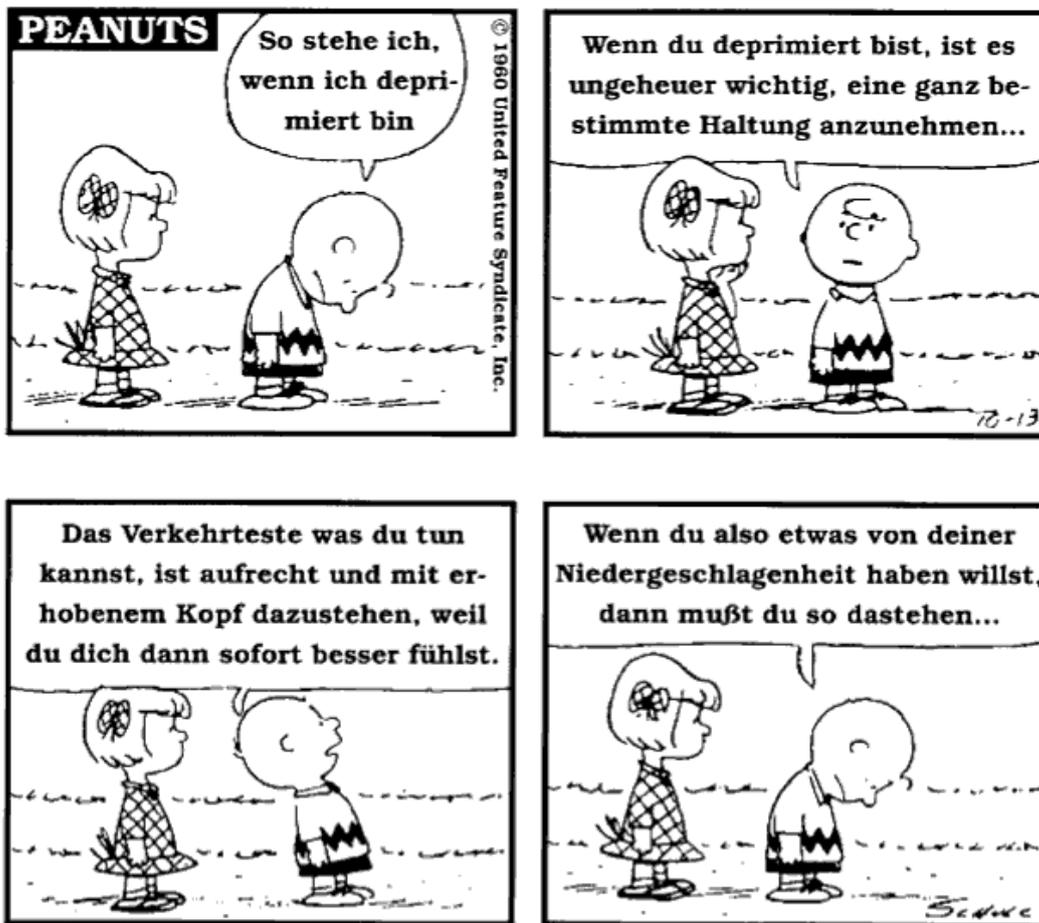
1. Gutachter: Prof. Dr. Wolf Polenz

2. Gutachterin: Claudia Duwe, MPH

Hochschule für Angewandte Wissen-
schaften Hamburg

Hamburger Arbeitsgemeinschaft für
Gesundheitsförderung e. V.

110: Ich glaube, dass die Tendenz ist, dass wir uns als Einheit begreifen müssen. Dass alles zusammenhängt. Dass jedes Gefühl körperlich etwas auslöst. Und jede körperliche Haltung ein Gefühl auslöst. Und ein Denken und Bewertung. Und ob ich nach unten gucke und nach oben, ich andere Sätze im Kopf habe. Ob ich gespannt bin oder ungespannt oder entspannt bin, ich ein anderes fühlen und denken habe. 615 – 622



Quelle: <https://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/EMOTION/Depression.shtml>

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	IV
1. Einleitung	1
1.1. Problemstellung a) Bewegungstherapie als Gegenstand der S3 Leitlinie sowie evidenzbasierter Betrachtung	2
1.2. Problemstellung b) Versorgungsanalysen zum Einsatz von Bewegungstherapien	6
2. Auftreten und Symptomatik der unipolaren Depression als Grundlage für Bewegungstherapien im stationären Kontext	9
2.1. Allgemeine Symptomatik der unipolaren Depression	10
2.2. Komorbidität	11
2.3. Die Psychodynamik der Depression.....	11
Körperhaltung und Körperspannung	12
Körperwahrnehmung.....	12
Bewegungsverhalten.....	12
3. Formen der Bewegungstherapie und deren Wirksamkeit in der Forschung und Praxis	13
3.1. Körpertherapie – Körperpsychotherapie – Bewegungstherapie – Körperliches Training. Eine Begriffsdefinition.	13
3.2. Erklärungsmodelle der Wirkmechanismen der Bewegungstherapien	16
3.3. Die Psychodynamik der Depression – störungsspezifische Ausrichtung der Körpertherapie	17
3.4. Indizierte Körpertherapien und Körperpsychotherapien bei der Unipolaren Depression	18
3.4.1 Körpertherapie	18
3.4.2 Körperpsychotherapie	20

4.	Methodik & Operationalisierung der Forschungsfragen	21
4.1.	Methodik.....	21
4.2.	Analysedimensionen bei der Erfassung der Stellenwerts und der Versorgungslage von Körpertherapien bei der stationären Behandlung.....	22
	Institutionelle Rahmenbedingung	23
	Ausbildungs- und Forschungssysteme.....	23
	Systemsteuerung im Gesundheitswesen	24
4.3.	Leitfadenkonstruktion und Operationalisierung der Forschungsfragen	24
	4.3.1 Stellenwert der Bewegungstherapie in der klinischen Praxis	24
	4.3.2 Kritische Analyse der tatsächlichen Versorgungssituation	31
5.	Durchführung der Studie	33
5.1.	Stichprobe / Expertenauswahl.....	33
5.2.	Vorgehen.....	36
5.3.	Auswertung	37
6.	Ergebnisse	39
6.1.	Ergebnisse zum Stellenwert der Bewegungstherapie in den untersuchten Kliniken	39
	6.1.1 Wahrnehmung der Bewegungstherapie	40
	6.1.2 Relevanz im Therapiekonzept.....	46
	6.1.3 Hierarchiegefüge und Interdisziplinarität	51
	6.1.4 Ausbildungsstandards und Begrifflichkeiten.....	59
6.2.	Rückfallprophylaxe und ambulante Weiterbehandlung	63
	6.2.1 Bio-Psycho-Soziale Betrachtungsweise	63
	6.2.2 Überleitungsmanagement	69
	6.2.3 Politische und Ökonomische Interessen	71

6.3. Ergebnisse zur tatsächlichen Versorgungssituation	73
6.4.1 Leitlinie als Instrument.....	73
6.4.4 Adäquate Versorgung der PatientInnen mit Bewegungstherapie	77
6.4.5 Fehlende Therapieform	78
6.4. Angebot an anderen Therapien.....	79
6.5. Offene Frage - Ergänzungen.....	81
7. Diskussion.....	83
7.1. Ergebnisdiskussion	83
Stellenwert	83
Tatsächliche Versorgung.....	87
Rückfallprophylaxe	87
7.2. Methodendiskussion.....	89
8. Fazit und Ausblick	91
Literatur	93
Eidesstattliche Erklärung	102
Anhang.....	103

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Verteilung von PatientInnen mit Depression nach stationären Einrichtungen (eigene Darstellung)	9
Abbildung 2 Übersicht Operationalisierungsprozess	24

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Übersicht: Arten Bewegungstherapie nach Röhricht (2000) mit eigenen Angaben*	15
Tabelle 2 Wirkmechanismen der Bewegungstherapie. Eigene Darstellung nach Hölter 2011, Lehofer & Lehofer 2006, Schreiber Willnow 2016; Scheepers-Assmus 2016.....	17
Tabelle 3 Operationalisierung F1	27
Tabelle 4 Operationalisierung F1.1	31
Tabelle 5 Operationalisierung F2	32
Tabelle 6 Operationalisierung F2.1	32
Tabelle 7 Übersicht der untersuchten Kliniken mit Schwerpunkt und Kapazitäten	36
Tabelle 8 Übersicht Kodierung zu F1 mit Häufigkeiten.....	39
Tabelle 9 Übersicht Grundberuf und Zusatzqualifikation der BewegungstherapeutInnen und disziplinäre Ausrichtung der Klinik	62
Tabelle 10 Übersicht Kodierung F 1.1 mit Häufigkeiten	63
Tabelle 11 Übersicht Kodierung F2 mit Häufigkeiten	73
Tabelle 12 Übersicht Kodierung F2.1 mit Häufigkeiten	79

1. Einleitung

Depression und depressive Störungen gehören zu den häufigsten Formen psychischer Erkrankungen und aufgrund ihrer Komplikationen auch zu den folgenreichsten weltweit. Für die Betroffenen geht die Erkrankung einher mit hohem Leidensdruck, einer Beeinträchtigung der Lebensqualität im Sinne von emotionalen, kognitiven, körperlichen und sozialen Einschränkungen, und sie kann un- oder fehlbehandelt zum suizidalem Handeln und zum Suizid führen (DGPPN 2015). Anlässlich des Gründungstages der WHO im Jahr 1948, findet jährlich am 7. April der Weltgesundheitstag statt. Das Thema im Jahr 2017 war „Depression – Let’s talk“ (WHO 2017) und unterstreicht die Relevanz dieses Themas.

Die ökonomischen Folgen einer steigenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Gesundheitstechnologie sind ebenfalls gravierend und steigen kontinuierlich an. Die Kosten sind innerhalb von 6 Jahren von 3.923 Milliarden € im Jahr 2002 auf 5.233 Milliarden € im Jahr 2008 gestiegen. Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage und Erwerbsminderungsrente aufgrund einer Depression ist ebenfalls gestiegen. Die verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre stieg von 136000 Mio. Jahre im Jahr 2002 auf 210000 Mio. Jahre im Jahr 2008 (RKI 2010) In Hamburg erhöhte sich die Anzahl der behandelten Fälle mit vollstationärem Aufenthalt aufgrund einer affektiven Störung, hier besonders aufgrund einer Depression, von 2786 Fällen im Jahr 2007 um 58,2% auf 7569 Fällen im Jahr 2012 (Statistikamt Nord 2014).

Bei der stationären Behandlung von Depression haben, neben psychotherapeutischen Verfahren, körper- und bewegungsbezogene Therapien in den letzten Jahren vermehrt Eingang in die klinische Praxis gefunden. Der tatsächlichen Umsetzung steht dabei eine andauernde Diskussion zur Wirksamkeit dieser Therapien gegenüber. Die vorliegende Arbeit soll unter Berücksichtigung dieser Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis den Stellenwert der Bewegungstherapie herausarbeiten. Als Grundlage dafür soll insbesondere für den Raum Hamburg die aktuelle stationäre Versorgungssituation der Menschen mit Depression für diese Therapieform ermittelt werden.

1.1. Problemstellung a) Bewegungstherapie als Gegenstand der S3 Leitlinie sowie evidenzbasierter Betrachtung

Die gesteigerte gesundheitsökonomische und gesundheitspolitische Bedeutung der Depression führte dazu, dass nationale und internationale Initiativen mit dem Ziel einer verbesserten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankung gestartet worden sind. Um diesem Ziel gerecht zu werden und eine Optimierung in allen Bereichen der Versorgung zu unterstützen, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) im Jahr 2009 die „S3 Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression“ erarbeitet. Ihr liegt ein Verständnis über die biopsychosoziale Eingebundenheit einer depressiven Störung nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell zugrunde. Sie wurde auf Grundlage von Evidenzbasierter Medizin erstellt. Das übergeordnete Ziel der Leitlinie ist *„die Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Depressionen in Deutschland zu verbessern“* (DGPPN 2015, S. 12) unter Einbeziehung aller an der Versorgung beteiligten Professionen, Organisationen, PatientInnen und Angehörigen. Ein spezifisches Ziel der Leitlinie ist es *„Barrieren der Umsetzung der Leitlinien-Empfehlungen zu identifizieren und Lösungswege aufzuzeigen“* (ebd.)

Die positive Wirkung von körperlicher Aktivität wie z. B. Ausdauer- und Kraftsport auf Depressionen wurde bereits mehrfach untersucht und bestätigt (Sochor & Deimel 2014; Ledochowski et.al. 2016; Hamacher-Erbguth 2013; Ernst & Deimel 2014; Konrad 2017). Körperliche Aktivität zählt zu den nichtmedikamentösen, somatischen Verfahren, die innerhalb der Leitlinie, neben insbesondere pharmakologischen und psychotherapeutischen Therapieformen empfohlen werden. Die „körperliche Aktivität“ wird auf Grundlage der Kriterien des American College of Sports Medicine (ACSM) in Form von Ausdauer- und Kraftsport mit sportwissenschaftlichen Aussagen zu Intensität und Dauer empfohlen. Diese basieren auf der *„best (!) verfügbaren Evidenz und im Konsens aller an der Erstellung Beteiligten“* (DGPPN 2015, S. 13). Für die „körperliche Aktivität“ gilt der formale Empfehlungsgrad A („Soll“ Empfehlung), welcher je-

doch auf Grund einer geringen Evidenzlage abgewertet wurde und schlussendlich Grad B („Sollte“ Empfehlung) erhielt.

Andere Formen der körperlichen Aktivität wie Tai Chi und QiGong werden in dem Kapitel 3.6 der Leitlinie, als „Nichtmedikamentöse, somatische Therapieverfahren“, mit einem scheinbaren positiven Effekt benannt, aber nicht weiter beschrieben und nicht mit einem Empfehlungsgrad eingestuft.

In der Literatur wird demgegenüber eine Vielzahl von Verfahren beschrieben, die in den letzten Jahren mehr an therapeutischer Bedeutung und evidenzbasierter Substanz gewonnen haben. Diese Verfahren haben sich von anfänglichen allgemeinen Leibesübungen über eher experimentell anmutende Körpertherapien hin zu theoriegeleiteten Körpertherapieverfahren (KT) und Körperpsychotherapieverfahren (KPT) entwickelt (Schmidt 2016, Geuter 2006).

Zudem wurde dokumentiert, dass Bewegung eine antientzündliche Wirkung hat und daher Sport und Bewegung als nichtmedikamentöse Behandlungsform bei einer Vielzahl von Erkrankungen eingesetzt werden (Eggers, 2015). Für eine einfache Lesbarkeit wird im Folgenden der Begriff Bewegungstherapie benutzt. In Kapiteln, in denen speziell zwischen KT und KPT unterschieden wird, werden diese Begriffe wieder verwendet.

In der Leitlinie wird bereits darauf hingewiesen, dass es methodische Probleme bei Wirksamkeitsstudien von Bewegung auf Depressionen gibt (DGPPN 2015). Die Studienlage basiert derzeit nicht auf einer hohen Evidenzlage. In diesem Zusammenhang wird in der Fachwelt zunehmend diskutiert, ob die Kriterien der Evidenzbasierten Medizin auf die Bewegungstherapie angewendet werden können oder die Kriterien der Evidenzbasierten Praxis angemessener wären (Hölter 2012). Bewegungstherapien sind in ihrer Wirkungs- und Vorgehensweise mehrdimensional und Wirksamkeitsstudien weisen heterogene Methoden und homogene Ergebnisse auf (Bräuninger 2014; Röhrich et.al. 2013; Ernst & Deimel 2014). Zwei Reviews der Cochrane Library von Cooney et.al (2013) und Meekums, Karkou & Nelson (2014) bestätigen die fehlende Evidenz.

Zudem herrschen erhebliche Defizite bei der Abgrenzung der Begrifflichkeit. Die uneinheitliche Begriffslandschaft erschwert eine genaue Orientierung und Zuordnung der Interventionen. Die vielfältigen Verfahren unterscheiden sich ferner in ihrer Entstehung, ihrem theoretischen Rahmen, der Vorgehensweise und der Umsetzung teilweise gänzlich oder gar nicht. Viele überschneiden sich partiell in ihrer Anwendung. Die Begriffe „Körpertherapie“ und „Körperpsychotherapie“ wurden zwar als abgrenzende Termini eingeführt, werden in der Praxis aber oft parallel verwendet (Röhricht 2000). In der medizinischen Rehabilitation werden die Bewegungs- und Körpertherapien den Kreativtherapien zugeordnet, zu denen auch die Kunst- und Gestaltungstherapie sowie die Musiktherapie gehören (Ohlbrich 2004).

Ungeachtet dessen gibt es keine formale Empfehlung für den Einsatz von anderen Bewegungstherapien als Behandlungsverfahren, da sie nicht den Kriterien der ACSM entsprechen (DGPPN 2015) und aufgrund der geringen Evidenzlage nicht empfohlen werden. Demgegenüber steht das im klinischen Alltag vorhandene, vielfältige Angebot an Bewegungstherapien. Hieraus ergibt sich die übergeordnete Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit:

F1: Welchen Stellenwert besitzen Bewegungstherapien bei der stationären Behandlung von Menschen mit Depressionen

Bewegungstherapie wird in dieser Untersuchung so definiert, dass die Betroffenen, im Sinne des Empowerment und der Hilfe zur Selbsthilfe, selber körperlich aktiv werden und bleiben, wodurch sie zu einer nachhaltigen Symptomlinderung beitragen.

Der Leitlinie liegt ein Verständnis über die biopsychosoziale Eingebundenheit einer depressiven Störung zugrunde und die „vollständige Symptomremission und Rückfallprophylaxe“ (ebd., S. 62) ist das zentrale Behandlungsziel. Für eine Rückfallprophylaxe werden Psychotherapie und/oder pharmakologische Therapie verstärkt beschrieben. Die Bewegungstherapie wird in diesem Zusammenhang nicht konkret erwähnt. In Kapitel 3.6.6.3 der Leitlinie „Häusliche

psychiatrische Krankenpflege“ wird für eine umfassende Darstellung geeigneter Maßnahmen für die Rückfallprophylaxe auf die S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ hingewiesen. In dieser Leitlinie wird die Sport und Bewegungstherapie für Menschen mit schweren Depressionen empfohlen, jedoch auch hier nicht im Sinne einer Rückfallprophylaxe, da ihr Potential bislang nicht in aussagekräftigen Studien untersucht ist.

Eine Kohortenstudie aus dem Jahr 2018 hat einen Effekt bei der Prävention der Depression durch körperliche Aktivität nachgewiesen (Harvey et.al. 2018). Eine Metaanalyse von prospektiven Kohortenstudien ergab ebenfalls eine protektive Wirkung vor Depressionen (Schuch et.al. 2018). In einem systematischen Review fanden Forscher heraus, dass der Abbruch von körperlicher Aktivität zu einer vermehrten depressiven Symptomatik führt (Morgan et.al. 2018). An der Charité wird zurzeit eine Studie mit vierhundert randomisierten PatientInnen mit Depression an acht psychiatrischen Kliniken durchgeführt. In der SAD-Studie, „Schritte aus der Depression“, geht es speziell um das Ziel, mindestens zehntausend Schritte am Tag zu machen. Die Studienteilnehmer erhalten einen Schrittzähler und sollen ein Schritttagebuch führen. Nach Entlassung werden die Studienteilnehmer sechs Monate später erneut befragt, um den Verlauf und das Ausmaß der körperlichen Aktivität zu erfassen. Die Bedeutung der Bewegung bei der Symptomremission und Rückfallprophylaxe scheint zu steigen. Für die vorliegende Untersuchung ergibt sich daher die weiterführende Frage:

F1.1: Welchen Stellenwert hat die Bewegungstherapie bei der Rückfallprophylaxe von Depression?

1.2. Problemstellung b) Versorgungsanalysen zum Einsatz von Bewegungstherapien

Die Versorgung von an Depressionen erkrankten PatientInnen ist ein gesellschaftlich relevantes Thema. Die Forschung nähert sich diesem Thema mit unterschiedlichen Fragestellungen. Studien beschäftigen sich entweder mit dem Personalschlüssel der PsychotherapeutInnen und der Qualität der Einrichtungen (Bundespsychotherapeutenkammer 2014, 2016) oder sie erheben die aktuelle Situation der Diagnostik und Primärversorgung und die Umsetzung der Leitlinie und deren Bedeutung für die Psycho- und Pharmakotherapie (Berghöfer et.al. 2014; et.al. 2015; Kowitz et.al. 2014; Paulzen et.al. 2014; Schauenburg 2013, GBA 2011).

Bisherige Versorgungsanalysen zum Thema Depression behandeln laut einer Studie des Gemeinsamen Bundesausschusses (2011) mehrheitlich die Versorgungssituation mit medikamentösen Therapien. Die Analysen zu der Versorgung mit nichtmedikamentösen Therapien, wie der Psychotherapie, sind quantitativ und qualitativ geringer. Die nichtmedikamentösen Interventionen, wie die Bewegungstherapie, sind nicht Gegenstand bisheriger Versorgungsanalysen (GBA 2011). Besonders im Hinblick auf die zukünftige Versorgung der psychiatrischen PatientInnen im sogenannten HomeTreatment, welche im Zusammenhang mit dem PsychVVG (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen) diskutiert werden, stellt sich die Frage, inwiefern die Versorgung mit Bewegungstherapie in Analysen Bestand haben wird.

Das bedeutet, inwiefern Bewegungstherapien tatsächlich in die stationäre Behandlung von Menschen mit einer Depression integriert sind, ist nur wenig erforscht und hauptsächlich indikationsübergreifend (Thomas 2015; Reimers et.al 2016; Holz & Michael 2013). Daraus ergibt sich als weitere übergeordnete Forschungsfrage:

F2: Wird die formale Empfehlung der S3 Leitlinie der „körperliche Aktivität“ mit Ausdauer- und Kraftsporttraining mit den angegebenen sportwissenschaftlichen Angaben zu Dauer und Intensität umgesetzt?

Die vorliegende Untersuchung beschränkt sich auf den Raum Hamburg, um regionale Unterschiede in der Versorgungsstruktur der Krankenhäuser auszuschließen.

Im Kapitel 3.5.2.2, „Spezifische Psychotherapie“, der S3-Leitlinie werden für den stationären Bereich „(...) *weitere psychotherapeutisch mitgeprägte Behandlungsverfahren, wie z.B. (...) körper- und bewegungsbezogene Therapien ergänzt.*“ (DGPPN 2015., S. 100). Eine genauere Aufzählung oder Benennung der Verfahren gibt es nicht. Im Sinne der tatsächlichen Versorgungssituation stellt sich somit die weiterführende Frage:

F 2.1: Welche anderen Formen der Bewegungstherapie werden im klinischen Bereich angeboten?

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die positiven Effekte von körperlicher Aktivität auf die psychische Gesundheit seit der Antike bekannt sind. In der S3 Leitlinie Unipolare Depression, die auf einem biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit beruht, wird eine Empfehlung für Ausdauer- und Kraftsport als unterstützende Therapieform bei der Behandlung einer Depression gegeben. Es gibt eine Empfehlung für andere Bewegungstherapieformen unter dem Deckmantel der spezifischen Psychotherapie. Aufgrund der geringen Evidenzlage und des fehlenden Konsens kann ein Empfehlungsgrad A nicht ausgesprochen werden.

Die Leitlinie wurde u.a. zur Unterstützung der Optimierungspotentiale von Behandlungsmöglichkeiten entwickelt. Bisherige Versorgungsanalysen erfassen thematisch allerdings hauptsächlich die pharmakologischen und psychothera-

peutischen Behandlungsverfahren. Analysen zum „Ist-Zustand“ der Versorgung von Betroffenen mit Bewegungstherapien sind nicht vorhanden.

Diese Arbeit setzt sich einerseits das Ziel, den Stellenwert der Bewegungstherapie bei der Behandlung herauszuarbeiten, und zu ergründen, welches weitere Potential die Bewegungstherapie als Behandlungsmöglichkeit hat. Angesichts der steigenden gesundheitspolitischen und gesundheitsökonomischen Bedeutung von psychischen Erkrankungen und der hohen Rezidivrate bei Depression ist neben der akuten Symptommfreiheit auch die Rückfallprophylaxe von Bedeutung. Inwiefern die Bewegungstherapie hierfür genutzt werden kann, kann einen Ausblick geben und einen Eindruck vermitteln, inwieweit das biopsychosoziale Krankheitsmodell aktuell Gültigkeit im klinischen Entscheidungsalltag hat und wie es zukünftig wird.

Zum anderen hat diese Arbeit das Ziel, die aktuelle stationäre Versorgungssituation der Menschen mit Depression mit den empfohlenen Therapieverfahren der „körperlichen Aktivität“ und der spezifischen Psychotherapieverfahren, die unter anderem körper- und bewegungsbezogene Therapien beinhalten, für den Raum Hamburg festzustellen und regional diese Wissenslücke zu schließen.

2. Auftreten und Symptomatik der unipolaren Depression als Grundlage für Bewegungstherapien im stationären Kontext

Die Jahresinzidenz der unipolaren Depression liegt bei ein bis zwei Erkrankungen auf einhundert Personen. Die Lebenszeitprävalenz liegt national und international bei ca. 16-20%. Laut der GEDA 2014/2015-EHIS Studie (Saß et.al. 2017) leiden ca. 8,1% der Bevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren unter einer depressiven Symptomatik. Im Jahr 2015 haben sich ca. 263000 PatientInnen vollstationär aufgrund einer Depression behandeln lassen. Das sind doppelt so viele wie im Jahr 2000 mit 110000 Fällen (ebd., Busch et.al. 2013).

Bei den zehn häufigsten psychischen und Verhaltensstörungen im Jahr 2015 liegen Depressionen im oberen Drittel mit 263002 vollstationär behandelten Fällen sowie 88689 Fällen in Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen (ebd.).

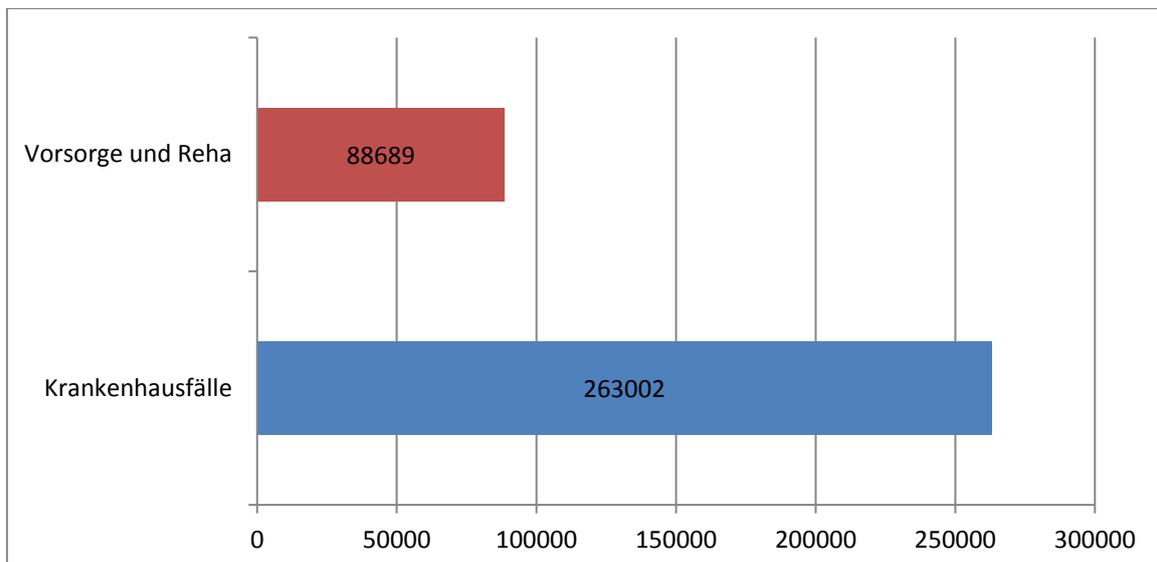


Abbildung 1 Verteilung von PatientInnen mit Depression nach stationären Einrichtungen (eigene Darstellung)

Im Folgenden sollen die kennzeichnenden Symptome bei Depressionen aufgezeigt werden, welche sich insbesondere auf Körperhaltung, Körperwahrnehmung sowie Bewegungsverhalten von Betroffenen auswirken und damit die Grundlage für die Anwendung von Bewegungstherapien bilden.

2.1. Allgemeine Symptomatik der unipolaren Depression

Depressionen werden den affektiven Störungen zugeordnet und gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Affektive Störungen sind ein Sammelbegriff für verschiedene Formen depressiver, manischer und manisch-depressiven Erkrankungen, auch bipolare Störung genannt, klassifiziert nach der ICD 10 F30 - F39. Im Gegensatz dazu umfasst die unipolare Depression keine manischen Phasen und wird in die Klassifikation der depressiven Episode (F32), der rezidivierenden depressiven Störung (F33) und der anhaltenden affektiven Störung (F34) aufgeteilt (DGPPN 2015).

Das Hauptsymptom einer Depression ist die psychische Niedergeschlagenheit, welche sich in gedrückter Stimmung, Interessenverlust oder Freudlosigkeit sowie ein verminderter Antrieb und erhöhte Ermüdbarkeit sowie verringerte Belastbarkeit ausdrücken. Zusatzsymptome sind Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme, vermindertes Selbstwertgefühl, Schuld-, Scham oder Wertlosigkeitsgefühle, negative Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken oder -handlungen, Schlafstörungen, Morgentief, Früherwachen, Libidoverlust und Appetitverlust mit einhergehendem Gewichtsverlust. (RKI 2010; Bertelsmann-Stiftung 2014, Schmidt 2016).

Die verschiedenen Klassifikationen unterscheiden sich dabei auch deutlich hinsichtlich Bewegungsverhalten und Körpergefühl, wie in Kapitel 2.3. näher ausgeführt werden soll. Bei schweren Formen der depressiven Episode können neben psychotischen Symptomen, wie z. B. Halluzinationen, Wahnideen, auch psychomotorische Hemmungen (Bewegungsverlust) auftreten. Von Depressionen Betroffene beschreiben ihr Befinden als kräftezehrenden Prozess, dauerhafte Ermüdungssituation und häufiges Erleben von Hilflosigkeit. Weiterhin berichten sie von schweren Beinen, schwerem Atmen und von der Überzeugung, nichts und niemand könne ihre Depression heilen. Reflexives Denken, Fühlen und Handeln ist somit blockiert und führt zu vermehrter Antriebslosigkeit, geringerem Selbstwertgefühl, Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen.

2.2. Komorbidität

Depressionen treten häufig mit anderen psychischen Störungen und somatischen Erkrankungen auf. Ca. 60% der Menschen, die an einer unipolaren Depression leiden, haben eine komorbide psychische Erkrankung, welche sich nicht selten auch auf ihre physische Verfassung bzw. ihr Körperempfinden auswirken kann. Bei ca. 24% sind es drei oder mehr zusätzliche Diagnosen. Zu den häufigsten gehören Angst- und Panikstörungen (50%), Schmerzstörung (47%), Essstörung (43%), Persönlichkeitsstörung (41-81%) und Suchterkrankungen (30%) (Destatis 2017, RKI 2010).

Zu den häufigsten somatischen Komorbiditäten zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Migräne, Asthma bronchiale, Allergien, Ulcus pepticum, Diabetes mellitus und Infektionserkrankungen. Das metabolische Syndrom stellt ferner ein hohes Risiko für die Entwicklung einer Depression dar. Die psychischen und somatischen Komorbiditäten führen zu einer schwierigen Erfassbarkeit zur Wirksamkeit bestimmter bewegungstherapeutischer Maßnahmen, da die Wirksamkeit auf die Depression nicht isoliert betrachtet werden kann (Hautzinger und Wolf 2012).

2.3. Die Psychodynamik der Depression

Denken und Fühlen ist mit der Körperhaltung und dem Bewegungsverhalten verknüpft und wird gespeichert. Die in diesem Kapitel beschriebene Psychodynamik der Depression gibt entscheidende Hinweise für die Art der indizierten körperlichen Aktivität und den daraus resultierenden therapeutischen Behandlungsansatz. Je nach Klassifikation können sich Unterschiede in der Psychodynamik ergeben. Eine rezidivierende depressive (F33) oder anhaltende affektive Störung (F34) ohne vollständige Remission kann sich stärker verknüpfen, als eine einzelne oder erstmals auftretende depressive Episode (F32) (Schreiber-Willnow 2016).

Im Folgenden werden für an einer Depression leidenden Personen typische psychodynamische Aspekte beschrieben und später im Kapitel 3 hinsichtlich der Körpertherapieformen aufgegriffen. Bei diesen Beschreibungen handelt es

sich um Aufzählungen der häufigsten, beobachtbaren Körperhaltungen und Bewegungsabläufe und beansprucht nicht die Beschreibung der typischen depressiven PatientInnen (ebd.).

Körperhaltung und Körperspannung

Menschen, die an einer Depression leiden, haben entweder eine sehr hohe oder sehr niedrige Körperspannung. Die Atmung ist flach und wird durch tiefe Seufzer unterbrochen. Bei niedriger Körperspannung gehen oder stehen die Menschen in einer gebeugten Haltung, der Blick ist gesenkt und wirkt abgeschottet von der Außenwelt. Die Beine sind durchgedrückt und die Arme sind bemüht, irgendwo Halt zu finden und entweder verschränkt, in der Hosentasche oder in die Hüfte gestemmt. Das Gesicht zeigt kaum Mimik. PatientInnen mit hoher Körperspannung bemühen sich dagegen, eine aufrechte Haltung einzunehmen. Die Schultern sind dabei starr und die Brust wird herausgedrückt. Die Gesichtsmuskeln sind angespannt, Zähne und Lippen werden aufeinander gepresst.

Körperwahrnehmung

Beide Formen der Körperspannung führen zu einer reduzierten Körperwahrnehmung, einem Gefühl der Enge und Taubheit und zum Rückzug nach innen. Die jeweiligen Körperhaltungen führen zu einer Verkapselung der empfundenen Stimmung und vermitteln so ein negatives Feedback, welches zu einer Verstärkung der depressiven Emotionalität führt. Diese können nur durch äußere Reize wieder durchbrochen werden und zu einer veränderten Haltung und Muskeltonus führen. Die Betroffenen beschreiben den eigenen Körper als lebendig tot. Die Selbstwahrnehmungs- und Selbstbeobachtungsfähigkeiten beziehen sich meistens auf den schmerzenden und verspannten Rücken und Nacken oder die erschöpften Füße.

Bewegungsverhalten

Die Ermüdungs- und Erschöpfungszustände der PatientInnen und die meist flache Atmung führen zu einem reduzierten Bewegungsverhalten. Armschwünge bleiben aus, die Arme suchen ständig nach Halt am eigenen Körper. Das gesamte Bewegungsverhalten kann sich verlangsamen bis zu einer völligen Erstarrung.

3. Formen der Bewegungstherapie und deren Wirksamkeit in der Forschung und Praxis

Die S3 Leitlinie Unipolare Depression beschreibt ihre Empfehlung der unterstützenden Therapieform der körperlichen Aktivität auf Grundlage der Kriterien des American College of Sports Medicine (ACSM).

„Körperliches Training wird nach den Richtlinien des American College of Sports Medicine (ACSM) definiert als geplante, strukturierte und wiederholte körperliche Aktivität zur Erhaltung oder Verbesserung einer oder mehrerer Bereiche körperlicher Fitness (DGPPN 2015 S. 128, zit. n. ACSM 2001)“

Ein Teilziel dieser Untersuchung ist es, zu evaluieren, wie die qualitative und quantitative Versorgung der PatientInnen mit der unterstützenden Therapieform der Bewegungstherapie umgesetzt wird. Dabei wird nicht nur die Umsetzung des Ausdauer- und Kraftsportes untersucht, sondern ebenfalls evaluiert, welche anderen Formen der Bewegungstherapie eingesetzt werden.

In diesem Kapitel werden daher bekannte Formen der Bewegungstherapie, wie sie im stationären Setting angeboten werden, aufgeführt und die Wirkmechanismen erläutert.

3.1. Körpertherapie – Körperpsychotherapie – Bewegungstherapie – Körperliches Training. Eine Begriffsdefinition.

In der Literatur gibt es eine Vielzahl von Verfahren, die Bewegung als therapeutisches Mittel einsetzen. Diese Verfahren unterscheiden sich jedoch in ihrer Entstehung, ihrem theoretischen Hintergrund, der Vorgehensweise und der Umsetzung. Die Therapieformen, die die meisten Verfahren als Oberbegriff bündeln, sind die Körperpsychotherapie, die Sport- und Bewegungstherapie und die Physiotherapie/Körpertherapie. Gerade die Begriffe „Körpertherapie“ und „Körperpsychotherapie“ sind unklar beschrieben und sie werden oft parallel verwendet. Abgrenzungsversuche der Begrifflichkeiten wie z. B. körperorien-

tierte, körperbezogene und körperzentrierte Psychotherapie sowie psychoorientierte Körpertherapie resultieren nicht in einer Vereinfachung. Einige Begründer versuchen auch Verbindungen zwischen beiden Verfahren herzustellen (Röhrich 2000).

Die Körperpsychotherapie befasst sich konzeptionell v.a. mit der Interpretation des Körperausdruckes und es wird eine Verbindung mit psychotherapeutischen Modellen hergestellt. Bewegungsbezogene Kompetenzen stehen nicht im Vordergrund. Zu den Körperpsychotherapieverfahren gehören die konzentrierte, die integrative und die kommunikative Bewegungstherapie, funktionale Entspannung, Tanztherapie und die Bioenergetik, um nur einige zu nennen. In der Sport- und Bewegungstherapie und der Physiotherapie/Körpertherapie liegt der Fokus vornehmlich auf dem Erlernen von neuen Bewegungen, der Leistungssteigerung und auf dem Erkennen und Begreifen der allgemeinen positiven Effekte von Bewegung auf die Gesundheit (Hölter 2011).

Röhrich hat im Jahr 2000 eine systematische Unterteilung der körperorientierten Therapien vorgenommen und sie auf Grund ihrer Modalitäten unterschieden. Diese Unterteilung mit den jeweiligen Verfahren wurde in der vorliegenden Arbeit mit Verfahren ergänzt oder minimiert, sofern aktuelle Therapieverfahren noch nicht aufgeführt wurden oder veraltete Verfahren keine Anwendung mehr finden (s. Abb. 2). Gemäß dieser Unterteilung gibt es „funktionale/übungszentrierte“ Körpertherapien und „konfliktorientierte/aufdeckende“ Körperpsychotherapien, die sich teilweise überlappen. Ziel dieser Methoden ist es, therapeutisch bestimmte Reaktionen auszulösen.

Die funktional übungszentrierten Methoden richten sich auf auslösende Affekte in physiologischen Prozessen (Atmung, Kreislauf, Körperspannung, Bewegungsspektrum). Die konfliktorientiert aufdeckenden Verfahren zielen auf eine Reaktion ab, die einen tiefenpsychologischen fundierten Hintergrund haben und daher biographisch aufdeckende und einsichtsorientierte Reaktionen hervorrufen. Diese Modalitäten werden dann zusätzlich dahingehend unterschieden, auf welcher Ebene des Selbst diese Reaktion stattfindet. Diese Ebenen sind beziehungsorientiert, wahrnehmungsorientiert, bewegungshandlungsorientiert und affekt-energieorientiert (ebd.).

Beziehungsorientierte Verfahren wie das Psychodrama stellen konflikthafte Erleben der PatientInnen dar, während die analytische Körperpsychotherapie das Prinzip der Übertragung/Gegenübertragung als Beziehungsarbeit nutzt. Die Übertragung/Gegenübertragung ist ein therapeutischer Prozess, in dem die Betroffenen in der Beziehung mit den BewegungstherapeutInnen Konflikte erkennen und aufarbeiten können. BewegungstherapeutInnen müssen sich dieses Effektes bewusst sein, damit es in der Therapie nicht zum Stillstand und zu blockierender Frustration kommt (ebd).

Ebene des Selbst	Funktionale/übungsorientierte Körpertherapie	Konfliktorientierte/aufdeckende/einsichtsorientierte Körperpsychotherapie
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integrative Leib- und Bewegungstherapie ▪ Konzentrierte Bewegungstherapie ▪ Funktionale Entspannung ▪ Biodynamik 	
beziehungsorientiert	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Funktionale Entspannung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analytische Körperpsychotherapie ▪ Psychodrama
wahrnehmungsorientiert	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensory Awareness ▪ ergotherapeutische Wahrnehmungsbehandlung ▪ Feldenkrais ▪ Focusing 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Konzentrierte Bewegungstherapie (*beziehungsorientiert) ▪ Achtsamkeitsorientierte Bewegungstherapie* ▪ Integrative Bewegungstherapie* ▪ Hakomi
bewegungshandlungsorientiert	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atemtherapie ▪ Eutonie ▪ Tai-Chi ▪ Yoga ▪ QiGong* 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tanztherapie (*beziehungsorientiert) ▪ Bewegungstherapie (*beziehungsorientiert)
Affekt- Energieorientiert	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autogenes Training ▪ Progressive Muskelrelaxation ▪ Bio-Feedback ▪ Rolfing ▪ Shiatsu ▪ Organismische Psychotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bioenergetische Analyse ▪ Core-Energetik ▪ Biosynthese ▪ Biodynamik

Tabelle 1 Übersicht: Arten Bewegungstherapie nach Röhrich (2000) mit eigenen Angaben*

Die wahrnehmungsorientierten Verfahren kommen zum Einsatz, wenn das Körperbild und Körperschema gestört ist. Betroffenen, die eine ganzheitliche Persönlichkeitsentwicklung anstreben, werden vorrangig mit bewegungs- und handlungsorientierten Verfahren behandelt. Die affekt- und energieorientierten Verfahren bemühen sich um einen Ausgleich, bzw. eine Harmonisierung von Spannungszuständen im Körper (ebd.).

Das Kraft- und Ausdauertraining ist in dieser Übersicht nicht aufgeführt, da diese Form der Therapie laut Definition der ACSM der „*Erhaltung oder Verbesserung einer oder mehrerer Bereiche körperlicher Fitness*“ (DGPPN 2015, S. 128, zit. n. ACSM 2001) dient.

3.2. Erklärungsmodelle der Wirkmechanismen der Bewegungstherapien

Die Wirksamkeit von Bewegung in Form von Ausdauer und Kraftsport auf die Symptomatik einer unipolaren Depression ist durch mehrere Metaanalysen und systematische Reviews belegt und der formale Empfehlungsgrad der S3 Leitlinie lautet A (starke „Soll“- Empfehlung). Auf Grund einer hohen Heterogenität und geringen Qualität der Studien wurde im Nachhinein jedoch der Empfehlungsgrad B (einfache „Sollte“ Empfehlung) gegeben. Sportwissenschaftlich gibt es genaue Empfehlungen zu Dauer und Intensität der Aktivität.

„Die aktuellen Empfehlungen beinhalten aerobes Ausdauertraining in moderater Intensität für mindestens 30 Minuten an mindestens fünf Tagen pro Woche oder intensives Training für mindestens 20 Minuten an mindestens drei Tagen pro Woche, bzw. eine Kombination aus beiden. Es sollte ein Energieverbrauch von mindestens 500 bis 1000 metabolischen Einheiten (MET)-Minuten pro Woche erreicht werden. An zwei bis drei Tagen pro Woche sollte zudem Krafttraining für alle großen Muskelgruppen sowie Gleichgewichts- und Koordinationstraining durchgeführt werden“ (DGNPP 2015, S. 128)

Die Wirkmechanismen der Bewegung lassen sich in physiologische, psychologische und psychosoziale Erklärungsansätze unterscheiden (Hölter 2011, Lehofer & Lehofer 2006, Schreiber Willnow 2016; Scheepers-Assmus 2016).

<p>Physiologische Wirkungsmechanismen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Endorphinerhöhung: erhöhte Endorphinausschüttung bei aeroben Ausdauersportarten → verbesserte Stimmungslage ▪ gesteigerte physische Leistung → hat dadurch Einfluss auf die Selbstwirksamkeit ▪ Neurotransmitterausschüttung: Erhöhung des Katecholamin- und Serotoninspiegels und Erhöhung des Dopamins im Körper durch Aktivitäten → verbesserte Stimmungslage
<p>Psychologischen Wirkmechanismen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zerstreuung: durch die Aktivitäten werden kreisende, depressive Gedanken zerstreut ▪ Selbstwirksamkeit: Erfahrung eigener Kompetenz, Erlernen neuer Fertigkeiten, Erfolgserlebnisse, ▪ Awareness: Körperwahrnehmung, Körperbild und Körperschema, Körpergrenzen ▪ Entlastung: Minderung der Schuld- Minderwertigkeits- und Schamgefühle, Abbau von Aggressionen ▪ basale Aktivierung: psychomotorische Gehemmtheit und Blockaden als Schutzfaktor des Ichs wird durch die Aktivierung gelöst und Gefühle können ausgedrückt werden, erst non-verbal und dann verbal in der Gesprächstherapie
<p>Psychosoziale Wirkmechanismen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sozialisation: erleben einer Beziehungserfahrung im gesicherten Rahmen der Gruppe und mit dem BewegungstherapeutInnen, verminderte soziale Isolation gerade bei Gruppentherapie und Teamsport, psychosoziale Ressource

Tabelle 2 Wirkmechanismen der Bewegungstherapie. Eigene Darstellung nach Hölter 2011, Lehofer & Lehofer 2006, Schreiber Willnow 2016; Scheepers-Assmus 2016

3.3. Die Psychodynamik der Depression – störungsspezifische Ausrichtung der Körpertherapie

Wie im Kapitel 2 bereits beschrieben wurde, ist die Psychodynamik der Depression von Mensch zu Mensch unterschiedlich. *„Wir behandeln dabei nicht die Störung, sondern den leidenden Menschen als bio-psycho-soziales Wesen mit seiner spezifischen Störung“ (Geuter 2015 s. 81).*

Nach diesem Credo sollte die Art der Intervention möglichst störungsorientiert sein, d. h. eine genaue Anamnese mit Diagnose und Analyse des Bewegungs-

verhaltens sind notwendig um ein Bild der Psychodynamik zu erhalten. Bei der Gruppenzusammensetzung sollten die funktionalen, übungszentrierten Körpertherapieinterventionen eher heterogen sein und die konfliktorientierten, aufdeckenden und einsichtsorientierten Körperpsychotherapien homogen. Die Gruppengröße von maximal 10 Personen sollte bei beiden Interventionen nicht überschritten werden (Röhricht 2000, Hölter 2011).

Im Laufe der Therapien sollte eine Intensitätsänderung vorgesehen sein, um im Organismus durch die stattfindende Anpassung einen Veränderungsprozess herbeizuführen. Die Interventionen sind dabei nicht starr und folgen keinem technischen Ablaufplan. Vielmehr orientieren sie sich an situativen Merkmalen der individuellen PatientInnen und ihren Störungen, da besonders psychische Erkrankungen viele Komorbiditäten aufweisen (ebd., Frey 2013).

3.4. Indizierte Körpertherapien und Körperpsychotherapien bei der Unipolaren Depression

Im Folgenden werden die in der oberen Tabelle genannten und in Hamburg am häufigsten angewendeten Verfahren mit einer Abgrenzung zwischen Körpertherapien und Körperpsychotherapien (s. Abb. 2) an zwei Beispielen erläutert. Hierzu wurden die Webseiten der potentiellen Kliniken zu den angebotenen Bewegungstherapien hin überprüft. Die Recherche ergab die bewegungs- und handlungsorientierten Verfahren TaiChi, QiGong sowie das wahrnehmungsorientierte Verfahren, Konzentrative Bewegungstherapie. Dabei wird auf die spezifische Methodik, den psychologischen Ansatz soweit vorhanden, und auf ihre besonderen, störungsspezifischen Wirkmechanismen eingegangen.

3.4.1 Körpertherapie

Als körpertherapeutische Maßnahmen werden im klinischen Bereich insbesondere die bewegungs- und handlungsorientierten Verfahren wie Tai Chi, QiGong umgesetzt. Tai Chi ist eine traditionelle Kampfkunst mit meditativem Charakter, auch innere Kampfkunst genannt, die in China entwickelt wurde und dort seit Jahrtausenden praktiziert wird. Tai Chi wird zu der Traditionellen Chinesischen Medizin (TCM) gezählt und zeichnet sich durch langsame, fließende, weiche

Bewegungen aus, aber auch Atem- oder Standübungen. Die einzelnen Bewegungen werden in sogenannte Bewegungsformen gebracht und geübt. Es gibt verschieden Stile und Formen, welche alle mit der Zwerchfellatmung kombiniert werden (Yin & Dishmann 2014). QiGong gehört ebenfalls zur TCM und gilt als noch ältere traditionelle Geist-Körper-Medizin oder Seelen-Leib-Heilkunde, die ebenfalls den Aspekt der Kampfkunst beinhaltet. „Qi“ heißt grob ausgedrückt Energie, Atem, Vitalität und „Gong“ Können, Fähigkeit, oder Kultivierung. Demnach bedeutet QiGong grob beschrieben „energetisches Arbeiten“. Es gibt ca. einhundert verschiedene anerkannte Arten des QiGong. Es zeichnet sich, ähnlich wie das Tai Chi, durch langsame, koordinierte Bewegungen aus, die mit der Atmung kombiniert werden. Weiterhin gehören Atemübungen, Konzentrationsübungen und Meditationsübungen zur Praxis des QiGong. Die Übergänge zwischen Tai Chi und QiGong sind fließend (Oh et.al 2013).

Die Wirkmechanismen sind bewegungs- und handlungsorientiert und funktionell übungszentriert. Die zu Grunde liegenden, gesundheitsorientierten Prinzipien des Tai Chi beruhen auf einer Geist-Körper-Interaktion, einer gesteigerten Körperwahrnehmung sowie räumlichen Wahrnehmung, Atemregulierung und Entspannung. Die langsamen Bewegungen fördern eine stabile Körpermitte und haben einen positiven Einfluss auf die physische und mentale Balance. Therapeutische Effekte sind: Awareness, Selbstwirksamkeit und Sozialisation (ebd.).

Systematische Reviews und Metaanalysen, in denen die Effekte von Tai Chi auf das psychische Wohlbefinden bei Depressionen untersucht wurden, haben ergeben, dass Tai Chi einen geringen bis mittleren positiven Effekt auf die Symptomatik der Depression hat. Aufgrund der Heterogenität der Studien, hohen Drop-Out-Raten und nicht standardisierten Erfassungsinstrumenten konnte keine der Reviews und Metaanalysen statistisch signifikante Schlussfolgerungen zu den Effekten treffen (Yin & Dishmann 2014; Yang et.al 2015; Wang et.al 2013; Wang et.al. 2010, Liu et.al 2015, Sharma & Haider 2013, Solloway et.al. 2016; Oh et.al. 2013). Aktuelle Studien, die die Effekte von Tai Chi und QiGong auf depressive Symptomatik spezifischer betrachten, schließen Variablen wie Alter und Ethnizität mit ein (Siu et.al. 2017; Martinez et.al 2015).

3.4.2 Körperpsychotherapie

Die konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) zählt zu den verbreitetsten körperpsychotherapeutischen Maßnahmen. Sie ist eine leiborientierte psychotherapeutische Methode und hat ihre Wurzeln in den 1920er Jahren, in denen ein langsames Umdenken im Bereich der Psychoanalyse und der Gymnastikbewegung stattfand. Die Psychoanalytiker nahmen das Leibliche in ihre Betrachtungsweise von Mensch und Krankheit auf und die Gymnastiklehre legte den Fokus vermehrt in das Erleben und Wahrnehmen der Bewegung und weniger in die korrekte funktionelle Ausführung. In den 1960er Jahren entwickelten sich aus dieser Reform Konzepte, die anfangs eher experimentellen, nicht theoretisch begründbaren Charakter besaßen (Schreiber-Willnow 2016, Schmidt 2016; Hamacher-Erbguth et.al. 2013).

Einer der Begründer der KBT, Helmuth Stolze, beschreibt die KBT als eine äußere und innere Bewegung, die sich durch das Konzentrierte, entspannt Fokussierte, die Qualität von Wahrnehmung und Spüren erfahren lässt. Der theoretische Hintergrund der KBT hat unterschiedliche Stränge und betrachtet Aspekte der Entwicklungspsychologie, der Leibphilosophie, der Neurologie, der Theorie des Körperbildes und der Symbolisierung sowie tiefenpsychologische Modelle (Schreiber-Willnow 2016). Der therapeutische Vorgang wurde in vier Schritten beschrieben, die aufeinanderfolgend ihre Wirkung entfalten können:

- 1) Körperwahrnehmung: Aufmerksamkeit auf Körperempfindungen in Ruhe und Bewegung
- 2) Körpererleben: das Erleben im Körper und der Umgang mit der Umwelt lassen gespeicherte Gefühle und Erinnerungen bewusst werden
- 3) nonverbale Symbolisierung: durch das Erleben werden biographische/lebensgeschichtlich bedeutsame Situationen erkannt
- 4) sprachliche Symbolisierung: die erkannten Situationen können in der Gesprächstherapie ausgedrückt und verbal verarbeitet werden

Die KBT ist konfliktorientiert, aufdeckend, einsichtsorientiert und wahrnehmungsorientiert. Die therapeutischen Effekte bei depressiv Erkrankten sind: Entlastung, basale Aktivierung, Selbstwirksamkeit, Awareness und Sozialisation.

4. Methodik & Operationalisierung der Forschungsfragen

Dieser Abschnitt stellt die gewählte Methodik der vorliegenden Studie vor und zeigt auf, wie die Forschungsfragen der Arbeit in diesem Zuge operationalisiert wurden. Zunächst wird auf das leitfadengestützte Experteninterview als qualitative Forschungsmethode eingegangen und welche Form der qualitativen Inhaltsanalyse angewendet wurde. Im Folgenden werden die der Zielsetzung der Arbeit zugrunde liegenden Analysedimensionen aufgezeigt. Im letzten Abschnitt werden diese Dimensionen auf die Forschungsfragen angewendet, woraus das Schema für den Interviewleitfaden entwickelt wurde. Diese Strukturierung wird im Analysekapitel wieder aufgegriffen.

4.1. Methodik

In dieser Untersuchung wurden leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt. Das Experteninterview stellt in der qualitativen Forschung eine Methode dar, spezifisches Wissen zu einer Thematik zu generieren und ermöglicht hier den Zugang zu Wissen über bestimmte Personengruppen (Health-Professionals wie ÄrztInnen und BewegungstherapeutInnen) und Entscheidungsprozesse (Ergebnisorientierung, Patientenorientierung, Empowerment, Effizienz). Das Expertenwissen trägt neben einem spezifischem Fach- oder Sonderwissen zu dem komplexen Krankheitsbild der Depression und den Einsatz von Bewegungstherapie als Behandlungsverfahren weitergehend zu einem Hierarchieverständnis im klinischen Setting bei und kann somit einen sozialen Prozess rekonstruieren und zur Konstruktion von Wirklichkeit beitragen (Gläser & Laudel 2009, Misoch 2015, Bartel & Ohlbrecht 2016).

Im Experteninterview können unterschiedliche Erkenntnisse, unterschiedliches Wissen gewonnen werden. Es gibt unterschiedliche Wissensformen, die in der Literatur als technisches Wissen, Prozesswissen und Deutungswissen (Bogner et.al. 2014) oder Kontextwissen und Betriebswissen beschrieben werden (Misoch 2015). Trotz variierender Betrachtungsweisen, zielen alle Begriffe auf die gleiche Gewichtung von Expertenwissen ab. Die unterschiedlichen Wissens-

formen treten in den meisten Untersuchungen in gemischter Form auf (Kaiser 2014).

Um das Wissen und die Erkenntnisse der Experten aus den Interviews zu generieren, wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) angewendet. Laut Mayring lässt sich die qualitative Inhaltsanalyse in drei Grundformen des Interpretierens unterteilen: die zusammenfassende, explizierende und die strukturierende Inhaltsanalyse, wobei alle drei Grundformen erneut in Unterformen unterteilt werden. Im Rahmen der Arbeit wurde die Unterform der strukturierenden Inhaltsanalyse angewendet. Das Ziel strukturierender Inhaltsanalyse ist, *„bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“* (ebd., S. 67).

Als Untergruppen der strukturierenden Inhaltsanalyse definiert Mayring (ebd., S 99) die formale, inhaltliche, typisierende und skalierende Strukturierung. Innerhalb dieser Arbeit wurde sich an die Unterform der inhaltlichen Strukturierung angelehnt, deren Ziel es ist *„bestimmten Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusammenzufassen.“* (ebd., S. 103).

4.2. Analysedimensionen bei der Erfassung der Stellenwerts und der Versorgungslage von Körpertherapien bei der stationären Behandlung

Das übergreifende Thema der Arbeit ist der Stellenwert und der Einsatz der Bewegungstherapie bei der stationären Behandlung von Menschen mit Depression. Um dies beschreiben zu können, war es erforderlich, die verschiedenen Analysedimensionen zu identifizieren, die das mit der Forschungsfrage adressierte Phänomen oder Problem überhaupt erst beobachtbar machen. Die Identifizierung der Analysedimensionen ergab sich aus der vorangehenden Recherche und dem bisherigen Forschungsstand zum Thema.

Die Recherche wurde in den Datenbanken der HAW Hamburg und der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg durchgeführt. Die verwendeten Datenbanken waren BioMedSearch, PubMed, Science direct, Cochrane Library, Sage

journals sowie die Kataloge beider Bibliotheken. Zusätzlich wurde eine Internetrecherche bekannter Organisationen und Institute, wie z. B. dem Robert Koch Institut, durchgeführt. Die Schlagworte waren Depression/depression, konzentration*, Bewegungstherapie*/movement therapy*, körperliche Aktivität/physical activity, Sport*/sports*, Leitlinie, Nachhaltigkeit, Kosten, Wirksamkeit*/effectiveness*, Tanztherapie/dance therapy*, Yoga, GiGong*. Der Suchzeitraum (2009 bis heute) wurde gewählt, um alle Publikationen zu dem Thema seit Veröffentlichung der S3 Leitlinie zu erfassen. Die Begriffe wurden einzeln oder in Kombination verwendet.

Aus den herausgearbeiteten drei Dimensionen ergaben sich die Fragekomplexe, welche letztendlich für die Leitfadenskonstruktion herangezogen wurden.

Institutionelle Rahmenbedingung

Die Dimension „Institutionelle Rahmenbedingung“ kann die Forschungsfrage insofern beantworten, als sie die im Krankenhaus und Kliniksetting zugrundeliegenden Voraussetzungen für das Angebot an Bewegungstherapien darstellt. Dabei geht es zum einen um die zur Verfügung stehenden Ressourcen, sowohl personelle als auch bauliche, also physische Begrenzungen und Ausstattungen. Zum anderen schließen die institutionellen Rahmenbedingungen auch das Hierarchiegefüge in einem klinischen Setting mit ein, welches sich auf den Stellenwert der eingesetzten Körpertherapien auswirken kann.

Ausbildungs- und Forschungssysteme

Auf der Dimensionsebene „Ausbildungs- und Forschungssysteme“ gilt es, zu sehen, inwiefern die unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Ausbildungsstandards bei der Bewegungstherapie Einfluss nehmen können. Eine fehlende Transparenz und Unsicherheiten in der Gesellschaft erleichtern oder erschweren den PatientInnen den Zugang zu den Möglichkeiten der Bewegungstherapie. Zudem geht es um die therapeutische Kompetenz der BewegungstherapeutInnen und die damit einhergehende Anerkennung innerhalb des Hierarchiegefüges im klinischen Setting.

Systemsteuerung im Gesundheitswesen

Die Analysedimension „Systemsteuerung im Gesundheitswesen“ betrachtet die Fragestellung hinsichtlich der finanziellen Aspekte. Hier geht es die Allokation von Ressourcen, insbesondere wie die Kliniken mit den zur Verfügung stehenden Mitteln umgehen. Welchen Stellenwert hat die Bewegungstherapie in der stationären, akuten Behandlung und inwiefern ist sie wichtig im Übergangmanagement und bei der ambulanten Weiterbehandlungen im Sinne einer Rückfallprophylaxe.

4.3. Leitfadenkonstruktion und Operationalisierung der Forschungsfragen

Die Leitfadenkonstruktion für die in Kapitel 4.1 beschriebenen Experteninterviews, erfolgte über die Operationalisierung der jeweiligen Forschungsfrage. Die konzeptionelle Operationalisierung beinhaltete die Formulierung der Forschungsfragen, gefolgt von der Zuordnung der Analysedimensionen und Fragekomplexe. In der instrumentellen Operationalisierung wurden aus den Fragenkomplexen die Interviewfragen formuliert (s. Abb. 4)

Konzeptionelle Operationalisierung	Instrumentelle Operationalisierung
Forschungsfragen → Analysedimension → Fragenkomplexe	Leitfragen

Abbildung 2 Übersicht Operationalisierungsprozess

Im folgenden Abschnitt der Arbeit werden die zuvor aufgezeigten Analysedimensionen den einzelnen Hauptfragen und Unterfragen zugeordnet. Für jede Dimension wurden innerhalb dieser Zuordnung Fragenkomplexe entwickelt, die schließlich die Basis für die Fragen des Interviewleitfadens bildeten. Eine vollständige Auflistung aller Interviewfragen ist in Anhang einzusehen.

4.3.1 Stellenwert der Bewegungstherapie in der klinischen Praxis

F1: Welchen Stellenwert besitzen Bewegungstherapien bei der stationären Behandlung von Menschen mit Depression

Institutionelle Rahmenbedingungen

Der Stellenwert der Bewegungstherapie im Therapiekonzept lässt sich im ersten Schritt durch das Leitbild der Klinik und das Behandlungskonzept erkennen. Insofern wird erhoben, wie die Bewegungstherapie in das Behandlungskonzept eingewoben ist.

Zudem gibt es im Kliniksetting ein vorherrschendes Hierarchiegefüge, welches sich auf den Stellenwert ausüben kann. Daher lässt die Wahrnehmung der Bewegungstherapie sowohl aus Sicht der BewegungstherapeutInnen und ÄrztInnen oder Klinikleitung, als auch Feedback der PatientInnen eine Einschätzung des Stellenwertes der Bewegungstherapie im Behandlungskonzept zu. Ebenfalls ist die Interdisziplinarität in diesem Zusammenhang von Interesse. Es wird nach regelmäßig stattfindenden Teammeetings gefragt. Außerdem wird erhoben, inwiefern die BewegungstherapeutInnen Einfluss auf die Zuteilung der PatientInnen zu den einzelnen Gruppen haben und ob die Gruppengröße beschränkt ist. Zudem wird herausgearbeitet, inwiefern die Dokumentation gewünscht, vollzogen und auch gegenseitig gelesen wird.

Einhergehend mit der Wahrnehmung und der Interdisziplinarität spielt die Motivation ebenfalls eine Rolle für den Stellenwert. Es wird erhoben, ob die PatientInnen aufgefordert oder ermuntert werden, zu den Therapien zu gehen. Des Weiteren ist eine Beurteilung möglich, inwiefern die PatientInnen bei Nichtteilnahme an den Therapien Konsequenzen erwarten.

Die baulichen Voraussetzungen lassen ebenfalls Rückschlüsse auf den Stellenwert zu. Dazu gehören unter anderem die Raumgröße und Raumbeschaffenheit in Relation zu den Gruppengrößen und PatientInnenanzahl und die daraus resultierenden Angebote. Ebenfalls dazu gehören die Ausstattung und Materialien, die zur Verfügung stehen. Wenn die oben erwähnten Gegebenheiten nicht adäquat sind und es daher nicht zu einem ausreichenden Therapieangebot kommt, lässt ein alternatives Angebot oder die Nutzung außerhalb angebotener Therapieformen auf den Stellenwert schließen.

Ausbildungs- und Forschungssystem

Beobachtet man den Stellenwert einer Therapie, betrachtet man ebenfalls die BewegungstherapeutInnen, die die Behandlungen durchführen und im Kontakt mit den PatientInnen und den ÄrztInnen stehen. Daher sind die Qualifikation und das Standing der BewegungstherapeutInnen im Therapiealltag von Bedeutung und haben Einfluss auf den Stellenwert der Therapie an sich.

Die Frage nach Sinn und Nutzen von einheitlichen Ausbildungsstandards bei den BewegungstherapeutInnen spielt dabei eine ebenso große Rolle wie die Vielfalt an nicht geschützten Begrifflichkeiten in der Bewegungstherapie. Die stationären Behandlungen werden von den ÄrztInnen verordnet und ein Verständnis von Art und Wirksamkeit der Therapien ist notwendig. Gegenüber den PatientInnen ist es wichtig, die Therapie transparent und nachvollziehbar darzustellen um hier auch den Stellenwert zu untermauern.

<i>F1: Welchen Stellenwert besitzen Bewegungstherapien bei der stationären Behandlung von Menschen mit Depression</i>			
Analysedimension	Fragenkomplex Kategorie und Subkategorie	Definition/Beschreibung	Leitfragen
Institutionelle Rahmenbedingungen	Wahrnehmung der Bewegungstherapie aus BewegungstherapeutInnensicht <ul style="list-style-type: none"> ▪ Eigenes subjektives Empfinden ▪ ÄrztInnensicht, subjektiv Wahrnehmung der Bewegungstherapie aus ÄrztInnensicht PatientInnenwahrnehmung, subjektiv	Subjektive Wahrnehmung Stellenwert im Behandlungskonzept: ist es nur Zeitvertreib oder gehört es zur Therapie?	Wie und als was nehmen sie die Bewegungstherapie wahr? Wie nehmen die Patienten die Therapie wahr?
	Relevanz im Therapiekonzept <ul style="list-style-type: none"> ▪ Feste Zeiten im Behandlungskonzept ○ Teilnahmepflicht; Motivation ○ Konsequenzen bei Nichtteilnahme ○ Vertretung bei Urlaub oder Krankheit Ausstattung und Ressourcen	Wie wirkt sich das Hierarchiegefüge auf den Stellenwert aus?	Welchen therapeutischen Stellenwert hat die Bewegungstherapie im stationären Setting?
	Hierarchiegefüge und Interdisziplinarität <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teammeetings/ Dokumentation ▪ Einfluss auf die Gruppenzuteilung 	Regelmäßiger Austausch auf „Augenhöhe“, Standing der BewegungstherapeutInnen	Gibt es regelmäßig stattfindende Teammeetings oder Übergaben mit beteiligten Professionen?
Ausbildungs- und Forschungssystem	Ausbildungsstandards und Begrifflichkeiten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausbildungsstandards ▪ Begrifflichkeiten in der Bewegungstherapie 	Standing des BewegungstherapeutInnen, Klare Bezeichnung im Therapiekonzept. Transparenz gegenüber dem PatientInnen	Trennen sie KT und KPT als unterschiedliche Verfahren voneinander? Findet eine Abgrenzung statt?

Tabelle 3 Operationalisierung F1

F1.1 Welchen Stellenwert hat die Bewegungstherapie bei der Rückfallprophylaxe von Depression?

Institutionelle Rahmenbedingungen

Bei der Behandlung von Menschen mit Depression sind ein ganzheitliches Denken und eine ganzheitliche Betrachtung der PatientInnen wichtig. Bewegungstherapie hat ein großes Potential für eine Rückfallprophylaxe und wird daher hier auch im Zusammenhang mit einem Überleitungsmanagement betrachtet. Dabei geht es im Besonderen um das Anbahnen für eine mögliche Weiterbehandlung mit Bewegungstherapien im Sinne einer Anschlussbehandlung, wie sie für die pharmakologischen oder psychotherapeutischen Behandlungen laut Leitlinie erwünscht sind. Das Ergebnis kann eine Einschätzung geben, ob auch der Bewegungstherapie ein ähnlicher Stellenwert bei der Rückfallprophylaxe zugesprochen wird.

Das Hierarchiegefüge und die Interdisziplinarität sind hier ebenfalls von Bedeutung, da die Empfehlungen für eine Weiterbehandlung im Entlassungsbrief, dem sogenannten Arztbrief, stehen. Inwiefern die Empfehlungen und Dokumentation der BewegungstherapeutInnen hier Einfluss nehmen und dann aufgeführt werden, kann ebenfalls eine Einschätzung ermöglichen. In diesen Zusammenhang ist das Überleitungsmanagement hinsichtlich der Bewegungstherapie zu untersuchen. Beim Überleitungsmanagement wird der Patient bereits vor Entlassung über die weiterführende Behandlung informiert und ggf. die nachbetreuenden Organisationen und Einrichtungen kontaktiert. Die Kontinuität der Versorgung soll hier gewährleistet werden.

Systemsteuerung im Gesundheitswesen

Damit einhergehend ist die Betrachtung der finanziellen Aspekte notwendig. Die Kostenträger haben einen gesellschaftlichen Auftrag, nämlich kostengünstig zu arbeiten. Wichtig in diesem Zusammenhang ist, welchen Auftrag und welche Möglichkeiten das klinische, stationäre Setting hat. Die biopsychosoziale Eingebundenheit der Depression ist in der Leitlinie erwähnt. Hier gilt es zu betrachten, inwiefern eine ganzheitliche Betrachtungsweise auch auf die Bewegungstherapie angewendet wird. Gerade in Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Bewegungsthera-

pie ist dies bedeutend. Die Anbahnung einer Weiterbehandlung zur weiteren Stabilisierung oder eine Maßnahme im Sinne einer Rückfallprophylaxe und eine Psychoedukation stehen dabei im Fokus. Inwiefern können Kliniken diese Anbahnung durchführen und abrechnen?

<i>F1.1: Welchen Stellenwert hat die Bewegungstherapie bei der Rückfallprophylaxe von Depression?</i>			
Analysedimension	Fragenkomplex Kategorie und Subkategorie	Definitio- on/Beschreibung	Leitfragen
Institutionelle Rahmenbedingungen	Bio-Psycho-Soziale Betrachtungsweise <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ganzheitliches Denken ▪ Nachhaltigkeit ▪ Überleitungsmanagement 	Wird der Patient als Ganzes gesehen? Überleitungstherapien? Anbahnung?	Wie nachhaltig ist die Bewegungstherapie?
Systemsteuerung Gesundheitswesen	Allokation von Ressourcen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Politische und ökonomische Interessen 	Angebote im Sinne von Depressions-Rehabilitationssport; finanzielle Aspekte	Wie könnte man die Nachhaltigkeit erhöhen?

Tabelle 4 Operationalisierung F1.1

4.3.2 Kritische Analyse der tatsächlichen Versorgungssituation

F 2: Wird die formale Empfehlung der S3 Leitlinie der „körperliche Aktivität“ mit Ausdauer- und Kraftsporttraining mit den angegebenen sportwissenschaftlichen Angaben zu Dauer und Intensität umgesetzt?

Institutionelle Rahmenbedingungen

Für die Analyse der leitliniengerechten Versorgungssituation wird die Umsetzung der Leitlinie im Kliniksetting untersucht. Dazu werden die ExpertInnen nach der Leitlinie an sich befragt, bzw. inwiefern die Leitlinie als Instrument genutzt wird. Die Leitlinie gibt in den Empfehlungen zu Ausdauer und Kraftsport genaue Angaben mit Intensität und Dauer vor. Auf dieser Ebene wird geprüft, ob und in welchem Umfang diese Empfehlung der körperlichen Aktivität umgesetzt wird.

F2: Wird die formale Empfehlung der S3 Leitlinie der „körperliche Aktivität“ mit Ausdauer- und Kraftsporttraining mit den angegebenen sportwissenschaftlichen Angaben zu Dauer und Intensität umgesetzt?

Analysedimension	Fragenkomplex Kategorie und Subkategorie	Definition / Beschreibung	Leitfragen
Institutionelle Rahmenbedingungen	Umsetzung der Leitlinienempfehlung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leitlinie als Instrument <ul style="list-style-type: none"> ○ leitliniengerecht ○ Mehrwert Leitlinie ▪ Versorgung adäquat ▪ Fehlende Therapieform 	Als Instrument bekannt und genutzt? Umsetzung der Leitlinienempfehlung	Nutzen Sie die Leitlinie als Instrument? Gibt es eine Fehl- Über- oder Unterversorgung?

Tabelle 5 Operationalisierung F2

F2.1: Welche anderen Formen der Bewegungstherapien werden angeboten?

Institutionelle Rahmenbedingungen

Zusätzlich zu den genauen Empfehlungen zur körperlichen Aktivität gibt es die spezifischen Psychotherapien, in denen u.a. körper- und bewegungsbezogene Therapien beschrieben werden. Es werden alle anderen angebotenen körper- und bewegungsbezogenen Therapien abgefragt. Die Limitierung auf die Dimension „Institutionelle Rahmenbedingen“ begründet sich in der Tatsache, dass in diesem Zusammenhang nicht genauer auf die Begrifflichkeiten der Bewegungstherapie in der Dimension „Ausbildung- und Forschungssystem“ eingegangen wird. Die Einflüsse werden mit der Forschungsfrage 1 abgedeckt.

F 2.1: Welche anderen Formen der Bewegungstherapie werden angeboten?

Analysedimension	Fragenkomplex Kategorie und Subkategorie	Definition/ Beschreibung	Leitfragen
Institutionelle Rahmenbedingungen	Angebot an Bewegungstherapie	Alle Bewegungsangebote	Welche Arten von Bewegungstherapie sind im Behandlungskonzept integriert?

Tabelle 6 Operationalisierung F2.1

5. Durchführung der Studie

In der vorliegenden Erhebung sind, wie im Kapitel 4.1 beschrieben, verschiedene Wissensarten (Betriebswissen, Kontextwissen, Deutungsweisen) von Bedeutung. Zum einen wird als Betriebswissen erhoben, ob die Leitlinie bei der Behandlung von PatientInnen mit Depressionen angewendet wird. Zum anderen, welche Arten von Körpertherapie in den einzelnen Einrichtungen angeboten werden. Das Kontextwissen bezieht sich auf die Kenntnisse der Experten über Rahmenbedingungen, Zwänge und Interessenstrukturen, die sich bei der Versorgung von an einer Depression erkrankten Menschen ergeben. Das Deutungsweisen ist insofern von Relevanz, als dass unterschiedliche Professionen zu der Fragestellung interviewt werden und sich somit eine Interpretation von Betriebswissen und Kontextwissen aus unterschiedlicher Perspektive ergeben kann.

Leitlinien und Prozessmanagement stellen Steuerungselemente auf der Mikroebene dar (Offermanns 2011). Um das Wissen und die Entscheidungsprozesse der beteiligten Akteure und Institutionen zu generieren fand die Erhebung aus der top-down Perspektive auf der Mikroebene des Gesundheitssystems statt. Dafür wurden zwei Expertengruppen im Raum Hamburg aus den stationären Einrichtungen rekrutiert und dementsprechend mit zwei unterschiedlichen Leitfäden interviewt. Eine Expertengruppe generierte sich aus den BewegungstherapeutInnen, demzufolge den Akteuren, die die direkte qualitative Umsetzung der Leitlinie steuern. Die andere Gruppe setzte sich aus ÄrztInnen zusammen, die die quantitative Umsetzung der Leitlinie steuern. Beide Expertengruppen können den Stellenwert der Bewegungstherapie durch Ihren Umgang mit den Leitlinienempfehlungen benennen.

5.1. Stichprobe / Expertenauswahl

Für die vorliegende Untersuchung sollten mindestens zwölf Experten im Raum Hamburg interviewt werden. Die Experten generierten sich aus zwei Expertengruppen, der Expertengruppe „ÄrztInnen“ und aus der Expertengruppe „BewegungstherapeutInnen“, wobei die Anzahl möglichst gleich sein sollte. Die genaue Anzahl der Interviewpartner ergab sich aus der Anzahl der stationären therapeuti-

schen und rehabilitativen Angebote in Hamburg. Die Einrichtungen wurden anhand des Therapieführers der Freien und Hansestadt Hamburg und einer Internetrecherche ausgewählt. Zusätzlich erfolgte eine Recherche zur Anzahl der behandelten Fälle in den Einrichtungen anhand der „Weißen Liste“. Um eine signifikante Aussage zu treffen, wurden nur Kliniken angeschrieben, die mindestens einhundert Fälle im Jahr stationär behandeln.

Im Zuge der Recherche wurden zehn stationäre Einrichtungen im Raum Hamburg angeschrieben. Die Anfrage richtete sich an die ChefärztInnen und Klinikleitung mit der Bitte, die Anfrage an ärztliche Kollegen weiterzuleiten, falls ihnen selbst eine Teilnahme nicht möglich war. Ebenfalls wurden die Ansprechpartner gebeten, die Anfrage an die im Haus tätigen BewegungstherapeutInnen weiterzuleiten. Die Anfragen wurden von Juli bis Oktober 2017 per Mail an die entsprechenden Personen geschickt. Teilweise erfolgte eine telefonische Voranfrage im Sekretariat der ChefärztInnen oder Klinikleitung.

Der Rücklauf lag nach der ersten Anfrage bei 30 % (drei Antworten/Reaktionen). Davon war eine Antwort positiv mit einer Zustimmung zur Teilnahme und zwei Antworten waren negativ mit einer Absage zur Teilnahme. Im August erfolgte eine zweite Anfrage an die Adressaten, die noch nicht reagiert hatten. Der Rücklauf lag hier bei 70% (fünf Antworten/Reaktionen).

Der Rücklauf war zu diesem Zeitpunkt nicht hoch genug, um eine möglichst flächendeckende Darstellung über den Einsatz und den Stellenwert von Bewegungstherapie bei der stationären Behandlung von Menschen mit Depression zu bekommen. Zudem reagierten vorrangig die BewegungstherapeutInnen auf die Anfrage, sodass weder die gewünschte Anzahl Experten insgesamt, noch die gewünschte gleichmäßige Verteilung auf beide Expertengruppen erreicht wurde.

Daraufhin wurden zwei weitere Einrichtungen angeschrieben, die zwar geografisch nicht mehr zu Hamburg zählen, die aber einen Versorgungsauftrag für HamburgerInnen mit psychischen Erkrankungen besitzen. Gleichzeitig wurden ein letztes Mal Anfragen an alle Einrichtungen gesandt, die noch nicht auf die Anfragen reagiert hatten. Um den Rücklauf zu erhöhen, wurden diese Anfragen vom be-

treuenden Professor per Brief gesendet. Von den fünf Briefen gab es eine positive Antwort.

Insgesamt haben von den zwölf angefragten Einrichtungen drei abgesagt und eine hat nicht reagiert. In fünf Einrichtungen stellten sich sowohl ÄrztInnen als auch BewegungstherapeutInnen für ein Interview zur Verfügung. Insgesamt wurden zwölf Interviews mit dreizehn Experten geführt, da ein Interview mit zwei Experten geführt wurde. Davon waren fünf Experten ÄrztInnen und acht Experten waren BewegungstherapeutInnen. Unter den ärztlichen Experten gab es zwei ChefärztInnen, einen Oberarzt und zwei AssistenzärztInnen. Bei den acht BewegungstherapeutInnen bekleideten vier Experten die Leitungsposition in der jeweiligen Kreativabteilung.

Die untersuchten Kliniken haben unterschiedliche Versorgungsaufträge und die Basis der psychotherapeutischen Behandlung ist ebenfalls unterschiedlich. Um die Anonymität der Kliniken zu gewährleisten wurde auf eine genaue Zuteilung der Versorgungsaufträge verzichtet. Es gibt Spezialkliniken, wo die Stationen störungsspezifisch, das heißt ausschließlich für Menschen mit Depression, ausgerichtet sind. Andere Kliniken haben gemischte, allgemeinspsychiatrische Stationen.

Die Größe der Klinik und somit die Anzahl der Betten, sind ebenfalls verschieden. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die besuchten Einrichtungen.

Klinik	Klinik/Abteilung	Stationsart und vollstationäre Bettenanzahl
#1	<i>Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit Schwerpunktstationen</i>	<i>4 Stationen je 18 Betten, 1 Station Schwerpunkt Depression und Persönlichkeitsstörungen</i>
#2	<i>Fachklinik Psychiatrie und Psychotherapie mit Schwerpunktstationen</i>	<i>5 Stationen je 22 Betten, 2 Stationen Schwerpunkt Depression, 1 Station Abhängigkeitserkrankungen mit Schwerpunkt Depression</i>
#3t	<i>Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit Schwerpunktstationen</i>	<i>6 Stationen, 1 Private allg. Psychiatrie, 1 Depression, insg. ca. 135 Betten</i>
#4	<i>Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit Schwerpunktstationen</i>	<i>8 Stationen, insg. ca. 168 Betten, 1 Depression mit 26 Betten</i>
#5	<i>Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit Schwerpunktstationen</i>	<i>Insg. ca. 150 Betten, 2 Depressionsstationen mit je 21 Betten</i>

Klinik	Klinik/Abteilung	Stationsart und vollstationäre Bettenanzahl
#6	<i>Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie</i>	<i>2 Stationen, insg. ca. 59 Betten, davon Allgemeinpsychiatrie 31 Betten</i>
#7	<i>Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik mit Schwerpunktstationen</i>	<i>Insg. ca. 81 Betten</i>
#8	<i>Psychosomatische Privatklinik mit Schwerpunktstationen, Depression</i>	<i>Insg. ca. 500</i>

Tabelle 7 Übersicht der untersuchten Kliniken mit Schwerpunkt und Kapazitäten

5.2. Vorgehen

Eine Einverständniserklärung inklusive Datenschutzerklärung für die Teilnahme an den Interviews sowie ein Informationsblatt, in dem über die Rahmenbedingungen und den Datenschutz informiert wurde, wurde vorab per Mail verschickt (siehe Anhang). Den Interviewpartnern wurde Anonymität zugesichert, die Daten würden Dritten nicht zugänglich gemacht und gelöscht, sobald die Untersuchung abgeschlossen ist. Die Einverständniserklärung wurde dann direkt vor dem Interview eingeholt.

Die Interviewdurchführung erfolgte von August bis November 2017 in der jeweiligen Einrichtung. Die ersten beiden Interviews dienten als Pretest, da sie jeweils mit einer der Expertengruppe durchgeführt wurden. Im Anschluss wurde der jeweilige Leitfaden geändert. Da beide Pretest-Interviews inhaltlich aussagekräftig sind und der Leitfaden nur geringfügig angepasst wurde, werden beide Interviews in der Analyse berücksichtigt.

Dort wo beide Expertengruppen zur Verfügung standen, wurden die Interviews getrennt voneinander durchgeführt, um eine mögliche Beeinflussung der Antworten auf Grund des hierarchischen Gefüges in der Einrichtung zu verhindern.

Die Interviewfragen sind als Leitfragen formuliert. Die Strukturierung erfolgt vom Allgemeinen hin zum Speziellen, wobei sich die Reihenfolge der Fragen auch an die Antworten der Experten angepasst hat. Das Interview ist offen gestaltet worden, der Interviewpartner konnte sich so auf das Gespräch einlassen und ein Durchdringen des Forschungsproblems war möglich.

Die Dauer der Interviews lag zwischen dreißig und neunzig Minuten. Die Aufnahme der Interviews erfolgte mit einem digitalen Aufnahmegerät. Diese wurden anschließend anonymisiert auf einem externen Gerät gespeichert und im Aufnahmegerät gelöscht.

5.3. Auswertung

Die Transkription der Interviews erfolgte von Dezember 2017 bis Februar 2018 auf Grundlage der vereinfachten Transkriptionsregeln nach Dresing und Pehl (2015). Die Interviews wurden wörtlich transkribiert. Dialekte wurden ins Hochdeutsche übersetzt, falls die Bedeutung nicht eindeutig war. Die gesprochene Sprache ist grammatikalisch nicht fehlerfrei, diese wurden aber nicht geglättet um den Wortlaut nicht zu verändern und den Inhalt nicht zu verfälschen. Wortverschleifungen werden in das schriftdeutsch geändert. Interpunktion wird beim Senken der Stimme oder bei einer Betonung, die der Autor nicht genau zuordnen kann, zugunsten von Punkten geglättet. Pausen werden mit drei Punkten in Klammern gekennzeichnet. Bei der Länge der Pause wird nicht unterschieden, es sei denn sie ist deutlich länger und hat eine Bedeutung, z. B. langes Überlegen des Befragten. In diesem Fall erfolgt die Kennzeichnung mit sechs Punkten in Klammern. Betonungen werden in Großbuchstaben geschrieben. Nonverbale Äußerungen werden transkribiert, sofern sie für die Aussage und den Inhalt relevant sind.

Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden wie „mhm, aha, ja, genau, ähm“ etc. werden nicht transkribiert. Die Ausnahme erfolgt, wenn eine Antwort lediglich aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführung besteht. Dies wird als „mhm (bejahend)“, oder „mhm (verneinend)“ erfasst, je nach Interpretation der Autorin.

Um die Intersubjektivität sicherzustellen, wurde auf ein Paraphrasieren des Textes verzichtet, da diese mit einer interpretativen Entscheidung der Autorin verbunden wäre. Somit können die *„für die Analyse relevanten Kernaussagen auf der Basis klar definierter Regeln aus einer vollständigen Sicherung des Originalmaterials extrahiert werden“*. (Kaiser 2014).

Das gesamte Material wurde von der Autorin zweimal anhand der Audiodatei auf Korrektheit hin gesichtet. Anschließend erfolgte die Analyse „top-down“ mittels des deduktiv aus der Operationalisierung gewonnenen Categoriesystems, welches in Kapitel 4.2 beschrieben wurde. Die in Kapitel 4.3 aufgeführte tabellarische Übersicht zu den Themen wurde als Kodier- und Interpretationsregelwerk herangezogen (s. Abb. 5 -8).

Im Anschluss wurden die Kategorien auf ihre Gültigkeit hin im gesamten Material überprüft. Für Themen, die aufgrund des deduktiven Vorgehens nicht erfasst werden konnten, wurden neue Kategorien induktiv erstellt. Induktive Kategorien waren Tagesklinik/PIA, Beziehungsgestaltung in Gruppen, Transparenz intern/extern. Die Analyse erfolgte im Anschluss mittels der Software MaxQda 2018.

6. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt. Die Struktur folgt dem in Kapitel 4.3 beschriebenen Operationalisierungsprozess. Die Forschungsfrage wird mit dem Codesystem und den genannten Häufigkeiten tabellarisch dargestellt und im Anschluss detailliert beschrieben. Die betreffenden Interviewpassagen werden aufgelistet oder im Text dargestellt.

6.1. Ergebnisse zum Stellenwert der Bewegungstherapie in den untersuchten Kliniken

F1: Welchen Stellenwert besitzen Bewegungstherapien bei der stationären Behandlung von Menschen mit Depressionen

Code/Subcodes	Nennung gesamt	Nennung Therapeut	Nennung Arzt
Wahrnehmung der Bewegungstherapie <ul style="list-style-type: none"> ▪ BewegungstherapeutInnen ▪ ÄrztInnen ▪ Subjektiv PatientInnenwahrnehmung bd. ExpertInnengruppen 	34 10 27	34 0 19	0 1 8
Relevanz im Therapiekonzept <ul style="list-style-type: none"> ▪ Feste Zeiten im Behandlungskonzept <ul style="list-style-type: none"> ○ Teilnahmepflicht, Motivation ○ Konsequenzen ○ Vertretung ▪ Ausstattung/Ressourcen 	24 53 19 7 8	12 33 11 3 7	12 20 8 4 1
Hierarchiegefüge und Interdisziplinarität <ul style="list-style-type: none"> ▪ Teammeetings/Dokumentation ▪ Einfluss auf die Gruppenzuteilung 	46 14	29 11	17 3
Ausbildungsstandards und Begrifflichkeiten <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausbildungsstandards und evidenzbasierte Medizin ▪ Begrifflichkeiten und therapeutische Kompetenz 	24 40	16 28	8 12

Tabelle 8 Übersicht Kodierung zu F1 mit Häufigkeiten

6.1.1 Wahrnehmung der Bewegungstherapie

Im Folgenden wird die Wahrnehmung der Bewegungstherapie im Behandlungskontext beschrieben, beginnend mit dem eigenen subjektiven Empfinden der BewegungstherapeutInnen und wie sie die Wahrnehmung der ÄrztInnen einschätzen. Im Anschluss wird die Wahrnehmung der ÄrztInnen selbst dargestellt. Abschließend beschreiben beide ExpertInnengruppen ihre Einschätzung der Wahrnehmung aus Sicht der PatientInnen.

6.1.1.1 WAHRNEHMUNG DER BEWEGUNGSTHERAPIE AUS SICHT DER BEWEGUNGSTHERAPEUTINNEN

EIGENES SUBJEKTIVES EMPFINDEN

Alle BewegungstherapeutInnen sehen in der Bewegungstherapie keinen reinen Zeitvertreib, sondern mindestens eine begleitende, unterstützende Therapie. Für vier der acht Befragten ist die Bewegung eine gleichwertige Therapie wie zur Gesprächstherapie, wobei hier eine genaue Differenzierung zwischen Begleittherapie und gleichwertiger Therapie nicht hergestellt werden kann. Auch wenn die Therapie als begleitend bewertet wird, hat sie in der Wahrnehmung der BewegungstherapeutInnen einen sehr hohen Stellenwert und wird oft als Möglichkeit beschrieben, Dinge anzustoßen und erlebbar zu machen, die dann in der Gesprächstherapie aufgegriffen und vertieft werden können. Kein Therapeut zieht einen Vergleich zur pharmakologischen Therapie.

I4: 218 - 229; I7: 618 – 625; I2: 254 – 262; I3: 247 – 253; I5: 458 - 459

I8: Genau, ein Teil davon ist es auf jeden Fall und als Teil davon ist es auch akzeptiert. Und gleichwertig, oh, schwere Frage. (...) ICH würde natürlich sagen, aber ich bin ja voll parteiisch als Bewegungstherapeut, ja, mindestens gleichwertig. 590 - 592

Das eigene subjektive Empfinden der BewegungstherapeutInnen wird ebenfalls durch andere Faktoren beeinflusst. Sie beschreiben den Einfluss, den die Wertschätzung der ÄrztInnen oder der Klinikleitung auf ihre Arbeit und ihr Selbstwertgefühl hat.

I12: 479 487

I10: Und für mich (...) (lacht) Ich glaube, wir, ich sage mal wir aus den Kreativtherapien, so nennen wir uns, (...) unser Selbstbewusstsein oder uns Selbstwertgefühl, was die Therapie angeht, klettert genauso mit dem Stellenwert sozusagen, der uns auch gegeben wird ein Stück weit. Das geht glaube ich immer Hand in Hand. 380 – 383

Dieser Einfluss wird im folgenden Abschnitt der Arbeit beschrieben.

SUBJEKTIVES EMPFINDEN DER WAHRNEHMUNG DER ÄRZTINNEN

Grundsätzlich finden die BewegungstherapeutInnen sich wertgeschätzt in ihrer Arbeit und der Bewegungstherapie im Therapiekonzept. Diese Wertschätzung, und die Wahrnehmung der Bewegungstherapie als wichtiges Element in der Behandlung, steigen.

I10: Und bei den Ärzten (...) verändert sich was finde ich. [...] Weil die Ärzte merken, dass sie eigentlich gar nichts behandeln können, wenn sie kein FUTTER kriegen. Und das ERLEBEN findet in den Begleittherapien statt. Das heißt, da erleben die Patienten was und mit DEM kommen sie in die Gesprächseinzel und dann wissen die, worüber sie REDEN können. [...] 366 - 393

Sie berichten weiterhin, dass die Wahrnehmung und der Stellenwert der Bewegungstherapie, wie gerade beschrieben, abhängig sind von der Einstellung der ÄrztInnen gegenüber Bewegung und Sport. ÄrztInnen, die von vorn herein positiv und aus eigener Erfahrung heraus Kontakt mit Bewegung allgemein oder Bewegungstherapien im Speziellen hatten, stehen dieser Therapieform im Behandlungskonzept offener gegenüber.

I7: 208 - 210

I12: Der hängt weiterhin auch von den menschlichen Charakterzügen ab. Also wie jetzt jeder Arzt persönlich eigentlich dem Sport gegenüber steht. [...] 465 466

Unklarheiten oder Vorbehalte werden in Teammeetings oder in Kurzgesprächen besprochen. In zwei Einrichtungen wurde berichtet, dass es angeleitete Therapieeinheiten für die ärztlichen KollegInnen und PsychologInnen gegeben hat um diesen zu ermöglichen, selbst zu erleben und erfahren, was die Bewegungstherapie auslösen und bewirken kann.

I2: 280 285

I4: [...] Also ich habe nicht das Gefühl, dass das belächelt wird oder es hat keinen Wert oder so. [...] ein Fragezeichen auslöst. Oder dass sie es so schwer einschätzen können, was wird denn da gemacht, was passiert denn da, das hat so was Mystisches. Da habe ich durchaus auch schon mal eine kleine Stunde mit den Kollegen gemacht, damit sie mal ein bisschen einen Eindruck haben, was es ist. [...] Sowohl die Ärzte als auch die Psychologen. 247 - 257

Wahrnehmung und Kompetenz werden besonders von zwei BewegungstherapeutInnen als kausal beschrieben. So wie die Wahrnehmung beeinflusst wird durch die Einstellung oder Haltung der ÄrztInnen oder der Klinikleitung, haben auch die Kompetenz und das Auftreten der BewegungstherapeutInnen einen ähnlichen Effekt.

I7: 512 - 513

I5: Und die Tanztherapie wird von den anderen Kollegen, den Psychologen und ärztlichen Kollegen als unterstützendes, begleitendes Verfahren wahrgenommen. Die Wahrnehmung hat aber auch ganz viel mit der Person zu tun. Ich werde mit meiner Arbeit wertgeschätzt und anerkannt und habe eine hoch angesehene Position. Das kann bei neuen, jüngeren Kolleginnen vielleicht anders sein. 461 - 464

Die zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln innerhalb des Hauses und der Fokus, der gesamt im Haus herrscht, sind ebenfalls als Faktoren beschrieben worden. Mit Fokus wird in diesem Zusammenhang von der psychotherapeutischen Ausrichtung und der Gewichtung hinsichtlich dem Einsatz von medikamentösen Therapie, Diagnostik und gesamt der Gültigkeit des biopsychosozialen Modells gesprochen. In Kliniken mit einem Auftrag an Forschung und Lehre sind die Therapien einem häufigen Wechsel unterzogen und der Fokus verschiebt sich. Mit wechselnder ÄrztInnenschaft kann sich demnach auch der Stellenwert der Bewegungstherapie verändern.

I7: 288 – 289; 504 – 521; I8: 598 - 603

Einmal wurde berichtet, dass Therapien komplett gestrichen werden, weil es keine finanziellen Mittel gibt.

6.1.1.2 WAHRNEHMUNG DER BEWEGUNGSTHERAPIE AUS SICHT DER ÄRZTINNEN

Für alle ÄrztInnen ist die Bewegungstherapie ein wichtiger Teil der Behandlung und gehört fest zum Therapiekonzept. Alle beschreiben die ärztliche Therapie und die Bewegungstherapie als ineinandergreifende Behandlungselemente, die sich gegenseitig unterstützen in ihrer Wirkung und aufeinander aufbauen.

I1: (...) Das Ganze ist eine psychotherapeutische Veranstaltung. Von der Aufnahmesituation bis zur Entlassungssituation. Das Ganze ist als ein psychotherapeutischer Prozess konzipiert, also die Idee ist so. Insofern ist auch die Sportgruppe (...) ein Teil dieses gesamten psychotherapeutischen Prozesses. [...] 204 - 209

Die ÄrztInnen berichten, dass der Austausch mit den BewegungstherapeutInnen sehr wichtig ist. Durch den Austausch ist es möglich, von den PatientInnen ein Gesamtbild zu bekommen und zu erkennen, welches Störungsmodell der Symptomatik zugrunde liegt. In dem Einzelkontakt mit dem Arzt oder die Ärztin ist die Grundsituation eine andere als in einer Gruppensituation mit anderen PatientInnen und den BewegungstherapeutInnen. Die hierarchischen Strukturen haben Einfluss auf das Empfinden der PatientInnen. Durch den Austausch kann für den PatientInnen so eine optimale Behandlung konzipiert werden.

I11: 291 - 304

I9: [...] Wir im Haus [...] sind bestrebt, ein bisschen wegzukommen von dem Einzelgespräch, was exponiert irgendwo steht. Das ist das Non Plus Ultra und alles richtet sich in der Woche auf DIESES Einzelgespräch aus. [...] Ich sehe das Einzelgespräch auch nicht als DIE Therapieform und alles andere läuft nebenher, sondern es ist EIN Baustein, wo es auch darum geht zu besprechen, was läuft denn in den Therapien. [...] Sagen wir mal so, vor allem die anderen Therapien, und auch die Bewegungstherapie, haben in der Zeit wo ich hier bin auf jeden Fall einen höheren Stellenwert eingenommen. Wir hatten bis (...) vor einem Jahr auch noch nicht diesen Austausch mit den anderen Berufsgruppen. 298 - 326

Die Unterscheidung, ob die Bewegungstherapie gleichwertig oder unterstützend ist, ist nicht eindeutig zu beantworten. Zwei ÄrztInnen stellen klar heraus, dass die Bewegungstherapie nicht auf einer Ebene mit der ärztlichen Therapie steht und

stehen kann. Der medizinische Anspruch an eine Behandlung ist hier ausschlaggebend.

Allerdings wird in diesem Zusammenhang noch einmal der hohe Stellenwert der Bewegungstherapie hervorgehoben. Gerade bei PatientInnen, die über einen kognitiven Zugang im Sinne einer Gesprächstherapie, nicht zum Kern ihres Störungsmodells kommen.

113.: 247 - 259

16: Also, ja wir haben natürlich immer diese psychotherapeutische und pharmakologische Denkweise, jetzt von der ärztlichen Seite. (...) Aber ich glaube nur, weil das andere automatisch läuft. Das ist sicher extrem wichtig, ja. Vor allem glaube ich, dass bestimmte PatientInnen (...) eine bestimmte Patientengruppe, wahrscheinlich eher sogar körperlichen Therapieeinheiten zugänglich ist, als theoretische, kognitive Verhaltenstherapie, im psychotherapeutischen Sinne. [...] es gibt bestimmte Patientengruppen, die unter Umständen deutlich mehr profitieren von einem körperlichen Zugang, als von einem theoretischen, kognitiven Zugang. Glaube ich schon ja. [...] 150 – 162

Die Einstellung, Symptomatik und Individualität der PatientInnen bestimmt demnach die Wahrnehmung der Bewegungstherapie und somit auch das das Inanspruchnahmeverhalten. Auf diesen Aspekt geht der folgende Abschnitt der Arbeit ein.

6.1.1.3 SUBJEKTIV PATIENTINNENWAHRNEHMUNG AUS SICHT DER ÄRZTINNEN UND BEWEGUNGSTHERAPEUTINNEN

Die ÄrztInnen und BewegungstherapeutInnen beschreiben, dass es von vielen Faktoren abhängig ist, wie die Patienten den Stellenwert der Bewegungstherapie für ihren eigenen Therapieerfolg wahrnehmen und die Spannweite diesbezüglich sehr hoch ist. Einige PatientInnen sehen die Bewegungstherapie als unnötig und nicht behandlungsrelevant, andere hingegen als eines der wichtigsten Behandlungselemente.

12: (...) Ganze Bandbreite. Manche können damit überhaupt nichts anfangen und entwerten das und machen da auch keinen Hehl draus. Und andere, die (...) das sehr zu schätzen wissen und das auch rüberbringen. 288 - 290

Das hängt zum einen mit Vorerfahrungen und der generellen Einstellung gegenüber Bewegung zusammen. Viele PatientInnen setzen die Bewegungstherapie mit Turnen gleich und finden es eher lächerlich. Viele beschreiben Schamgefühle, wenn es um tanzen oder spielen geht, um die freie Assoziation bei Bewegung. Zusätzlich hat die eigene Erwartungshaltung der PatientInnen und das gesellschaftliche Bild von Heilung, Einfluss auf den Stellenwert. Die zuvor bereits erwähnten hierarchischen Strukturen im Kliniksetting finden sich hier wieder.

15: 189 – 203; 19: 271-272, 307 – 311; 111: 400 - 408

18: [...] Das ist so ein bisschen auch das gesellschaftliche Bild von Gesundheit und Krankheit, was manche Menschen noch haben. „Ich gehe in die Klinik und jetzt will ich hier eine Behandlung haben und der Arzt verschreibt mir natürlich ein Medikament. Und ich bin nicht zum Spielen“, das sage ich mal ganz platt, „hier. Das macht nicht gesund“. 603 - 606

Die BewegungstherapeutInnen und ÄrztInnen berichten, dass Themen aus der Gesprächstherapie in der Bewegung aufgegriffen werden oder umgekehrt, dass Erleben aus der Bewegung dann in der Gesprächstherapie thematisiert werden. Der Sinn der Bewegungstherapie und der Stellenwert im gesamten Heilungsprozess werden den PatientInnen oft erst im Verlauf der Behandlung deutlich. Viele PatientInnen sehen am Ende ihres stationären Aufenthaltes die Bewegungstherapie als eines der wichtigsten Therapieelemente an.

15: 221 – 228

18: [...] Ob die PatientInnen und Patientinnen das allerdings von sich aus selbst als sinnvolle therapeutische Maßnahme oder „Das gehört hier halt zum Programm dazu“ differenziert wahrnehmen können, das vermag ich gar nicht so genau zu sagen muss ich gestehen. (...) Zumindest nicht am Anfang. 482 - 485

Diese Widerstände bei den PatientInnen hängen oft mit der Symptomatik der Depression zusammen, die durch die Bewegung erlebbar und verstehbar gemacht werden. Der Umgang mit diesen Widerständen wird in dem Unterpunkt Teilnahmepflicht und klientenzentrierte Motivation genauer beschrieben.

I12: (...) Wenn wir das immer wüssten. (...) Also es hängt einmal sicherlich vom Krankheitsbild [...] ab. Also bei den Depressiven glaube ich, dass sie einfach sehr davon profitieren, wenn sie in Bewegung kommen. Und egal welche Bewegung das ist, ob das Kraftsport, Ausdauersport oder Bewegungsspiele sind. Dass sie dann merken, kurzfristig verändert sich ihr Stimmungsbild. Sie lachen wieder. „Oh, darf ich überhaupt lachen?“. Natürlich darf man lachen. Das wieder zuzulassen, damit wieder hochzugehen und zu sagen „Mensch, ich habe zwar eine Depression aber damit ja nicht das Lachen verlernt“ oder „Ich darf hier lachen und trotzdem meine Depression behalten und bin dann nicht derjenige, der dann den Eindruck erweckt, dass ich jetzt nicht mehr depressiv bin. Ich hab immer noch zu knapsen daran, aber ich darf auch mal helle Momente haben“. Das ist eine Rücksendung, die die PatientInnen oft geben. Das sie Dinge reflektieren gelernt haben über das, was wir in der Bewegungstherapie vorgestellt haben. 426 - 436

Neben der Wahrnehmung der Bewegungstherapie aus Sicht der BewegungstherapeutInnen und ÄrztInnen, die einen subjektiven Charakter haben, ist der Stellenwert von objektiven Kriterien abhängig. Auf diesen Aspekt wird im Folgenden eingegangen.

6.1.2 Relevanz im Therapiekonzept

Die objektiven Faktoren werden hier im Zusammenhang mit Behandlungszeiten generell und im Urlaubs- und Krankheitsfall, dem Umgang mit dem Teilnahmeverhalten und den zur Verfügung stehenden Ressourcen betrachtet.

6.1.2.1 FESTE ZEITEN IM BEHANDLUNGSKONZEPT

In allen Kliniken, egal ob Spezialstation Depression oder allgemeinspsychiatrische Station, gibt es individuelle Behandlungspläne für die PatientInnen. Die Bewegungstherapie mit konkret definierten Einheiten ist in sieben der acht Kliniken fest in den Plänen integriert. Sie sind verpflichtend und auch nicht abwählbar. Neben den festen Bewegungseinheiten haben sie die Möglichkeit zusätzliche Bewegungsangebote zu wählen.

In einer Klinik mit Spezialstation Depression gibt es ein festes Behandlungskonzept, in der die Bewegungstherapie nicht genau definiert ist. Hier kann der Patient mit einem Bezugspfleger gemeinsam aus einem Angebot an Bewegungseinheiten wählen.

Dass die PatientInnen fertige Behandlungspläne erhalten und bereits festen Gruppen zugeordnet sind, hat vornehmlich zwei Gründe. Ein Grund ist die schnelle und vereinfachte Zuteilung und dementsprechend ein schneller Behandlungsbeginn.

113: 74-80; 11: 49 - 73

Zum anderen ergibt sich dieses Konzept aus der Schwere der Depression, sowie der Symptomatik und der Psychodynamik der Depression. Besonders die Antriebsschwäche und der Rückzug, sowie das Vermeidungsverhalten von Aktivität oder Entspannung, begründen diese Vorgehensweise.

In diesem Zusammenhang ist die Frage nach einer Teilnahmepflicht und nach dem Umgang mit Widerstand zu stellen. Inwiefern für die Bewegungstherapie eine Teilnahmepflicht besteht und wie die behandelnden ÄrztInnen und BewegungstherapeutInnen mit Vermeidung und der Motivation, auch der symptomabhängigen Motivation, der PatientInnen umgehen, kann die Forschungsfrage hinsichtlich des Stellenwertes der Bewegungstherapie im Behandlungskonzept beantworten. Diese Frage wird im nächsten Abschnitt beschrieben.

TEILNAHMEPFLICHT, KLIENTENZENTRIERTE, SYMPTOMABHÄNGIGE MOTIVATION

In den Kliniken, in denen die Bewegungstherapie als fester Bestandteil im Behandlungsplan integriert ist, ist die Teilnahme verpflichtend. Die BewegungstherapeutInnen und ÄrztInnen beschreiben, dass der Großteil der PatientInnen nach anfänglichen Hemmungen oder Vorbehalten, gerne zur Bewegungstherapie geht.

113: 145 – 152; 18: 418 – 423; 11: 88 - 98

Wenn PatientInnen zusätzliche, somatische Erkrankungen und Beschwerden haben, die eine Teilnahme verhindern, wird nach Alternativangeboten gesucht. Zu diesen somatischen Einschränkungen kommen die mit einer Depression einhergehenden, symptomabhängigen Barrieren. Depressionen zeichnen sich u. a. durch eine Antriebsstörung aus, die es den PatientInnen zusätzlich erschweren können, an den Therapien teilzunehmen. Auf diese Symptomatik wird in allen Kliniken eingegangen und die PatientInnen werden motiviert, an den Therapien teilzunehmen. Es werden u. a. bestimmte Abmachungen getroffen, wie zum Beispiel

„Weckdienste“ am Morgen oder die PatientInnen werden zu den Therapien geschickt.

I11: 155 – 165; I3: 66 – 73; I9: 175 – 183; I12: 181 - 194

I6: Sehr unterschiedlich. Das hängt auch schwer von der Diagnose, vom Störungsbild ab. (...) Sehr unterschiedlich. Es gibt sowohl die, die dann sagen „Ja, bin ich immer zu schlapp für, hab ich keinen Antrieb für, aber ich bemühe mich“. Es gibt sogar die, mit denen man dann ausmachen kann, dass man ein bisschen mithilft und sie an schubst, morgens um acht sozusagen, dass sie aus dem Bett kommen und dann laufen gehen, im Sinne eines therapeutischen Prozesses. Und es gibt auch die, die (...) dann sozusagen auf die Kritik abweisend reagieren oder vielleicht auch provozieren manchmal sogar, indem sie da nicht hingehen. 88 - 94

Sollte die Antriebsstörung zu stark sein oder eine andere, komorbide Störung sehr stark ausgeprägt sein, dann wird ein alternatives Angebot gesucht. Zu den häufigsten Komorbiditäten gehören die Persönlichkeitsstörungen, Angsterkrankungen, Sucht und somatoforme Störungen. Alle ÄrztInnen und BewegungstherapeutInnen sind klar in der Aussage, dass die PatientInnen nicht gezwungen werden können, an den Therapien teilzunehmen. Zum einen aus dem Grund, dass sie durch ihr Verhalten den gesamten Gruppenprozess und Gruppenprogress blockieren. Zum anderen weil sich ihre eigene Symptomatik verschlimmern kann.

I2.: 165 – 169; 393 - 396; I8: 427 – 436; I10: 206 – 213

I6:... Das größte Problem bei der Bewegungstherapie ist die Antriebsstörung, bei den Patienten mit Depression. Die sich dann einfach nicht überwinden können, dahinzugehen. DAS führt in den allermeisten Fällen dazu, dass der Patient dann nicht an so einer geplanten Stunde teilnimmt. 249 - 252

Beide ExpertInnengruppen beschreiben, dass eine patientenzentrierte, individuelle Betrachtungsweise ausschlaggebend für die Behandlung ist. Gemeinsam mit den PatientInnen und den behandelnden BewegungstherapeutInnen und ÄrztInnen wird nach Alternativen gesucht, die in diesem Moment geeignet sind.

I12: 158 – 170; I9: 278 - 284

I10: [...] Das heißt, man kann nicht jeden Depressiven an die Maschinen schicken, es ist nicht für jeden Depressiven gut. Für manche, ja, wenn es darum geht, mehr Spannung zu erzeugen. Aber andere, nein BLOß nicht, die haben schon viel zu viel davon. Ich finde, da muss man unterscheiden. 562 - 576

KONSEQUENZEN BEI NICHTTEILNAHME

Sollten die PatientInnen grundsätzlich nicht therapiemotiviert sein und das gesamte Behandlungskonzept ablehnen, wird über die Konsequenzen in Form von Entlassung nachgedacht. Auf die Frage, ob es Konsequenzen gibt, wenn ausschließlich die Bewegungstherapie abgelehnt wird, gibt es keine eindeutige Aussage. Die fehlende Motivation und der Widerstand gegen die Therapie im Allgemeinen und die Bewegungstherapie im Speziellen wird mit den PatientInnen besprochen. Es ist in dem Moment das vorherrschende Thema und gehört dann zum Behandlungsmittelpunkt in allen Therapien.

I6: 84 – 86; I3: 104 – 109; I4:110 - 119; I8: 441 - 445; I10: 140 – 151; I12: 202 - 209; I11: 167 – 173; I9: 201; I5: 164 – 170; I1: 101 - 112

Die Entlassung wird als letzte Konsequenz betrachtet. Dabei wird auf der einen Seite der behandlungsbedürftige Patient gesehen und der dazugehörige Versorgungsauftrag der Kliniken. Auf der anderen Seite werden die ökonomischen Aspekte einer Behandlung betrachtet. Der Kostendruck und die Gewinnoptimierung in den Kliniken und die Abrechnung der Behandlungsleistung gegenüber dem Kostenträger sind hier Themen.

I10: 159 - 163

I13: Ja, [...] es gibt zwei Aspekte. Das erste ist, steht die Motivation in Frage und zweitens, das kostet ja alles Geld. (...) Und wenn jemand sagt „Nur das will ich und das will ich und das will ich“, dann müssen wir schon drüber sprechen. Und wenn jemand keine Psychopharmaka einnehmen will, das ist wirklich eine Entscheidung, die jeder für sich selbst treffen muss. [...] wir sind eine psychosomatische Klinik, wenn ich das und das und das nicht will, dann (...) wofür? (...) Und Sport gehört zu einem dieser Musts. 137 – 142

VERTRETUNG URLAUB ODER KRANKHEIT

In Kliniken mit kleinen Teams, oder wo es ausschließlich eine BewegungstherapeutIn gibt, fallen die Bewegungseinheiten aus.

12: 437 - 439

In fünf Kliniken werden bei Krankheit oder Urlaub die Bewegungsangebote vertreten. Die Anzahl der Einheiten reduziert sich zu diesem Zeitpunkt, aber die Basisangebote werden vertreten, sodass die PatientInnen auf jeden Fall eine Bewegungseinheit täglich haben.

113: 260 – 270; 15: 462 – 464, 571 - 587

Eine Klinik, die angefragt wurde und die dem Interview abgesagt hat, hatte zu diesem Zeitpunkt keine Bewegungstherapie, da die Therapeutin anscheinend seit mehreren Wochen krank ist und es bis dato kein Ersatz gab.

AUSSTATTUNG UND RESSOURCEN

Das Thema Ressourcen wird von zwei Seiten betrachtet. Auf der einen Seite besteht ein größerer Bedarf an Bewegungstherapieangeboten, was zusätzliche Räume und Personal bedeutet.

Alle BewegungstherapeutInnen beschreiben, dass sie für ihre Therapien mehr und größere Räume benötigen, weil die Gruppen größer werden. Bleibt die Gruppengröße aus therapeutischen Gründen bestehen, benötigt die Klinik ein weiteres Angebot an Bewegungstherapiegruppen und dementsprechend mehr Räume und mehr Personal.

17: 628 – 632; 18: 802 -808; 15: 523 – 526; 14: 460 - 475

Dementgegen steht der finanzielle Aspekt, die Gruppen größer zu machen, damit eben kein zusätzliches Personal gebraucht wird.

Gegenüber den physikalischen Begrenzungen der Raumgröße, passend zum Bedarf der Gruppengröße, steht, wie oben erwähnt, die Wirkungsweise der Bewegungstherapie. Bewegung braucht physikalischen Raum und auch Platz zum Wirken insofern, als den PatientInnen die Zeit gegeben werden sollte, die Wirkung der Bewegungstherapie zu verstehen und wirksam werden zu lassen.

Einige BewegungstherapeutInnen beschreiben, dass sie das ihnen zur Verfügung stehenden Material selbst organisiert haben. Teilweise wurde es über die Klinik bestellt, teilweise selbst bezahlt.

12: 435 - 439; 13:427 - 433; 17:439 - 448

In Kliniken mit Stationen ohne eigene Abteilung für die Bewegungstherapie oder in denen die Räume nicht ausreichen, wird die umliegende Infrastruktur in Form von Fitnessstudios, Parks oder Sportplätzen genutzt.

17 366 – 374; 18: 841 – 845

Die gerade beschriebene Relevanz der Bewegungstherapie im Behandlungskontext wird durch Entscheidungsprozesse in einem hierarchisch strukturierten Setting beeinflusst. Der folgende Abschnitt der Arbeit betrachtet den Einfluss, den das Hierarchiegefüge und die Interdisziplinarität auf den Stellenwert der Bewegungstherapie haben.

6.1.3 Hierarchiegefüge und Interdisziplinarität

In Kliniken gibt es ein Hierarchiegefüge und die BewegungstherapeutInnen benötigen eine Verordnung, um mit den PatientInnen arbeiten zu können. Welcher Patient welche Therapie bekommt, wird letztendlich vom behandelnden Arzt mit dieser Verordnung entschieden.

Inwiefern die BewegungstherapeutInnen Einfluss auf diese Entscheidung haben, kann eine Aussage über den Stellenwert zulassen. Dabei bleibt der Fokus nicht auf die Zuteilung beschränkt, weil diagnosespezifische Gruppenzuteilung ein Mitentscheiden ausschließt. Es wird ebenfalls betrachtet, wie die BewegungstherapeutInnen mit ihrer Kompetenz in weitere Entscheidungsabläufe eingebunden werden und in welcher Form dieser Austausch stattfindet.

6.1.3.1 TEAMMEETINGS UND DOKUMENTATION

ÄrztInnen und BewegungstherapeutInnen sehen in regelmäßig stattfindenden Teammeetings einen großen Gewinn bei der Behandlung von Menschen mit Depression. Der Austausch über die PatientInnen und ihre Symptomatik stellt ein wichtiges Element in der Behandlung dar. PatientInnen zeigen oft verschiedene Aspekte ihrer Erkrankung oder ihrer Symptomatik in den einzelnen Therapien. Ihr

Verhalten ist teilweise konträr, je nachdem in welcher Konstellation die Therapie stattfindet.

In allen Einrichtungen finden regelmäßig Besprechungen in unterschiedlicher Zusammensetzung statt. Die BewegungstherapeutInnen berichten, dass ihre Meinung und Expertise gehört wird. Alle fühlen sich in ihrer Arbeit geschätzt und anerkannt. Beurteilungen und Beobachtungen der BewegungstherapeutInnen aus der Stunde werden berücksichtigt.

I3, I2: 265-285; I13: 331 - 341; I4: 194 – 197; I9: 224 - 230 ; I10: 235-246; I6: 174 – 176; I12 : 362 – 381, 410 - 421

I1: Das ist das zentrale Thema dieser großen Übergabe. Also diese große Übergabe ist der zentrale Ort der Behandlung, also der Therapie, des therapeutischen (...) Geschehens kann man vielleicht sagen. Weil dort genau diese Dinge ausgetauscht werden. Da erzählt die Bewegungstherapeutin "Bei MIR kommt der TOTAL PÜNKTlich und ist immer da und ist engagiert. Ich weiß gar nicht was ihr habt da auf der Station, dass der immer nicht zur Morgenrunde kommt, muss wohl an euch liegen (ironischer Tonfall, lacht)". Also natürlich alle Phänomene, die in Behandlungen dann sichtbar werden, liegen im Handeln, im Tun oder nicht Tun des Patienten. Die werden dort zusammengeführt und auf ihre Bedeutung, und auf die Relevanz, auf den therapeutischen Prozess hin untersucht und zusammengeführt. Damit eine gemeinsame Idee entsteht, (...) worum geht es hier eigentlich gerade. Was zeigt der Patient uns, was sagt er uns und was zeigt er uns auch. 132 - 142

Das am 04. April 2017 beschlossene Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung bedeutet auch für die BewegungstherapeutInnen eine Dokumentationspflicht gegenüber dem Leistungserbringer. Es gibt keine klaren Vorschriften, weder vom Gesetzgeber noch von den Krankenkassen, wie die Dokumentation im Detail auszusehen hat.

In den Kliniken wird die Dokumentation unterschiedlich gehandhabt. Es gibt die elektronische Patientenakte mit zentralen Zugang und die handschriftliche Dokumentation im eigenen Behandlungsbuch mit anschließendem mündlichem Austausch.

Alle BewegungstherapeutInnen bemerken, dass die Dokumentation wichtig ist, aber einen Umfang erreicht hat, bei dem die zur Verfügung stehende Zeit oft nicht ausreicht.

I9: 442 - 450; I8: 648 – 661; I7: 605 – 611; I8: 687 - 692

I12: Nein. Also wir dokumentieren nichts. Höchstens noch mal in einem Ergometerprotokoll, aber ansonsten dokumentieren wir nichts dafür. Dafür haben wir einfach zu viele Gruppen, zu viele Menschen und zu wenig Organisationszeit. 355 - 357

Die BewegungstherapeutInnen fühlen sich, wie bereits in Kapitel 6.1 dargestellt, wertgeschätzt in ihrer Arbeit. Diese Wertschätzung wird verstärkt, wenn sie ihre eigene Dokumentation in Entlassungsbriefen oder Arztbriefen wiederfinden. Für die BewegungstherapeutInnen ist es allerdings nicht notwendig im Arztbrief erwähnt zu werden, für sie haben die Arbeit mit dem PatientInnen und die Bewegung an sich einen hohen Stellenwert.

I10: 290 – 330; I3: 274 - 279

I8: Das, das ist eine spannende Frage. Das war mir anfangs SUPER wichtig, weil ich als Bewegungstherapeut das Gefühl hatte, ich will vorkommen, auch im Arztbrief. Und zwar nicht nur mit „Patient hat an Musik, Kunst und Bewegungstherapie teilgenommen“[...]. Das hat sich tatsächlich ein bisschen gewandelt. Also mein (...) mein intrinsisches Bedürfnis, persönlich aufzutauchen ist nicht mehr so groß im Laufe der Jahre. Es ist aber interessanterweise so, dass wir tatsächlich ein bisschen mehr in den Arztbriefen vorkommen. Also es ist nicht mehr nur ein Satz. Sondern manchmal werden tatsächlich ein paar Prozesse beschrieben in den Arztbriefen. [...] „empfehlenswert ambulante Weiterbehandlung in“. Sowas kommt vor, ohne dass ich es selber schreiben muss. Darüber bin ich natürlich herrlich dankbar, wenn ich vorkomme, ohne schreiben zu müssen. Weil, ich möchte eigentlich gar nicht so viel schreiben und dokumentieren, sondern ich möchte vor allem behandeln und mit den Patienten arbeiten. Die Dokumentation hat ja sowieso schon eine unheimlich Größe angenommen, dass ich jetzt so einem Abschlussbericht, hab ich gar nicht so in großes Interesse muss ich gestehen. 663 – 685

Der Umfang und der Wert der Dokumentation der Bewegungstherapie im Verlauf und im Entlassungsbericht kann neben der subjektiven Wertschätzung, auch aus einer ökonomischen Sicht betrachtet werden. Hier ist die Verantwortung gegenüber dem Kostenträger zu beachten und um welche Art von Maßnahme aus dem Sozialgesetzbuch V es sich handelt.

I13: Ja. Also nicht der Sport, also im Krankenhaus nicht, das darf nicht sein, weil es aus einem Guss sein muss. Aber „Wir empfehlen dem PatientInnen die Weiterführung der Bewegung und der sporttherapeutischen Maßnahmen“ oder so was ähnliches. Das schreiben wir dann dahin ja.

B: „Aus einem Guss“. Das habe ich nicht verstanden.

I13: Es ist ja so. Im Krankenhaus geht es nicht darum. In der Reha kann man schreiben „Nahm teil am Biofeedback und das und das“ und dann schreibt man „Im Rahmen unseres multiprofessionellen Behandlungskonzeptes (...) Medikation, Psychotherapie“ um was es ging und „Und zur Aktivierung nahm er regelmäßig an sport- und bewegungstherapeutischen Maßnahmen teil“ (...) Das steht dann drinnen. (...) Aber es wird nicht einzeln aufgeführt, so detailliert. Da muss man aufpassen, dann sagen die, zurecht wird dann gesagt „Das ist eine Rehamaßnahme und keine Krankenhausbehandlung“

B: Also da muss man dem Kostenträger gegenüber aufpassen?

I13: Mhm (zustimmend) 345 - 358

6.1.3.2 EINFLUSS AUF DIE GRUPPENZUTEILUNG UND BEWERTUNG DER GRUPPENDYNAMIK

Der Einfluss auf die Gruppenzuteilung ist insofern in Zusammenhang mit dem Stellenwert eingeschränkt zu betrachten, als dass die Klinikstruktur eine Einflussnahme in den meisten Fällen nicht zulässt.

I8: 222 - 263; I10: 250 – 267; I10: 65-69

I12: Ja. Also bei einigen wünsche ich mir das so. Es lässt sich nicht immer einrichten, wir sehen ja oder wissen ja nie, welche PatientInnen aufgenommen werden. Das kann dann schon mal zu einem Schwergewicht kommen, wenn dann schwere Depressionen mehrfach aufgenommen werden, das ist in der Gruppenstruktur etwas schwieriger. [...] 134 - 139

Auf Spezialstationen sind die PatientInnen generell Gruppen mit speziellen Behandlungskomplexen zugeordnet. Die BewegungstherapeutInnen und ÄrztInnen sehen Vorteile und Nachteile dabei. Eine genauere Betrachtung der Symptomatik der PatientInnen könnte eine Gruppeneinteilung insofern positiv beeinflussen, als dass die Symptomatik die Gruppendynamik nicht hemmt und ein Progress zu erwarten ist. Allerdings bedeutet eine genaue Begutachtung der PatientInnen eine längere Wartezeit, bis der Patient an den Gruppen teilnehmen kann. Angesichts der meist kurzen Liegezeit der PatientInnen würde dies dazu führen, dass den PatientInnen weniger Behandlungseinheiten zur Verfügung stehen.

Wählen die PatientInnen die Bewegungseinheiten selbst, dann sehen ÄrztInnen und BewegungstherapeutInnen die Möglichkeit, dass sie Therapien wählen, die für sie angenehm sind und nicht die, die für sie hilfreich wären. Da kommen unter anderem wieder die mit einer Depression einhergehenden Symptome wie Antriebsstörung oder Rückzug zum Tragen. Ebenfalls gibt es die Vorbehalte gegenüber der Bewegungstherapie, besonders wenn es sich um Behandlungen handelt, die den PatientInnen nicht bekannt sind oder im ersten Moment experimentell anmuten. Männer und Frauen haben unterschiedliche Anknüpfungspunkte was bestimmte Bewegungstherapien angeht. Die BewegungstherapeutInnen berichten, dass männliche PatientInnen sich weniger gut auf z. B. die Tanztherapie einlassen können als weibliche PatientInnen.

19: 278 - 284

110: Es hat ja immer zwei Seiten. Der eine Punkt ist sinnvoll natürlich, dass ich nach Ressourcen erst mal gucke. Das heißt, bringt jemand die Motivation mit oder eine Neigung oder Erfahrung oder einfach ein INTERESSE an einer derartigen Auseinandersetzung, dann ist die Arbeit natürlich leichter. Andererseits gibt es viele Menschen, die eine derartige Auseinandersetzung bräuchten, aber nicht ums Verrecken dahin wollen und auch von alleine auch nicht drauf kämen. Die würde ich dann ja nicht kriegen. Das heißt [...] Menschen [...] kommen ja vordergründig immer mit Depression oder viel mit Depression untergründig. Wenn es noch eine Person mit Persönlichkeitsstörung gibt, die müssen ja auch manchmal ein bisschen geschubst werden in neue Erfahrungen. Und insofern werden die in Gruppen eingeteilt und in diesen Gruppensetting durchlaufen die verschiedene Therapien. Davon ist dann die Tanz und Bewegungstherapie eine. [...] Und dieser feste

Gruppenzusammenhalt mit verschiedenen MEDIEN ist natürlich auch von Vorteil. Das heißt, in Musik haben sie guten Zugang, beim Tanz haben sie weniger guten Zugang, aber können das vielleicht mit tolerieren. Weil sie noch irgendwo eine andere Erfahrung haben. Und bei jemand anderem aus der Gruppe ist es genau anders herum. Insofern, es hat Vor- und Nachteile selber loszugehen, sich Gruppen selber zusammenzustellen, die dann vielleicht sogar stationsübergreifend sind. 84 - 101

Auch wenn die BewegungstherapeutInnen keinen Einfluss auf die Zuteilung haben, wird eine Empfehlung des BewegungstherapeutInnen, dass eine bestimmte Bewegungstherapie gerade nicht passend ist, weil eventuell negative Muster verstärkt werden oder sich symptombedingter, starker Widerstand entwickelt, in allen Kliniken angehört und umgesetzt.

I12: 158 – 170; I11: 140 - 152

Im Zusammenhang mit der Gruppendynamik wurden die BewegungstherapeutInnen und ÄrztInnen nach der Gruppenzusammensetzung an sich befragt. Es kann keine eindeutige Aussage getroffen werden, da laut Experten homogene und heterogene Gruppenzusammensetzungen sowohl Vor-, als auch Nachteile haben.

Eine homogene Gruppenzusammensetzung in Bezug auf die Symptomatik lässt eine gewisse Harmonie in der Gruppe entstehen und auch ein Verständnis füreinander unter den PatientInnen, welches heilsam sein kann.

I13: 97 - 121

I8: Also da ist der [...] Vorteil, dass man tatsächlich den Fokus Depression in die Gruppe mit aufnehmen kann und benennen kann, damit arbeiten kann. Und der andere Vorteil dieser homogenen Gruppe ist, auch schon generell [...] Gruppenarbeit, das jeder Einzelne und jede Einzelne feststellt „Mensch, ich bin nicht alleine auf der Welt mit Depression. Es gibt ja noch ganz viele andere, denen geht das ähnlich“. Dass sie, was so bestimmte Verhaltensweisen angeht, durchaus Parallelen auch entdecken können. Dass wir die Erfahrung gemacht haben, da kann jeder bei sich selber gucken, ich kann super Ratgeber für jemand anderes sein, obwohl ich es für mich irgendwie nicht bin. Und da noch mal drin zu stehen und zu sagen „Wow, sie sagen Herrn XY genau das, wie würde es sich anhören, wenn sie das für sich selber sagen würden“. Also quasi, ich kann in dem anderen eine Ver-

änderung oder eine Wahrnehmung benennen, die aber für mich selber auch passen würde. Und das ist natürlich in einer diagnosehomogenen Gruppe viel eher und viel leichter möglich, weil das versteht man auch viel eher, als das in einer gemischten Gruppe ist. 358 - 372

Allerdings kann eine aktivierende Gruppendynamik, die besonders in Hinblick auf die Antriebsstörung vorteilhaft wäre, dadurch nicht entstehen, weil sich die PatientInnen in ihrer Symptomatik nivellieren. Dadurch ergibt sich wenig Bewegung im Sinne eines therapeutischen, positiven Konfliktes, der dann von den BewegungstherapeutInnen hergestellt werden muss.

I2: 172 - 174; I3: 175 - 181; I5: 304 - 320

I2: Das Grundverständnis ist, dass es eher (...) hemmend ist, wenn es so geballt auftritt. Ich habe das manchmal in meinen Gruppen, das ist (...) schwer zu ertragen. 185 - 187

In heterogenen Gruppen kann es demzufolge durch die Unterschiede zu einer Gruppendynamik kommen, die es den PatientInnen ermöglicht an ihrem eigenen Störungsbild zu arbeiten. Zu starke Unterschiede in der Symptomatik oder den Diagnosen kann die Gruppe aber auch hemmen und es kann zu Blockaden kommen. Ein therapeutischer Gruppenprogress findet nicht statt.

I5: 321 – 325; I12: 115 - 130

I10: Unterschiedliche Gruppen können, wenn man intensiver mit den arbeitet, natürlich auch mehr Reibung innerhalb der Gruppe haben, die ich nicht initiieren muss, sondern die dann einfach da ist und die man dann behandeln kann. Deswegen, manches spricht auch für nicht ganz so homogene Gruppen. Wenn die sich so nivellieren. Gerade bei Depressiven ist es häufig so harmoniebetont und bloß nicht in den Konflikt gehen, aber gerade da ist dann auch der Haken. 132 - 137

Die Frage nach Homogenität im Sinne von gleichgeschlechtlichen Gruppen findet ausschließlich in einer Klinik statt. Dort gibt ein Angebot welches sich Männergruppe und Frauengruppe nennt. Der Vorteil einer Frauen- oder Männergruppe ist, dass der Störung zugrunde liegende Rollenkonflikt aufgedeckt bearbeitet werden kann oder spezifische, störende Rollenunterschiede vermieden werden können.

Neben der Frage nach der Sinnhaftigkeit von störungsspezifischen Gruppen und welchen Einfluss diese Einteilung auf die Gruppendynamik hat, spielen auch andere Aspekte eine Rolle. Auf der einen Seite geht es um die Finanzierung und dementsprechend die Abrechnung gegenüber dem Kostenträger. Auf der anderen Seite kann man die Einteilung in störungsspezifische Gruppen auch aus einer Forschungsperspektive betrachten. Im Sinne der Evidenzbasierten Medizin können störungsspezifische Gruppen besser beforscht werden, da die Störfaktoren minimiert werden können.

I1: (...) Störungsspezifische Behandlung wird maßlos überschätzt.

B: okay, ja? Warum?

I1: (lacht) naja (beide lachen) weil es sich beforschen lässt

B: ja, genau

I1: [...] Trotzdem bildet es etwas aus dem, aus dem Leben auch ab. Die Aufgabe dann in einer Gruppe, in einer Bewegungstherapiegruppe, das auch irgendwie zusammenhalten, die ist natürlich groß. Aber es kann trotzdem sinnvoll sein. Manches ist aber auch einfach pragmatisch. Klar kann eine große Klinik mit vier fünfhundert Betten, wird eher dazu tendieren, störungsspezifische Angebote zu machen, weil das auch nach außen dem Kostenträger gegenüber besser zu rechtfertigen ist. Gerade weil es eben anders beforscht ist. Aber tatsächlich ist die Tendenz (...) nicht so eindeutig. Dass man jetzt, dass man also nur störungsspezifische Gruppen sinnvoll findet. 283 – 305

Die in diesem Abschnitt herausgearbeiteten beeinflussenden Faktoren der hierarchischen Strukturen im Kliniksetting und die daraus resultierende Interdisziplinarität können im Zusammenhang mit Ausbildungsstandards bei den unterschiedlichen Bewegungstherapieverfahren, Forschungsinteressen hinsichtlich der Wirksamkeit der Bewegungstherapie und somit die der Leitlinie zugrundeliegenden Sichtweise der Evidenzbasierten Medizin betrachtet werden. Diese Aspekte werden im Folgenden beschrieben.

6.1.4 Ausbildungsstandards und Begrifflichkeiten

Im folgenden Ergebnissteil wird die Kausalität der Akademisierung des Berufes und Klarheit bei den Therapieverfahren dargestellt. Inwiefern können Ausbildungsstandards und eine einheitliche Begrifflichkeit bei der Vielzahl an Therapieverfahren den Stellenwert der Bewegungstherapie erhöhen und welchen Einfluss kann dies auf die Leitlinienerstellung nehmen.

6.1.4.1 AUSBILDUNGSSTANDARDS UND EVIDENZBASIERTE MEDIZIN

Die befragten ÄrztInnen und BewegungstherapeutInnen sprechen sich klar für eine Standardisierung der Ausbildungsinhalte aus. Dabei geht es, neben einer besseren Bezahlung ihrer Tätigkeit, um einen verbesserten Stellenwert in der hierarchiegeführten Medizin gesamt.

Berufspolitisch ist der Begriff BewegungstherapeutIn nicht geschützt und auch die Ausbildungsinhalte sind teilweise nicht standardisiert. Das Standing und das Selbstbewusstsein der BewegungstherapeutInnen würden durch eine Standardisierung steigen. Momentan findet ein Generationswechsel unter den BewegungstherapeutInnen statt, der auch durch die Akademisierung bis hin zum Masterniveau begleitet wird. Durch die Akademisierung findet hier eine Abgrenzung zu der experimentell und esoterisch wirkenden „Wald und Wiesen Ausbildung“, wie sie von einigen BewegungstherapeutInnen genannt wird, statt.

I7: 18 – 33; I13: 223 – 231; I5: 643 – 656; I8: 111- 127; 998 – 1012; I9: 486 - 490

I5: Ja. Der Stellenwert der Therapie liegt zum einen an den Erfahrungen der Kollegen mit den Methoden, wieviel bei den PatientInnen passiert, als auch an der Struktur der Teams. Im Moment nämlich, dass die kreativtherapeutische Kolleginnen, alle die Alten und Erfahrenen sind. [...] Und ich glaube, das spielt mit eine Rolle. Ich bin jetzt mal gespannt, es tritt jetzt so ein Generationswechsel ein. [...] Obwohl die Jungen jetzt ja eine akademische Ausbildung haben, was dann ja noch ein bisschen anders ist. Hoffe ich zumindest, also zumindest auch vom Selbstverständnis. Wir waren die letzte Generation, die so Wald und Wiesen, jetzt nicht so wirklich mit einer anerkannten Methode. [...]. 467 – 483

Besonders hinsichtlich der Evidenzbasierten Medizin ist eine wissenschaftlich fundierte Methodik wesentlich und würde zu einer Aufwertung des Stellenwertes führen. Dementsprechend würden andere finanzielle Mittel im stationären und ambu-

lantem Sektor zur Verfügung stehen. Die Kriterien der Evidenzbasierten Medizin auf die Bewegungstherapie anzuwenden, ist laut Experten anspruchsvoll und mit anderen Kriterien und Messinstrumenten zu erfassen, als sie bisher angewendet werden. Eine Standardisierung der Bewegungstherapie wie sie in der DBT angewendet wird, scheint fraglich.

I4: 583 – 596, 600 – 624; I5: 504 – 512; 358 – 381; I8: 962 – 1012; I8: 937 – 948; I6: 342 – 344; I6: 443 – 454; 498 – 500; I11: 426 – 431, I13: 414 - 419

I1: Die bemühen sich sehr, die KBT Verbände, das wissenschaftlich beforschen zu lassen. Aber das ist eben, ach das ist eben, wissen Sie, extrem schwierig, also WIRKSAMKEIT VON. DAS ist das wirksame Ingredienz 410 - 412

Finanzielle Aspekte in der Forschungslandschaft sind ebenfalls zu beachten. Das Interesse an Forschung bezüglich der Wirksamkeit ist eher auf Verbandsebene zu vermuten.

I6: Ja sagen wir mal so, die Forschung ist immer auch Geld und ich glaube, es ist halt nicht der Hauptfokus. Und für eine Studie, die darauf abhebt, jetzt Geld einzuwerben, halte ich für deutlich schwieriger, als für eine Psychotherapie oder eine pharmakologische Studie. (...) Was nicht gut ist, aber die Wahrheit. 373 - 376

6.1.4.2 BEGRIFFLICHKEITEN UND THERAPEUTISCHE KOMPETENZ

Die Begrifflichkeiten bei den Bewegungstherapien ist je nach Disziplin klar trennbar. Eine Klinik mit eindeutig verhaltenstherapeutischer Ausrichtung und leitlinienorientierter Behandlung bietet vornehmlich Bewegungstherapie an, ohne psychotherapeutischen Hintergrund. Hier spielt die Evidenzbasierte Medizin wieder eine Rolle.

I12: 72 - 88; I6: 34 – 39; 294 – 298

I13: [...] wir haben nur Sporttherapie und Bewegungstherapie oder Physiotherapie. Und diese ganzen körperorientierten Therapien, ich weiß nicht was es da alles gibt, das (...) machen wir nicht. Passt in ein VT-konzept (Verhaltenstherapie, A.d.V.) nicht so wirklich rein. [...] Also wir versuchen dann schon Dinge zu machen, die einigermaßen, es ist nicht alles evaluiert, aber die EINIGERmaßen evaluiert sind, um zu sagen, das kann man anwenden. Und das muss natürlich mit unserem Konzept zusammenpassen, zum psychotherapeutischen. Wenn man

dann irgendwelche Körpertherapien macht, die aus dem tiefenpsychologischen oder analytischen Bereich kommen (...) das passt irgendwie überhaupt nicht zusammen mit unserem VT-konzept. 34 – 51

Kliniken mit eindeutig analytischer oder tiefenpsychologischer Ausrichtung haben vornehmlich psychotherapeutische Bewegungsangebote im Behandlungskonzept. Diese werden auch genauso bezeichnet, da sie eine andere Herangehensweise haben als Ausdauer und Kraftsport.

I2/I3: 25 – 65; I5: 327 – 340; I8: 157 – 185

I1: Wenn KBT gemacht wird, wird KBT gemacht. Und wenn Tanztherapie gemacht wird dann wird Tanztherapie gemacht und wenn Sportgruppe ist oder Sporttherapie, dann wird das gemacht. Also da wechselt man nicht dazwischen, sondern das ist ja auch eine Frage der Indikation, also auch der Entscheidung, welcher Patient (...) nimmt an welcher Gruppe teil (...). Manche können auch an beiden Gruppen teilnehmen. Das sind ja unterschiedliche Herangehensweisen. 36 – 45

Kliniken, deren Disziplin eher eine Mischform aus Verhaltenstherapie und Tiefenpsychologie darstellen, haben eine klare Trennung bei den Bewegungstherapien hinsichtlich somatischer und psychotherapeutischer Behandlungen.

I5: 63 - 134

I8: [...] Und wir haben HIER im Haus, in der Abteilung für Psychiatrie Psychotherapie, eben Ergotherapeuten, jetzt einen eigenen Physiotherapeuten, Bewegungstherapeuten und Bewegungstherapeutinnen, die sich ausschließlich für den psychiatrischen Bereich zuständig fühlen. Also da gibt es schon eine ganz klare Trennung. Auch mit eigener Leitung. [...]93 - 139

Alle befragten BewegungstherapeutInnen und ÄrztInnen trennen die Verfahren begrifflich voneinander und sind sich der Unterschiede in der Herangehensweise bewusst, aber in der Behandlung selbst fließen Anteile aus allen Verfahren mit ein. Hier orientieren sich die BewegungstherapeutInnen an den Bedürfnissen der PatientInnen. Somit steht die klientenzentrierte Behandlung im Vordergrund.

I11: 86 – 93; I7: 111 – 169; 199 – 212; 392 – 406; I10: 39 – 51; 9: 41 – 64; I8: 93 - 139

110: Ja. Es ist gemischt. [...] Also es ist eine bunte Mischung. Ich nehme alles, um IRGENDWAS zu bewegen. 434 – 441

Für die BewegungstherapeutInnen entwickelt sich die eigene therapeutische Kompetenz, und wie sie sich und ihre Arbeit wahrnehmen, letztendlich durch die kontinuierliche Arbeit mit den PatientInnen, da diese die momentanen Bedürfnisse der Gesellschaft an Medizin widerspiegeln.

15: [...] Dass es da eben sozusagen tatsächlich einen ähnlichen Schulenstreit [...] gibt, wie wir uns verstehen. Ich finde das nicht so wesentlich. Ich bin einfach beides [...] weil ich mit dem Körper ARBEITE. Aber ich arbeite nicht körperpsychotherapeutisch. Da gibt es eben andere Verfahren [...]. 595 – 621

Eine Bewegungstherapeutin hat die offizielle Bezeichnung Körperpsychotherapeut. Die anderen Befragten sind TanztherapeutInnen, SportwissenschaftlerInnen oder nennen sich BewegungstherapeutInnen, bestehen aber nicht auf einer genauen Titulierung. Abb. 11 gibt einen Überblick über die Grundberufe und die zusätzlichen Qualifikationen und welche disziplinäre Ausrichtung die Klinik hat.

Grundberuf	Zusatzqualifikation	Disziplin der Klinik
<i>Pädagoge</i>	<i>Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)</i>	<i>analytisch</i>
<i>Fachkrankenschwester f. Psychiatrie und Psychotherapie</i>	<i>KBT</i>	<i>analytisch</i>
<i>Physiotherapeut</i>	<i>Tanztherapie</i>	<i>Mischform</i>
<i>Sozialpädagoge</i>	<i>Tanztherapie</i>	<i>Mischform</i>
<i>Physiotherapeut</i>	<i>Tanztherapie, Feldenkrais; KBT, sensorische Integrationstherapie, TaiChi; Atemtherapie</i>	<i>verhaltenstherapeutisch</i>
<i>Diplomsportlehrer Schwerpunkt Arbeit mit psychisch Kranken und Verhaltensgestörten</i>	<i>Tanz- und Bewegungstherapie, DBT, Gigong</i>	<i>Mischform</i>
<i>Pädagoge</i>	<i>Tanztherapie</i>	<i>Mischform</i>
<i>Sportwissenschaft</i>	<i>Schwerpunkt Rehabilitation, Prävention und Behindertensport</i>	<i>verhaltenstherapeutisch</i>

Tabelle 9 Übersicht Grundberuf und Zusatzqualifikation der BewegungstherapeutInnen und disziplinäre Ausrichtung der Klinik

6.2. Rückfallprophylaxe und ambulante Weiterbehandlung

F1.1: Welchen Stellenwert hat die Bewegungstherapie bei der Rückfallprophylaxe von Depression?

Code/Subcodes	Nennung gesamt	Nennung Therapeut	Nennung Arzt
Bio-Psycho-Soziale Betrachtungsweise			
▪ Ganzheitliches Denken	32	18	14
▪ Nachhaltigkeit/Rückfallprophylaxe	31	18	13
▪ Individuelle Betreuung	10	10	0
Überleitungsmanagement			
• Dokumentation und Empfehlung	46	29	17
Politische und ökonomische Interessen			
• Ambulante Weiterbehandlung	19	10	9
▪ Kostendruck beim Kostenträger	24	15	9

Tabelle 10 Übersicht Kodierung F 1.1 mit Häufigkeiten

6.2.1 Bio-Psycho-Soziale Betrachtungsweise

Der Leitlinie liegt ein Verständnis über die biopsychosoziale Eingebundenheit einer depressiven Störung nach dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell zugrunde. Die Frage nach einer ganzheitlichen Betrachtungsweise kann die Aktualität dieses Verständnisses abbilden und inwiefern diese im klinischen, psychiatrischen Alltag Präsenz hat.

6.2.1.1 GANZHEITLICHES DENKEN

Die befragten ÄrztInnen und BewegungstherapeutInnen beschreiben, dass sich der medizinische und gesellschaftliche Blick auf psychische Erkrankungen gewandelt hat. Die rein biologische Betrachtungsweise der Ursache, Entwicklung und Behandlung der Depression scheint in den untersuchten Kliniken nicht mehr in dem Ausmaß gegeben zu sein.

I7: 85 – 95; I11: 318 – 332; I6: 230 – 236; I1: 460- 462

I8: Genau. Ja. Und auch die Zuflüsse. Also wie entstehen, gerade eben auch, wie entsteht eine Depression. Dass es da eben auch genetische, aber natürlich auch biographische, soziale Wirkfaktoren gibt, die eine Depression auslösen können. Ergebnisse aus der Resilienzforschung. Warum reagiert der eine so auf ein belas-

tendes Ereignis, der andere so. Also das ist hier schon irgendwie alles, würde ich sagen, ist State of the art. 619 – 624

Ebenso hat sich die diskriminierende Denkweise bezüglich der Depression verändert. Sie ist nicht mehr so stark stigmatisiert.

I3: 538 - 539;

I11: [...] Ich finde, wir haben es ja sowieso schon sehr schwer, dass überhaupt seelische Erkrankungen in der Gesellschaft anerkannt sind. Deswegen sind WIR, glaube ich, schon froh, dass man sagen kann, heute spricht man über eine Depression offener als vor zehn Jahren. [...]. Das finde ich, ist ja schon ein großer Fortschritt, dass sich dieses Krankheitsbild in der Gesellschaft verändert hat. Sicherlich finde ich insgesamt in der Medizin mehr auf das Ganzheitliche gerichtet inzwischen. 465 - 473

Für eine ganzheitliche Betrachtungsweise von psychischen Erkrankungen an sich, und hier speziell die Depression, ist es notwendig, dass alle im Gesundheitssystem beteiligten Akteure den Zusammenhang zwischen Körper und Psyche verstehen und möglichst über den Rand des eigenen professionellen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit blicken können.

8: 82 – 93

I10: Ja. Ich glaube, dass die Tendenz ist, dass wir uns als Einheit begreifen müssen. Dass alles zusammenhängt. Dass jedes Gefühl körperlich etwas auslöst. Und jede körperliche Haltung ein Gefühl auslöst. Und ein Denken und Bewertung. Und ob ich nach unten gucke und nach oben, ich andere Sätze im Kopf habe. Ob ich gespannt bin oder ungespannt oder entspannt bin, anderes fühlen und denken habe. Ja, das wird irgendwann immer wichtiger werden, das glaube ich. Weil so ist es nun mal. Also dieses Separieren und man geht zu jedem Arzt mit eigenem Symptom. Zu dem Arzt mit dem Symptom und mit dem Symptom zu einem anderen Arzt, das funktioniert einfach nicht. Aber es wird noch eine Weile so sein, ja. 615 – 622

Eine idealtypische Betrachtungsweise, wo der Patient im Mittelpunkt steht mit seinen Bedürfnissen, seinen Ressourcen und wo auch das soziale Umfeld mit einbezogen wird, scheint erstrebenswert und möglich. Eine Veränderung ist laut den

Experten erkennbar, sie schreitet langsam fort und hat ihr volles Ausmaß noch nicht erreicht.

I2: 529 - 533

I7: Was entspricht ihnen. (...) So sollte eigentlich Therapie sein. Dass man wirklich den PatientInnen in den Mittelpunkt stellt und dann guckt, was bringt er mit und mit welchen Therapien kann man ihn unterstützen. Das ist eigentlich das, was wir alle möchten. Aber wie gesagt, es läuft dann manchmal doch anders 538 – 543

Zudem ist eine individuelle Betreuung und Betrachtung für die BewegungstherapeutInnen dann eingeschränkt möglich, sobald die Gruppen zu groß werden. Alle BewegungstherapeutInnen beschreiben, dass es nicht immer möglich ist, mit jedem PatientInnen einzeln zu sprechen und ihn einzuschätzen. Eine Gruppe von acht PatientInnen scheint für eine individuelle Betreuung machbar zu sein.

I5: 362 – 367; I3: 216 – 242; I12: 339 – 345; I7: 449 – 455

I10: Also meine Grenze ist bei acht PatientInnen. [...] Acht PatientInnen kann ich einen Überblick behalten und habe die Möglichkeit jeden einzelnen mir anzugucken. Und auch individuell auf den einzugehen, weil diese Therapie ja nicht nur aus Bewegung besteht, sondern auch aus viel Gespräch. 219 - 227

Das Wissen um die Wirksamkeit von Bewegung und körperlicher Aktivität bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen, insbesondere Depressionen, ist lange bekannt. Dem Wissen steht der Stellenwert bei der Behandlung gegenüber, welche laut BewegungstherapeutInnen, gemessen an der Zeit, noch zu gering ist.

I12: [...] da ich schon immer der Meinung war, dass Ausdauersport nicht alleine glücklich machend ist, obwohl er sehr gut erforscht ist mittlerweile. Ich bin von der Uni damals abgegangen, da wusste man das eigentlich schon (lacht). Mich hat es gewundert, dass es so lange gedauert hat, dass es ein „Must to have“ geworden ist und (...) nicht schon früher da war. [...] 38 - 44

I10: Ja wobei [...] Zukunft wirklich weit gefasst ist. Wir [...] sitzen immer noch in einem Zug, der in Richtung (...) wie soll man das sagen (...) schneller, besser, höher fährt. Also eher in dieses Aktivitätsmuster, funktionale Gesellschaft, mehr Me-

dikamente, mehr dies mehr das mehr jenes. Sozusagen, um Menschen funktional, funktionalisieren, dass sie funktionieren, dass sie wieder arbeiten können. Ich glaube nur, dass sie irgendwann merken werden, dass das so nicht funktioniert. Und bevor es im Leitbild noch was anderes auftaucht oder in den Leitlinien noch was anderes auftaucht als Ausdauer und Kraft, muss noch ganz viel Zeit vergehen. Also ich glaube, dass das irgendwann dahin führt, dass wir ganzheitlicher denken, weil wir ganzheitlicher denken MÜSSEN. Aber das werde ich wahrscheinlich jetzt nicht mehr erleben so. (beide lachen) 580 - 606

Der Bedarf an einer ganzheitlichen Betrachtungsweise von psychischen Erkrankungen wird laut Experten steigen, da das immer mehr Menschen mit, in diesem Falle Depression, geben wird.

I4: [...] Aber (...) ich glaube wir werden diese Körpertherapien (...) eben Körper und Kreativtherapien immer mehr brauchen, weil wir uns ja immer mehr Entfernen vom Körper. [...] dass es gerade vielleicht noch weniger Stellenwert hat, aber [...] das sich schon wieder eine neue Tendenz entwickelt, wo das [...] wieder mehr Bewusstsein erhält. [...] 830 – 838

I10: Ich glaube ehrlich, dass der Stellenwert zunehmen wird. Weil immer mehr Erkrankungen, deutlich psychosomatische Erkrankungen sind oder erkennbar werden als psychosomatische Erkrankungen. Ich glaube, dass Therapien, die mit diesem Zusammenhang arbeiten, also ganzheitlich arbeiten, dass die immer wichtiger werden und immer mehr Raum einnehmen werden. (...) Die Beschwerden nehmen zu in der Bevölkerung. [...] Also ich nehme das an, dass es eher auch auf Grund der Notwendigkeit und der Vielzahl der Behandlungen zunehmen wird. 580 - 593

6.2.1.2 NACHHALTIGKEIT

Die Frage nach dem Stellenwert in der Rückfallprophylaxe beinhaltet auch die Frage der Nachhaltigkeit der Bewegungstherapie.

Nachhaltigkeit kann hier u.a. so betrachtet werden, dass die PatientInnen sich nach Entlassung im Alltag an Wirkungsweise erinnern und was ihnen während des stationären Aufenthaltes gut getan hat. Im Idealfall könnten die PatientInnen bei beginnender, wiederkehrender Symptomatik sofort gegensteuern und bestimmte

Bewegungseinheiten selbst durchführen. Es geht viel eher auch darum, die eigenen Grenzen frühzeitig zu erkennen.

I8: 199 – 206; 485 - 494; I10: 548 - 560

I2: Es soll, da mache ich mal ein ganz dickes Ausrufezeichen, ss soll ja sensibilisieren, [...] Das sie Antennen bekommen um früher zu merken, da ist jetzt irgendwas wieder nicht gut. 302 - 311

Sich mit dem eigenen Körper auseinander setzen kann ebenfalls im Sinne der Nachhaltigkeit betrachtet werden. Für einige PatientInnen ist das erste Mal, dass sie sich mit dem Körper beschäftigen und auseinandersetzen. Der Zugang zu ihrer Erkrankung über die körperliche Ebene kann nachhaltig wirksam sein. Gerade auch wenn einen kognitiven Zugang nicht möglich ist. Dabei ist es nicht ausschlaggebend, genau die Bewegungseinheit zu wiederholen, sondern in die Bewegung zu kommen.

I3: 312 – 319; I4: 371 - 391

I2: [...] Dass sie über das Erleben im Handeln, auch zu ihrem Grundproblem kommen, weil sie das sonst eher zurückhalten. Dafür ist die KBT, finde ich, eine super Methode, einen anderen Zugang zu finden, einfach durch dieses Handeln und auch Spaß haben daran. (...) Ich glaube, da nehmen viele der PatientInnen viel mit. Wir haben viele Depressive und gerade das ist eben (...) eine Möglichkeit, etwas zu erleben (...) und auch so zu den Ursachen der Erkrankung zu finden und einen Zugang dazu zu bekommen [...]. 232 – 258

Zudem hat das Thema Nachhaltigkeit und Rückfallprophylaxe in der Bewegungstherapie einen sozialen Aspekt, der sehr wichtig ist. Besonders wenn es darum geht, die Bewegung in den Alltag zu übertragen und beizubehalten. Die befragten ExpertInnen beschreiben, dass eins der größten Probleme bei der Nachhaltigkeit der Bewegungstherapie die Schwierigkeit der PatientInnen ist, die Bewegung im Alltag fortzusetzen.

I13: 178 – 182; I11: 271 - 287

I12: [...] Wenn wir Wiederholungstäter hier haben, fragen wir schon mal nach und dann zeigt es sich doch, dass es erste Strohfeuer schnell verebbt ist, das es nicht

nachhaltig ist. Es sei denn, sie finden vor Ort Gruppen, die ähnlich strukturiert sind wie unsere hier, wo es eben nicht um den Leistungsgedanken geht. Wo es mehr um erleben geht als um Leistungsorientierung. Eine Kollegin sagt immer „Erlebnis vor Ergebnis“. Also, das es jetzt gar nicht darum geht, ob man jetzt fünf zu null gewonnen hat, sondern eher, hat man Spaß dabei gehabt bei dem Spiel. (...) Wie gehe ich damit um? Das wenn sie sowas finden, dass das dann nachhaltiger ist. Aber, die meisten finden sowas nicht vor Ort, weil viele Sportvereine doch eher leistungsorientiert sind. So eine Spiel Spaß Sportgruppe finden sie weniger. (...) Ja und dann ist man auch schnell wieder im alten Trott drin. Gerade was so Bewegung anbelangt. 291 - 306

Für PatientInnen die vorher schon körperlich aktiv waren, ist die Übertragung in den Alltag einfacher als PatientInnen, die zum ersten Mal mit Bewegungstherapie in Kontakt gekommen sind. Gleichzeitig ist es wichtig, dass Bewegungsangebot möglichst niederschwellig zu gestalten, damit es immer Alltag umgesetzt werden kann.

I12: Damals war so die Idee, hier die Bewegungstherapie aufzubauen, die möglichst EINFACH für die PatientInnen am Heimatort nachzuvollziehen ist. Also wir wollten extra keine großen (...) exotischen (...) Bewegungsformen hier einführen, die, ich sage jetzt mal der Mensch vom Land, einfach vor Ort nicht finden konnte. Und habe das deshalb eher nach Vereinssport oder nach diesen Ausdauersportarten ausgesucht. 13 – 17 [...] Sondern dass die PatientInnen das mal kennen lernen und dann für sich entscheiden, ist das ein Zugang, den sie haben, der für die okay ist. Und dann können sie für sich zuhause suchen. Oder ist es eben nicht der Zugang den sie brauchen dazu. Niederschwellig eben auch deswegen, weil wir eben viel und gerne diesen Transfer in den Alltag haben. 250 – 262

Sowohl die BewegungstherapeutInnen als auch die ÄrztInnen beschreiben zudem, dass eine weitere Schwierigkeit bei der Nachhaltigkeit die kurze Liegedauer ist. Einhergehend mit der kurzen Liegedauer bleibt den BewegungstherapeutInnen wenig Zeit für eine Psychoedukation, die die Nachhaltigkeit erhöhen könnte.

I11: 383 – 395; I2; I3: 322 – 342

I12: [...] Das wir mehr Raum kriegen für die Psychoedukation in dem Bereich dann auch, dass wir auch wirklich schauen, wann können wir das mit den PatientInnen

NACHbesprechen, wenn es Schwierigkeiten gibt mit der Eigenmotivation, sich aufzuraffen. [...]513 - 528

I1: [...] Das ist schwer zu sagen, was davon bleibt als Niederschlag, als Repräsentanz, als Erfahrung, als neues Beziehungserleben, sich selbst mit eigenen Möglichkeiten, Beziehungen aufzunehmen, sich zu schützen, Erfahrungen zu machen. [...] Die stationären Behandlungen sind ja oft relativ kurz. [...]232 - 258

Dementsprechend ist das Überleitungsmanagement vom stationären in das ambulanten Setting von zentraler Bedeutung.

I8: Ja, das ist ja wirklich die spannendste Frage. Früher hieß es immer, das ist die Sollbruchstelle. In dem Moment, wo ein Patient entlassen wird, kann es sein, das er ab nächster Woche nicht mehr zur Gruppe kommt. Weil das ist die größte Schwelle. Schaffe ich es von zuhause hier her. Also das ist die Schnittstellenproblematik, Überleitungsbogen, stationäre Anbindung an die PIA. Man denkt, das ist in einem Haus. Da wechselt man nur aus dem zweiten Stock und geht dann in die PIA im Erdgeschoss. Da muss er sich aber einen Termin holen. Und dann muss er vielleicht zwei Wochen auf den ersten Termin warten (...) und dann ist er weg. Schon verloren. Oder erster Termin, Behandlerin ist krank oder hat Urlaub oder weiß der Geier. Also das ist die spannendste Frage. 789 – 798

6.2.2 Überleitungsmanagement

Im Überleitungsmanagement ist die Bewegungstherapie in keiner der untersuchten Kliniken Gegenstand. Die Experten beschreiben einheitlich, dass eine konkrete Anbindung notwendig und wichtig wäre.

Die BewegungstherapeutInnen und ÄrztInnen empfehlen und motivieren die PatientInnen, sich in ihrer Umgebung einen Verein o.Ä. zu suchen und die körperliche Aktivität fortzusetzen. Dabei geht es im ersten Schritt darum, was gut getan hat und was Spaß macht.

I9: 106 – 115; I13: 159 – 169; I11: 271 - 287

I4: [...] Und was hier auf der Station auch ganz wichtig ist, dass es auch immer einen Fokus hat nach außen. Das heißt wenn, die sollen gucken, was hatte mir bis jetzt immer Spaß gemacht. [...] Das ist eher die Idee, das sollen die gar nicht hier

in der Klinik machen, sondern wirklich draußen was suchen, was dann auch Bestand hat nach den sechs Wochen. [...] Und sei es manchmal auch nur spazieren zu gehen oder für sich zu joggen oder so. [...] Also das ist schon ganz wichtig. Und eben das dann auch vereinbart zu kriegen mit dem alltäglichen Leben. 667 – 697

Die PatientInnen kommen bei Entlassung die Empfehlung, die Bewegungstherapie oder die körperliche Aktivität weiterzuführen. Im Entlassungsbrief wird die Bewegungstherapie insofern erwähnt, als die PatientInnen an bewegungstherapeutischen Angeboten teilgenommen haben. Eine ausführlichere Beschreibung findet nicht statt.

I8: 750 - 798

Einige PatientInnen gehen im Anschluss an den stationären Aufenthalt direkt in die Tagesklinik über und können dort weiterhin bewegungstherapeutische Angebote nutzen. Einige PatientInnen nutzen die PIA, die psychiatrische Institutsambulanz, und auch dort gibt es eventuell ein Angebot an Bewegungstherapie.

I6: 311 - 325

I11: [...] Also die meisten kommen, wie gesagt, noch ein paar Mal hierher, einige haben auch eine psychosoziale Kontaktstelle wie Kajüte oder Brücke oder so, wo sie angebunden sind. Ich würde fast sagen, die Säule Medikamente ist noch mit am einfachsten mit ins Ambulante zu übertragen, weil man da NUR einen Arzt braucht, der das Rezept ausstellt und die weiter verschreibt. Alles andere ist mehr Aufwand. [...]383 – 395

Werden die PatientInnen in die Häuslichkeit entlassen, ohne die Möglichkeit der Tagesklinik oder der PIA, gibt es vom Krankenhaus ausgehend keine offizielle Anbindung an eine Organisation. Gegebenenfalls werden Organisationen mündlich vermittelt, die Bewegungstherapie oder ähnliche Therapien anbieten. Die BewegungstherapeutInnen beschreiben, dass dieses Vorgehen wünschenswert und wichtig wäre. Potentielle Anlaufstellen werden entweder, wie bereits erwähnt, mündlich vermittelt oder, wie in einem Fall, hat einer der BewegungstherapeutInnen selbstständig einen Flyer zusammengestellt.

I1: 356 – 363; I11: 237 - 247

I8: In der Tagesklinik drüben für achtsamkeitsbasierte Depressionsbehandlung geht es sogar soweit, dass ich denen einen Flyer zusammenstelle mit Empfehlungen „Da können sie weiter QiGong machen, da können sie weiter Taichi machen, da können sie Achtsamkeit und Meditation weiter machen“. Also da empfehlen wir das ausdrücklich. Quasi als vorbeugende Maßnahme, um auch, gerade weil das auch gut untersucht ist, dass das eine gute Rückfallprophylaxe ist. 729 – 749

Für konkrete Bewegungstherapien, die sie stationär stattgefunden haben, gibt es laut Experten nur wenige bis keine Angebote. Diese Angebote sind dann für Selbstzahler im Sinne einer IGEL-Leistung.

I5: 221 – 228

I1: [...] Und trotzdem ist es gar nicht realistisch, weil das ja nur als Selbstzahler gehen würde. PatientInnen zu sagen, machen sie das mal ambulant weiter 346 – 351

In diesen Zusammenhang sind insbesondere die ökonomischen und politischen Interessen zu betrachten.

6.2.3 Politische und Ökonomische Interessen

Die befragten Experten beschreiben, dass eine ambulante Weiterbehandlung im Sinne einer Rückfallprophylaxe notwendig und wichtig ist, um die Nachhaltigkeit des Therapieerfolges zu ermöglichen. Die momentanen politischen Rahmenbedingungen lassen dies laut Experten nur eingeschränkt oder gar nicht zu.

I10: 580 – 593; I10: 475 – 495; I8: 808 – 823

I12: Das wäre so das nächste Ziel. Ich glaube, viel weiter, da muss man auch einfach realistisch sein, wird man in diesem Setting hier nicht kommen. Dafür sind einfach Rahmenbedingungen nicht geschaffen. Das ist aber politisch (...) gesundheitspolitisch im Moment gar nicht umsetzbar. (...) Die Rahmenbedingungen werden für uns nicht geschaffen, beziehungsweise für die Träger nicht geschaffen. 513 – 528

I1: Schwer zu sagen (...) bin ja kein Prophet (...) ich glaube, in Deutschland würde ich dem nicht so große Chancen beimessen. [...] Schade, aber gerade das, was sie sagten, die Nachhaltigkeit wäre natürlich viel größer, wenn man PatientInnen

eben auch ermöglichen könnte, nach der stationären Behandlung, das ambulant fortzusetzen 327 - 331

Die ökonomischen Interessen der Leistungserbringer und der Kostenträger haben ebenfalls einen Einfluss auf den Stellenwert der Bewegungstherapie als Rückfallprophylaxe. Je nach Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen Krankenkasse variiert die Übernahme von ambulanten Leistungen, speziell für Bewegungstherapie.

I12: 310 - 317

Bewegungstherapie für Menschen mit Depression, im Sinne von Rehabilitationssport, wie sie es für Menschen mit Herzerkrankungen oder Skeletterkrankungen bereits gibt, wäre eine Option. Bisher kann Rehabilitationssport für Menschen mit Depression über ein extrabudgetäres Formular verschrieben werden

I12: Ich glaube, wir bräuchten Unterstützung vom Gesundheitswesen, das ist ähnlich wie bei den Koronarsportgruppen. Das eben solche Übungsgruppen flächendeckend eingerichtet werden können, wo dann eben Betroffene hingehen können und sagen „Ja, hier weiß jemand über meine Krankheit Bescheid und wenn ich mal schlecht drauf bin, dann werde ich nicht immer gleich schief angeguckt, sondern ich kann trotzdem mitmachen ohne, dass ich mich da rechtfertigen muss“. [...] Wir könnten mehr tun wenn [...] die Gesundheitspolitik da mitspielen würde, mehr Gelder fließen würden. Aber das ist, glaube ich, utopisch. Aber es muss auf jeden Fall was draußen passieren. Die PatientInnen gehen nach sechs bis acht Wochen raus, und das ist eigentlich ja nur eine Initialzündung, die wir hier bieten. Und eben nicht die, dass das schon gefestigt ist. Da müssten die also wirklich zuhause sofort Anschluss in der Gruppe finden. Und ob Sportvereine das immer leisten können, ist die Frage. Also da wäre das Modell der Koronarsportgruppen eigentlich auf die psychosomatischen Krankheitsbilder zu übertragen. 592 – 617

I12:

6.3. Ergebnisse zur tatsächlichen Versorgungssituation

F2: Wird die formale Empfehlung der S3 Leitlinie der „körperliche Aktivität“ mit Ausdauer- und Kraftsporttraining mit den angegebenen sportwissenschaftlichen Angaben zu Dauer und Intensität umgesetzt?

Code/Subcodes	Nennung gesamt	Nennung Therapeut	Nennung Arzt
Tatsächliche Versorgungssituation			
▪ Leitlinie als Instrument	9	3	6
○ Ausdauer und Kraftsport leitliniengerecht	8	4	4
○ Anzahl und Länge	12	10	2
○ Mehrwert Leitlinie	5	2	3
▪ Versorgung adäquat	13	9	4
○ Fehlende Therapieform	18	9	9

Tabelle 11 Übersicht Kodierung F2 mit Häufigkeiten

6.4.1 Leitlinie als Instrument

Von den insgesamt acht besuchten Einrichtungen nutzt eine Klinik die Leitlinie als Grundlage für das Behandlungskonzept. Diese Klinik hat seit einem Jahr ein Best Practice Modell und versucht, die Empfehlung mit den Angaben zu Dauer und Intensität umzusetzen. Eine weitere Klinik nutzt die Leitlinie als Basis für die Behandlungskonzeption, allerdings steht der Bereich der körperlichen Aktivität dabei nicht im Fokus. Alle anderen Kliniken kennen die Leitlinie und sie wird entweder für interne Schulungszwecke benutzt oder erwähnt, aber die Angebote der Bewegungstherapie sind nicht an den Empfehlungen ausgerichtet.

Betrachtet man die Nutzung und Nennung der Leitlinie von Bewegungstherapeuten und Ärztinnen im Vergleich zeigen sich Unterschiede. Alle befragten Ärztinnen kennen die Leitlinie und sie wird im Klinikalltag benutzt. Den Bereich der nichtmedikamentösen Therapien, in diesem Falle körperliche Aktivität, ist ebenfalls

bekannt, allerdings kennen nicht alle ÄrztInnen die Empfehlung genauer. Von den fünf befragten ÄrztInnen erwähnen zwei die Leitlinie für die Behandlungsplanung im Bereich Bewegung und körperliche Aktivität.

I13: 222 – 217; I6: 4 - 11

I13: Genau. Eine Best Practice Gruppe. Und da haben wir natürlich die Leitlinien studiert und auch wissenschaftliche Arbeiten uns angeschaut. Und da ist es ganz klar drinnen. Dass Ausdauersport oder Bewegung insgesamt, aber Ausdauersport ganz im Besonderen, ein wichtiger Bestandteil der Therapie ist UND auch als Rückfallprophylaxe. Weil die meisten Studien gibt es ja eigentlich zur Prävention. 23 - 33

Die anderen ÄrztInnen nutzen die Empfehlungen für den Bereich der Bewegungstherapie nicht für Entscheidungen im Behandlungsplan. Sie orientieren sich an der Leitlinie und nehmen sie als Anlass, die Therapie aktuell zu gestalten und sich die Empfehlungen immer wieder ins Gedächtnis zu rufen.

I9: 26 – 38; I11: 27 - 31

I1: Es ist eher ein (...) ein Bereich (...) definiert, in dem aber auch Dinge passieren können. 17 – 18

Von den befragten BewegungstherapeutInnen arbeitet ein Therapeut mit der Leitlinie und nutzt sie auch für die Behandlungsplanung im Rahmen der Best Practice Gruppe.

I12: 513

Zwei weitere BewegungstherapeutInnen kennen und lesen die Leitlinie, aber nutzen sie nicht als Grundlage für die eigene Behandlungsplanung.

I8: 4 – 8; I5: 494 – 500; I10: 610 – 626

Alle anderen befragten BewegungstherapeutInnen lesen oder nutzen die Leitlinie nicht.

I2: 3 – 8; I4: 754 – 757

Bei den BewegungstherapeutInnen wird deutlich, dass es eine große Ambivalenz gibt zwischen der Notwendigkeit der Leitlinie und dem Einfluss, den diese Leitlinie auf die eigene Arbeit hat. Das standardisierte Vorgehen stellt für einige BewegungstherapeutInnen einen Widerspruch und einen zu starken Eingriff in die eigene Arbeit dar.

17: 358 – 369; 18: 983 – 1012; 110: 537 - 544

18: [...] Wir brauchen das, um auf dem MARKT der Therapien langfristig zu BESTEHEN. [...] Es konterkariert so ein bisschen unseren integrativen Ansatz. Das ist so diese Ambivalenz, die ich da gerade merke. Ich weiß, es ist sinnvoll und es wäre notwendig, in einer sich ökonomisch immer weiter zuspitzenden Welt. Aber es widerspricht so ein bisschen meinem Menschen- und Behandlungsbild oder Ideal. 974 - 979

6.4.1.1 LEITLINIENGERECHTES ANGEBOT, ANZAHL UND DAUER

Die Anzahl und Dauer der Einheiten ist laut Leitlinie wissenschaftlich noch nicht ausreichend untersucht. Die aktuellen Empfehlungen beinhalten aerobes Ausdauertraining in moderater Intensität für mindestens dreißig Minuten an mindestens fünf Tagen pro Woche oder intensives Training für mindestens zwanzig Minuten an mindestens drei Tagen pro Woche, bzw. eine Kombination aus beiden. Es sollte ein Energieverbrauch von mindestens fünfhundert bis eintausend metabolischen Einheiten (MET)-Minuten pro Woche erreicht werden. An zwei bis drei Tagen pro Woche sollte zudem Krafttraining für alle großen Muskelgruppen sowie Gleichgewichts- und Koordinationstraining durchgeführt werden. In den S3 Leitlinie gibt es keine direkte Empfehlung für Dauer und Anzahl der Bewegungstherapie, aber es wird auf die NICE Leitlinie von 2009 verwiesen, in der zehn bis vierzehn Wochen empfohlen werden (DGPPN 2015).

Das Angebot in den Kliniken reicht von einmal pro Woche sechzig Minuten bis hin zu viermal pro Woche neunzig Minuten, die für die PatientInnen verpflichtend sind. In allen Kliniken gibt es ein zusätzliches Angebot an Bewegungstherapien, Entspannungskurse oder Fitnessräume, das von den PatientInnen eigenverantwortlich genutzt werden kann. Die Liegedauer der PatientInnen beträgt durchschnittlich etwa sechs Wochen.

Die Antwort auf die Frage, ob die Anzahl und Dauer der Bewegungstherapie leitliniengerecht ist, konnte nicht eindeutig ermittelt werden. In einer Klinik, die die Leitlinie auch für die Bewegungstherapie nutzt, sind Anzahl und Dauer nicht leitliniengerecht.

I12: 31 – 33;

I12: Ich könnte noch individueller drauf eingehen, wenn ich mehr Zeit hätte. Und die Patienten müssten einfach aus trainingsphysiologischer Sicht noch einen zweiten Termin haben, (...) so dass es auch Sinn macht. Und dann würden wir auch somatische Effekte damit abdecken.563 -566

6.4.1.2 MEHRWERT LEITLINIE

Drei der befragten ÄrztInnen und zwei der befragten BewegungstherapeutInnen beschreiben, dass die Leitlinie zumindest in der Hinsicht einen Mehrwert geleistet hat, als die Bewegungstherapie erwähnt wird und dadurch in ihrer Anwendung zugenommen hat. Dies gilt auch hinsichtlich der Transparenz im Behandlungskonzept und der Annahme durch die PatientInnen. Allerdings scheint es gerade für die BewegungstherapeutInnen angesichts der Wirkweise noch zu gering.

I6: 491 – 492; I13: 463 – 470; I12: [...]553 - 566

I10: (...) Das, naja das zumindest (lacht) das zumindest Körper IRGENDWIE mit, also das Physiologie, das irgendwas davon auftaucht, JA. [...] Also das ist das MINIMUM. (...) Aber es ist natürlich VIEL zu wenig. VIEL zu wenig. 609 – 613

Für einen Arzt hat die Leitlinie keinen Mehrwert gebracht, da diese sich vor allem auf Kraft- und Ausdauer bezieht. Bewegungstherapie wird in dieser Klinik vor allem mit einem psychotherapeutischen Hintergrund verstanden. Dabei geht es mehr um ein Verständnis der Entstehung und Bearbeitung dessen und weniger um Symptomreduzierung, ohne jedoch deren Relevanz zu negieren.

I1: Ehrlich gesagt, nein. Also wir machen schon länger hier auch Bewegungstherapie, aber nicht im direkten Sinne der Leitlinie. Also danach haben wir relativ wenig. Klar, dieser Kraftraum mit den Maschinen und so weiter, das ist sicher sinnvoll. Aber im (...) eher im psychotherapeutischen Verständnis (...) braucht es eben doch etwas anderes, als einen Boxsack. 421 - 425

Für einen BewegungstherapeutInnen hat die Leitlinie dazu geführt, dass die Bewegungstherapie mit psychotherapeutischen Hintergrund im Leitbild an Wertschätzung verloren hat. Wie im Kapitel Wahrnehmung der Bewegungstherapie erwähnt, spielt hier die Einstellung der ChefärztInnen gegenüber Bewegungstherapie eine Rolle.

I4: [...] Also wir hatten vorher auch einen relativ breit gefächerten Chefarzt, der sehr interessiert an allem möglichen war. [...] Und das ist jetzt mehr dieses ganze „Was ist evaluierbar?“ „Was ist irgendwie wissenschaftlich nachweisbar“, „Was ist in den Leitlinien drinnen?“ Und so ein bisschen dieser Blick nach rechts und links wegfällt. Und das ist grundsätzlich schon so ein bisschen zu spüren. [...] 272 – 287

6.4.4 Adäquate Versorgung der PatientInnen mit Bewegungstherapie

Grundsätzlich finden alle befragten ÄrztInnen und BewegungstherapeutInnen die Versorgung der PatientInnen mit Bewegungstherapie angemessen. Zusätzliche Einheiten der bereits angebotenen Verfahren befürworten alle. Allerdings stehen hierfür nicht genügend Ressourcen in Form von Räumen und Personal zur Verfügung. Auch beschreiben die Experten, dass die PatientInnen bereits sehr durchgeplante und durchstrukturierte Behandlungspläne haben und die zeitliche Kapazität bei vielen ausgeschöpft sei.

I11: 353 – 361; I4: 762 – 773; I2: 444 – 461; I12: 513 – 528; I8: 886 – 895

Dahingehend spielt die Inanspruchnahme der PatientInnen ebenfalls eine Rolle. Gerade in kleinen Kliniken mit einem begrenzten Angebot führt eine geringe Inanspruchnahme dazu, dass Plätze ungenutzt bleiben und PatientInnen nicht teilnehmen können.

I9: 348 – 355; I10: 514 - 520

I9: (...) Schwierig. Also (...) Es ist schon adäquat. Was immer ärgerlich ist, ist natürlich, wenn PatientInnen nicht zu Therapien gehen, Plätze besetzen, andere können nicht nachrücken. (...) Ja (...) PatientInnen sind schon gut versorgt, aber wünschenswert wäre immer noch ein bisschen mehr. 385 – 388

Im Zusammenhang mit dem PsychVVG und der Überlegung, psychiatrische PatientInnen in der Häuslichkeit zu behandeln sieht ein BewegungstherapeutInnen negative Konsequenzen für die Versorgung der PatientInnen mit Bewegungstherapie und den interdisziplinären Austausch.

I7: 591 - 611

6.4.5 Fehlende Therapieform

Kliniken mit analytischer oder tiefenpsychologischer Ausrichtung würden ein zusätzliches Sportangebot begrüßen. Im Besonderen Bewegungsangebote, die draußen in der Natur stattfinden ohne Anspruch eines psychotherapeutischen Effektes. Hier ist die Ressourcenknappheit der limitierende Faktor.

I9: 455 - 458; I2: 384 – 396; I8: 841 – 845; I11: 434 – 444; I4: 667 – 673

I1: Aber das können wir hier nicht darstellen. Da ist der Bereich der Fachtherapien, den wir jetzt aufgestellt haben, ist mit anderen Angeboten so ausgefüllt, dass es da nicht noch zusätzliche Ressourcen gibt. Es geht um Geld, nicht? 394 - 397

Eine Klinik mit vornehmlich verhaltenstherapeutischer Ausrichtung plant gerade zusätzliche Angebote in Form von Psychoedukation in der Bewegungstherapie. Hier bleibt der Fokus in der Behandlung an sich leitlinienorientiert und der Wunsch orientiert sich hinsichtlich zusätzlicher Einheiten für den Ausdauersport. Die Ressourcen wirken sich dabei wiederum einschränkend auf das Angebot aus.

I12: 538 – 548

I13: Also mir wäre recht, im Prinzip, zwei Ausdauerangebote pro Woche und zwei spielerische Angebote pro Woche, das würde MIR gut gefallen. Die haben das ja. Aber das ist eine Personalfrage und das ist wieder im Tagessatz nicht drin, soviel. 298 - 304

Eine andere Klinik mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung würde gerne ein zusätzliches Angebot an Bewegungstherapie mit psychotherapeutischem Hintergrund, wie z. B. Tanztherapie oder fernöstliche Bewegungsformen in das Behandlungskonzept aufnehmen.

I7: 628 – 632; I10: 518 – 520; I6: 349 – 365

6.4. Angebot an anderen Therapien

F2.1: Welche anderen Formen der Bewegungstherapien werden angeboten?

Code/Subcodes	Nennung gesamt
▪ KBT	2
▪ Tanztherapie	7
▪ Art Ausdauersport: Nordic Walking, Federball, Aquagymnastik	8
▪ Spiele	
▪ Art Entspannung: Feldenkrais, Shiatsu, Spaziergänge, QiGong, TaiChi	8
	8

Tabelle 12 Übersicht Kodierung F2.1 mit Häufigkeiten

In den Kliniken werden verschieden Arten von Bewegungstherapien angeboten. Dabei werden körperpsychotherapeutische Angebote wie zum Beispiel Konzentrationale Bewegungstherapie und Tanztherapie, die ein psychotherapeutisches Herangehen kennzeichnet, in fünf der acht untersuchten Kliniken angeboten. In den anderen drei Kliniken gibt es ebenfalls Angebote, die einen psychotherapeutischen Hintergrund haben, sie werden allerdings nicht unter dem Label Körperpsychotherapie, im Sinne von KBT oder Tanztherapie, geführt.

Es gibt andere, aktivierende Ausdauersportarten wie Nordic Walking, Joggen, Schwimmen und Aquagymnastik sowie eher entspannende und beruhigende Angebote wie Yoga, Progressive Muskelentspannung und auch gemeinsame Spaziergänge.

I10: 52 – 63; I5: 100 - 108

Zudem werden verschiedene Spiele angeboten, die einerseits einen spielerischen Aspekt haben und vornehmlich Aktivitätsaufbau und Spaß bringen sollen. Zum anderen sind einige diese Spiele aber mit einem anbahnenden und einem psychotherapeutischen Hintergrund zu betrachten. Durch die Spiele können viele der PatientInnen leichter in die Bewegung kommen, gerade bei PatientInnen, die noch nie oder lange nicht mehr körperlich aktiv waren. Das Angebot ist niedrigschwellig, ein späteres, bewegungstherapeutisches Arbeiten wird dadurch angebahnt und

die Hemmungen können genommen werden. Außerdem können Spiele auch zu einem besseren Verständnis der Symptomatik beitragen.

I2: 57 – 60; I4: 525 – 532; I12: 49 – 53; 442 – 453; I13: 282 – 292; I8: 345 - 350

I13: Ja man kann über Dinge SPRECHEN und man kann Dinge ERLEBEN. Und in der Sport und Bewegungstherapie ist es etwas sehr erlebnisorientiertes auch. (...) Und so spielerisch, das man letztendlich dann (...) das ist ja bei Kindern schon so, wenn man ein Kind ist, dann lernt man beim Spielen ja unheimlich viel. Also bei Teamspielen zum Beispiel, dass nicht, also man gewinnt nicht weil ich ein Tor schieße, sondern die MANNSCHAFT ein Tor schießt. (...) Das ist ja ganz ein anderes denken, also als Team zu denken. 305 - 312

Die ÄrztInnen und BewegungstherapeutInnen beschreiben ein vielfältiges Angebot an Bewegungstherapien, mit und ohne psychotherapeutischem Hintergrund. Der in den Leitlinien empfohlene, Ausdauer- und Kraftsport wird nur selten, und wenn, nicht in dem vorgegebenen Ausmaß angeboten. Besonders die BewegungstherapeutInnen beschreiben vordergründig, dass die Auswahl der geeigneten Bewegungstherapie auf die Bedürfnisse, Ressourcen und Wünsche der PatientInnen abgestimmt sind.

I12: 32 - 37

I8: [...] interessanterweise [...] in den Leitlinien steht Krafttraining und Ausdauer-sport. Und wenn man ehrlich ist, ist das genau das, was am wenigsten in der Behandlung vorkommt. Wir sind ganz viel auf psychotherapeutische Bewegungstherapie, die auch total WICHTIG ist in dem Ganzen. Und das richtig reine „Sporttreiben“ in Führungsstrichen, ist im Laufe der Zeit immer mehr zurückgegangen. Was aber AUCH seine Berechtigung und seine Wichtigkeit hat. [...] Also und DIESEN Bereich, DA wieder in die Balance zu kommen. [...] Und das Pendel ist so ein bisschen in die andere Richtung geschlagen könnte man sagen. Der Sportanteil ist immer kleiner kleiner kleiner kleiner geworden. Der eher psychotherapeutisch ausgerichtete Bewegungstherapieanteil hat mehr Raum eingenommen, auch jetzt quasi aus der Balance. 847 – 872

6.5. Offene Frage - Ergänzungen

Die Resonanz auf die Interviewanfragen und die Ergänzungen am Ende zeigen, dass sowohl bei den BewegungstherapeutInnen als auch bei den ÄrztInnen ein Wunsch nach mehr Transparenz, nach einem Umdenken, mehr Anerkennung und Stellenwert für die Bewegungstherapie herrscht.

I8: [...] ich ganz begeistert, dass das mal jemand untersucht (...) Also diese Fragestellung überhaupt entwirft. (...) Weil, vielleicht auch was ich vorhin sagte, ich möchte gar nicht so viel dokumentieren. Ich möchte mit den Patienten arbeiten. Daran scheitert es auch dann ganz oft. Die Menschen, die in diesem Bereich arbeiten, können nicht auch noch die Untersuchung machen. Deswegen bin ich ganz dankbar, dass sie diese Untersuchung jetzt machen. (beide lachen) Das ist vor ein paar Jahren auf dem Jubiläum der deutschen Gesellschaft für Tanztherapie auch schon einmal zur Sprache gekommen. Da war ein Uniprof, der eine schöne Rede gehalten hat. „Ihr müsst eure Sachen untersuchen lassen. Ihr müsst mehr Studien machen“. Aber aus dem Auditorium fand sich keiner, der in dem Moment hurra schrie und sagte „Ja, ich mache jetzt eine Studie“. Das war eher „Wir wollen Tanztherapie machen. Wir wissen doch, dass es wirkt. Das sehen wir doch“. Und er sagte „Ja, aber sie müssen das beweisen“. Also von daher, das ist das erste was aufgeploppt ist. Schön dass sie diese Untersuchung machen (beide lachen). Deshalb war für mich auch klar, dass ich es irgendwie hinkriegen muss, mich ihnen zur Verfügung zu stellen mit dem was wir hier machen. 983 - 988

I12: Ich verstehe dass auch eher so, dass sie da noch nach Möglichkeiten für die Politik und so weiter suchen, wie man das noch optimieren kann. Das diese Leitlinien jetzt nicht einfach nur in den Kliniken umgesetzt werden und danach kommt wieder nichts. Sondern, dass es da auch mal weitergehen muss. Das war auch so ein bisschen die Hoffnung in diesem Interview, dass für mich das mal publik gemacht werden kann, dass wir da auch einfach noch Unterstützung draußen brauchen, außerhalb der Klinik. Hier in der Klinik wird schon relativ, also bei uns, viel getan dafür, dass man diesen Patienten gerecht wird. 604 - 610

I9: Ich fand es sehr schön, dass nochmal geguckt wird und das versucht wird, den Stellenwert von Bewegungstherapie nochmal festzusetzen. Ob es nicht vielleicht doch wichtiger ist, als im Moment angenommen. Das vielleicht auch mehr übernommen wird und ambulant mehr geleistet werden kann. Das vielleicht Bewegungsgruppen auch von der Krankenkasse einfach bezahlt werden können. So wie die jetzt ja auch des Öfteren angewendete Ergotherapie, was für viele Patienten wichtig ist. Es kommt auch immer mal wieder die Anfrage von Patienten „Kann ich das auch ambulant weiter machen?“ Und dann muss man sagen „Nein, gibt es dann nicht mehr.“ Das wäre schön, wenn die Entwicklung vielleicht auch dahingeht. 546 - 553

I11: Als ich die Anfrage gehört habe, habe ich gedacht „Ach, das ist ja spannend“, weil ich tatsächlich auch von den kreativtherapeutischen Sachen, die es gibt, neben Musik, wo ich erstaunliche Dinge auch immer höre oder sehe, finde eben, das man gerade bei Bewegung oft nochmal ganz viel aus den Patienten rauskitzelt. Weil man eben nonverbal da ran geht und die oft in der Bewegungstherapie das erste Mal da so rein kommen, sich zu spüren, sich und ihren Körper zu spüren. Wenn ich sie vorher frage „Wie fühlt sich das für die an?“ oder „Was haben sie da für Gefühle?“ kommt man da manchmal nicht weit. Und über den anderen Ansatz eben, über das körperliche erspüren, das finde ich immer erstaunlich. 451 – 461

I10: Und ich habe mich gerade gefragt, wer kommt auf sowas aufgrund von was? Sind das einfach nur Zahlen, die ausgewertet worden sind? Oder hat da jemand auch mal nachgedacht. Ja solche Fragen habe ich mir gestellt (lacht). 635 – 637

I7: Also mir wäre wichtig bei diesem Thema Depression, was ich schon gesagt habe, diesen Irrläufer, nicht nur so Entspannung, Entspannung, Entspannung, sondern Aktivierung. Und zwar wirklich Aktivierung über dieses Spüren und Fühlen. Weil dieses Thema Leere, ich fühle nichts, das ist eigentlich das, was ich aus meiner langjährigen Erfahrung immer sage, was eigentlich jeder Depressive mitbringt und was meiner Meinung viel zu wenig beachtet wird. Und da, würde ich sagen, hat dieses Thema Bewegung eine ganz große Möglichkeit. Ganz großes Potential. 619 - 625

7. Diskussion

Dieser Abschnitt der Arbeit befasst sich mit der kritischen Auseinandersetzung sowohl der Ergebnisse aus Kapitel 6, als auch der Methodik und Vorgehensweise, wie sie in Kapitel 4 und 5 dargestellt wurden.

7.1. Ergebnisdiskussion

Stellenwert

Die Ergebnisse der übergeordneten Forschungsfrage, welchen Stellenwert die Bewegungstherapie bei der stationären Behandlung von Menschen mit Depression hat, haben deutlich gezeigt, dass dieser wie erwartet hoch ist. Allerdings ist die Wahrnehmung subjektiv und abhängig von verschiedenen persönlichen Faktoren und strukturellen Rahmenbedingungen.

Zum einen spielt der Behandlungsansatz eine entscheidende Rolle. Wie in Kapitel 3 beschrieben, haben Körpertherapie und Körperpsychotherapie unterschiedliche konzeptionelle Herangehensweisen. Je nach disziplinärer Ausrichtung der Klinik, zum Beispiel entweder im Bereich Verhaltenstherapie oder Tiefenpsychologie und Psychoanalyse, ist dementsprechend die Zielsetzung der Bewegungstherapie im Behandlungskontext unterschiedlich.

Die Bewegungstherapie ohne psychotherapeutischen Hintergrund, wie z. B. Joggen oder Fahrrad fahren, kann die Symptome einer Depression lindern oder abbauen und zu physiologischen Effekten führen. Diesem Effekt wird besonders in einer Klinik mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung Rechnung getragen. Diese Klinik arbeitet leitliniengerecht und orientiert sich an evaluierten Verfahren. In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass es sich hierbei um eine Privatklinik handelt. Die darunterliegende Vermutung der besseren Versorgungsqualität hinsichtlich einer Zwei, bzw. Dreiklassenmedizin, kann hier nicht beantwortet werden.

Bewegungstherapie mit einem psychotherapeutischen Hintergrund wie z. B. die Tanztherapie oder die konzentrierte Bewegungstherapie, beschäftigt sich vornehmlich mit der Ursache, der Entstehung der Depression. Hier ist besonders die beziehungs- und wahrnehmungsorientierte Arbeit im Zusammenhang mit der Über-

tragung und Gegenübertragung zu erwähnen. Sieben der untersuchten Kliniken arbeiten formal mit dieser Art der Bewegungstherapie.

Alle ÄrztInnen und BewegungstherapeutInnen beschrieben, dass die Bewegungstherapie ein offenes und freies Medium für die PatientInnen sein kann. Es geht in diesem Zusammenhang nicht darum eine bestimmte Technik auszuprobieren, sondern um die eigene Körperwahrnehmung. Wenn man psychische Erkrankungen, und in diesem Falle speziell die Depression, als gestörte Beziehung, gestörten Kontaktaufbau zu sich, zu seiner Umwelt und zu anderen Personen versteht, dann kann eine zentrale Bedeutung der Bewegungstherapie sein, diesen wieder oder erstmals anzubahnen.

Die Komponente der Beziehungsproblematik kann in Gruppensituationen gut beobachtet werden und daher sind Gruppenangebote laut ExpertInnen wichtig für die Behandlung. Die Frage, ob die Empfehlung einer störungsspezifischen Gruppenzusammensetzung, wie sie in Kapitel 3.3 beschrieben wurde, tatsächlich im klinischen Alltag von Vorteil ist, konnte nicht eindeutig geklärt werden. Die ExpertInnen sehen Vor- und Nachteile in dieser Vorgehensweise. Dies wurde besonders bezüglich der hemmenden Dynamik durch die Antriebsstörung hervorgehoben. Dort sehen die ExpertInnen den Vorteil einer unspezifischen Zusammensetzung.

Dem Wunsch nach mehr Gruppenangeboten stehen die baulichen und personellen Ressourcen der Kliniken gegenüber, die in allen untersuchten Kliniken bei steigender Notwendigkeit nicht ausreichen. Wie im Kapitel 1 beschrieben, steigt die Anzahl der Menschen, die an einer Depression leiden und dadurch die Kosten infolge gesteigerter Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Diese Entwicklung und die in diesem Zusammenhang bestehenden ökonomischen Interessen der Klinik, machen hier einen zentralen Faktor aus. Das DRG System setzt einen Tagessatz fest. Wie die jeweilige Institution diesen Tagessatz verwendet, bleibt offen. Wenn der Stellenwert der Bewegungstherapie im Behandlungskontext nicht hoch ist, wird an dieser Stelle gespart. Dies zeigt sich besonders hinsichtlich der Frage nach der tatsächlichen Versorgung der PatientInnen und ob es für die Bewegungstherapie feste Behandlungszeiten und Vertretungen gibt. Die Spannweite ist hier groß.

Hinsichtlich des Einflusses von persönlichen Faktoren auf den Stellenwert, wurde in der Untersuchung besonders deutlich, dass dieser abhängig vom leitenden Chefarzt ist. Dabei geht es um die persönliche Einstellung gegenüber der Bewegung und die Einstellung gegenüber der Evidenzbasierten Medizin. Wie in Kapitel 1.1 dargestellt, ist die Wirksamkeit der Bewegung auf die Depression seit der Antike bekannt. Hier ist die Frage zu stellen, ob eine spezifischere Erwähnung in der Leitlinie tatsächlich zu einer erhöhten Relevanz bei den verantwortlichen Akteuren führen könnte. In der vorliegenden Untersuchung konnte keine eindeutige Antwort gefunden werden, denn menschliche Charakterzüge und Einstellungen sind höchst subjektiv. Die Einschätzung der Experten scheint aber in die Richtung zu deuten, dass dies nötig ist.

Bezugnehmend dazu ist das in Kapitel 4.2 beschriebene Phänomen der hierarchischen Strukturen im Kliniksetting und damit einhergehend, die Interdisziplinarität, als wichtiger Faktor zu nennen. In Kliniken mit regelmäßig stattfindenden Teamsitzungen, in denen die BewegungstherapeutInnen anwesend sind, wird offen kommuniziert und diskutiert. Dieses Konzept gab es in zwei Kliniken erst seit ein paar Jahren und wurde von den BewegungstherapeutInnen gefordert. In allen untersuchten Kliniken gibt es derzeit diese Besprechungen und daher ist eine deutliche Tendenz, dass der Stellenwert der Bewegungstherapie zunimmt.

Die Interdisziplinarität scheint hier auch ein bedeutender Faktor für mehr Transparenz zu sein, besonders, wenn die ÄrztlInnenschaft aufgrund der Facharzt-Ausbildung hohen Fluktuationen ausgesetzt ist. Transparenz innerhalb des Teams bedeutet somit auch mehr Transparenz für die PatientInnen. Dies scheint besonders hinsichtlich der bereits erwähnten erheblichen Abgrenzungsdefizite bei den Begrifflichkeiten der Bewegungstherapie eine wichtige Rolle zu spielen. Die drei beteiligten Parteien am hier untersuchten Behandlungsprozess, also ÄrztIn, BewegungstherapeutIn und PatientIn haben alle einen entscheidenden Einfluss auf den Stellenwert im Behandlungskonzept und des Inanspruchnahmeverhaltens.

Das bedeutet wiederum, dass die therapeutische Kompetenz der BewegungstherapeutInnen einen sehr bedeutenden Faktor bei der Therapie darstellt, damit die eben erwähnte Interdisziplinarität und der Austausch auf Augenhöhe stattfinden können. Die in Kapitel 3 dargestellten und von den BewegungstherapeutInnen

beschriebene „Wald und Wiesen-Ausbildung“, sowie die Vielfalt an Therapien schaffen kein einheitliches oder klares Bild. Kritisch betrachtet könnte eine genaue Differenzierung seitens der „Begründer“ nicht erwünscht sein. Diese Behauptung sorgt auf dem Ausbildungs- und Therapiemarkt für narzisstisches Verhalten und steht Gemeinsamkeiten in der Anwendung im Wege. Zudem finden sich oft keine genauen Angaben über Herkunft, theoretische Überlegungen und Modelle sowie Evidenzbasierte Studien.

Ausbildungsstandards und eine Akademisierung der Profession können zu mehr Klarheit beitragen. Die Akademisierung der Bewegungstherapie kann in diesem Zusammenhang die Forschungslandschaft unterstützen und, wie in Kapitel 1.1 beschrieben, im Rahmen der Evidenzbasierten Medizin einen erhöhten Stellenwert schaffen. Vornehmlich bei Therapien mit psychotherapeutischem Hintergrund sehen die Experten bei der Standardisierung eine Diskrepanz zu den Kriterien, die derzeit für die Empfehlungen der Leitlinie angelegt werden. Die Wirksamkeit der Bewegungstherapie als alleinige Behandlung der Depression nachzuweisen, ist auch ethisch kritisch zu betrachten.

Die fehlende Qualität bei der Studienlage zur Wirksamkeit von Bewegungstherapie mit hoher Effektstärke ist bereits in der Leitlinie erwähnt. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Entwicklung eines geeigneten Messinstrumentes, um die Wirkung der Bewegungstherapie nachzuweisen. Forschungen zu diesem Thema werden von Berufsverbänden und Forschergruppen bereits durchgeführt. Die Frage ist auch zu stellen, inwiefern Messinstrumente für die Diagnose Depression erarbeitet werden können und ob dies sinnvoll ist. In den Interviews wurde deutlich, dass der Fokus auf die Diagnose Depression nicht immer gehalten werden konnte. Oft sind globale Aussagen über psychische Erkrankungen getroffen worden, da laut Experten die Depression sehr komorbid ist und als alleinige Diagnose nur noch selten ist.

Inwiefern die Dokumentation im Behandlungsverlauf und im Entlassungsmanagement für mehr Evidenz sorgen könnte und dementsprechend für mehr Stellenwert der Bewegungstherapie im Behandlungskontext, ist nicht eindeutig. Für die meisten BewegungstherapeutInnen ist die Erwähnung im Arztbrief nicht von zentraler Bedeutung und die Menge an Dokumentation, die dafür nötig wäre, ist laut Exper-

ten immens. Für eine ausführliche Dokumentation fehlen die zeitlichen Ressourcen. Da es keine klaren Vorschriften gibt, wie die Dokumentation im Detail auszusehen hat, geht jede Klinik anders damit um.

Hinsichtlich der Dokumentation und Standardisierung der Behandlung zur Erhöhung der Evidenz zeigt sich zudem eine große Ambivalenz bei den BewegungstherapeutInnen. Ihnen ist die bedürfnisorientierte Arbeit am und mit den PatientInnen besonders wichtig. Die Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach einem erhöhten Stellenwert und dem Aufwand, der dafür geleistet werden muss, ist in dieser Untersuchung deutlich geworden.

Tatsächliche Versorgung

Die BewegungstherapeutInnen arbeiten alle bedürfnisorientiert. Dies bedeutet, dass das formale Angebot nicht immer dem entspricht, was dann tatsächlich in der Gruppensituation stattfindet. Diese Flexibilität scheint allerdings auch seitens der ÄrztInnen erwünscht zu sein. Dieses Ergebnis spiegelt die unklare Versorgungslage wieder, wie sie in Kapitel 1.2 beschrieben wurde. Daher ist in dieser Untersuchung ebenfalls nicht eindeutig geklärt worden können, inwiefern die Leitlinienempfehlung zu Ausdauer – und Kraftsport umgesetzt wird. Der Hauptfokus der Bewegungstherapie in sieben der acht untersuchten Kliniken liegt auf der Bewegungstherapie mit psychotherapeutischen Hintergrund in Gruppensettings.

Rückfallprophylaxe

Bewegung ist nachgewiesenermaßen ein wichtiger Bestandteil bei der Rückfallprophylaxe. Ein Aspekt, der anhand des hohen Risikos eines Rückfalls gerade auch ein finanziell wichtiger Beitrag sein könnte. Um einen Drehtüreffekt in der Sozialpsychiatrie zu vermeiden, ist es, wie in der Leitlinie als Ziel formuliert, wichtig, dass die PatientInnen symptomfrei sind. Das DRG System mit dem einhergehenden Kostendruck für Leistungserbringer und Kostenträger führt allerdings zu einer Verkürzung der Liegedauer. Diese Verkürzung der stationären Aufenthalte erhöht für die Rückfallprophylaxe die Bedeutung der Bewegungstherapie im ambulanten Sektor.

Der Stellenwert der Bewegungstherapie bei der Rückfallprophylaxe ist subjektiv bei allen befragten Experten hoch. Objektiv fehlt hier aber eine geeignete Überleitung in den ambulanten Sektor. In der S3 Leitlinie gibt es keine direkte Empfehlung für Dauer und Anzahl der Bewegungstherapie, aber es wird auf die NICE Leitlinie von 2009 verwiesen, in der zehn bis vierzehn Wochen empfohlen werden. Daher kann die Bewegungstherapie in diesem Setting bei den PatientInnen lediglich einen Impuls setzen. Über die Selbstwirksamkeit, die Erfahrung der eigener Kompetenz und das Erlernen neuer Fertigkeiten ergeben sich Erfolgserlebnisse. Dies ist ein guter Ansatzpunkt für die Nachhaltigkeit.

Im Zusammenhang mit der verkürzten Liegedauer und der Diskussion, die psychiatrischen Behandlungen vermehrt in der Häuslichkeit durchzuführen, spielt die Psychoedukation eine wichtige Rolle. Dies ist allerdings nicht Teil des Leistungskataloges im Krankenhaus, sondern gehört in den Sektor Rehabilitation. PatientInnen, die in die Häuslichkeit entlassen werden würden allerdings von einer Psychoedukation profitieren, da es um das Erkennen von Frühwarnzeichen u. a. über die Körperwahrnehmung und Achtsamkeit geht. Das Erlernen von Körperwahrnehmung und Achtsamkeit braucht laut Experten oft Zeit und ist, je nach Schweregrad der Depression als Episode oder als Rezidiv, als Prozess zu verstehen. Hier scheint der direkte Kostenfaktor im Fokus zu stehen, sodass die damit einhergehenden indirekten Kosten vernachlässigt werden.

Die ambulante Weiterbehandlung ist bei der Rückfallprophylaxe die zentrale Schnittstelle. Es gibt Tagesklinken und psychiatrische Institutsambulanzen für den Übergang in die Häuslichkeit. Allerdings soll die Bewegungstherapie langfristig zum Einsatz kommen. Eine Weiterbehandlung im Sinne des Rehabilitationssportes für depressive Menschen, z. B. nach dem Vorbild der Herzsportgruppen, scheint hier sinnvoll zu sein.

7.2. Methodendiskussion

Zielsetzung der vorliegenden Untersuchung war die Evaluation des Stellenwertes und des Einsatzes der Bewegungstherapie. Daher ist die Befragung ausschließlich auf der Mikroebene lokalisiert. Die Inhalte sind vornehmlich subjektive Wahrnehmungen und weniger objektive Fakten. Daher hat die Tatsache, dass unter den acht untersuchten Kliniken eine Privatklinik ist, keine Auswirkung auf die Ergebnisse, da es um die Feststellung einer momentanen Versorgungssituation geht und nicht um einen Vergleich zwischen der privaten und gesetzlichen Versorgung.

Bei der Rekrutierung der Experten lag der Rücklauf nach der ersten Anfrage bei 30% (drei Antworten/Reaktionen), was auf die Urlaubszeit zurückzuführen ist. Gesamt gesehen ist die Reaktion positiv zu bewerten und zeigt, dass das Thema relevant ist. Insgesamt haben vier angefragte Kliniken nicht teilgenommen, davon haben drei Kliniken fehlende zeitliche Ressourcen genannt. Eine Klinik, die angefragt wurde und die dem Interview abgesagt hat, hatte zu diesem Zeitpunkt keine Bewegungstherapie, da die Therapeutin krankheitsbedingt ausfiel und es bis dato kein Ersatz gab. Diese Aussage ist nicht verifizierbar, aber gibt einen Hinweis auf den Stellenwert der Bewegungstherapie in der Klinik und eventuell wurde deshalb das Interview abgesagt.

In den Interviewsituationen selbst herrschte eine offene Gesprächssituation, die besonders für die Erfassung der subjektiven Wahrnehmung der Bewegungstherapie hilfreich war. Auf der anderen Seite führte dies dazu, dass, auch aufgrund des Umfangs des Leitfadens, nicht alle Fragen an alle Experten gestellt wurden. In diesem Zusammenhang sei zu erwähnen, dass die Forschungsfrage, inwiefern die Leitlinie tatsächlich mit den Angaben umgesetzt wird, nicht im Detail abgefragt wurde, sondern ebenfalls als Einschätzung in den Ergebnissen zu finden ist.

Der Fokus auf die Diagnose Depression war nur bedingt haltbar und es gab wie bereits in Kapitel 7.1 erwähnt, globale Aussagen zum Stellenwert der Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Kritisch betrachtet kann hierfür angeführt werden, dass der Rahmen der Arbeit zu weit gefasst sein könnte. Die für die Operationalisierung der Forschungsfrage erstellten Fragekomplexe und der daraus resultierende Leitfaden sind zu umfangreich.

Die vorliegende Untersuchung hat den Zusammenhang zwischen dem Stellenwert der Bewegungstherapie und den politischen und ökonomischen Interessen der Kostenträger und Leistungserbringer herausgestellt. Ebenfalls wurde das Thema Evidenzbasierte Medizin mit angeführt. Diese Themenkomplexe greifen sicherlich ineinander und bedingen sich gegenseitig, können allerdings nicht im Detail behandelt werden, da sie den Rahmen der vorliegenden Arbeit überschreiten würden.

8. Fazit und Ausblick

Der Stellenwert der Bewegungstherapie bei der Behandlung der Depression und bei psychischen Erkrankungen allgemein nimmt zu. Die fehlende Evidenzlage scheint momentan noch keinen erheblichen Einfluss auf die klinische Praxis zu haben, allerdings ist ein Trend dahingehend zu erkennen. Die gezielte Förderung der Forschungen in diesem Sektor ist notwendig, um die Evidenzlage zu erhöhen. Fraglich ist allerdings, ob die Kriterien der Evidenzbasierten Medizin im Rahmen der Leitlinienerstellung die Komplexität der Bewegungstherapien erfassen können und sie als Standard herangezogen werden können. Besonders hinsichtlich der Evidenzgraduierung und den darauf folgenden Empfehlungsgraden könnten die Kriterien der Evidenzbasierten Praxis praktikabler sein. Hierzu sind weitere Forschungen nötig, um der Bewegungstherapie als Behandlungsverfahren nicht nur einen erhöhten Stellenwert zu ermöglichen, sondern auch formell ein anerkanntes Verfahren zu werden und somit abrechenbar zu sein.

Im diesem Zusammenhang führt die andauernde Kostensenkungsdebatte im Gesundheitswesen zu verkürzten Liegezeiten und hat damit Einfluss auf Versorgungslage von Menschen mit Depression. Eine Weiterbehandlung im Sinne des Rehabilitationssportes für depressive Menschen, wie es die Herzsportgruppen gibt, scheint hier sinnvoll zu sein. Diese formelle Implementierung könnte ebenfalls zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen beitragen. Für PatientInnen ohne Anspruch auf Rehabilitationssport kann zusätzlich, wie vorab bereits erwähnt, eine Anbahnung zur Weiterführung der Bewegung bereits vor Entlassung über Kooperationen mit Sportvereinen oder anderen etablierten Institutionen geschaffen werden, wie dies auch für die medikamentöse Therapie und die Gesprächstherapie getan wird.

In der vorliegenden Untersuchung wurden besonders die politischen und ökonomischen Einflussfaktoren auf den Stellenwert der Bewegungstherapie deutlich. Die befragten Experten sind nicht auf der Makro- und Mesoebene lokalisiert. Für weitere Untersuchungen der Thematik und um hinsichtlich dieser Interessenlagen der Kostenträger und Leistungserbringer objektivere Aussagen zu tätigen, müssen ExpertInnen dieser Ebenen befragt werden. Auf der Mesoebene wären das z. B.

Vertreter der Krankenkassen und Verbände, die sich um die Interessen der Bewegungstherapie kümmern. Auf der Makroebene Vertreter der Gesundheitspolitik.

Die Bewegungstherapie im klinischen Setting wird hier im Sinne der Sekundär- und Tertiärprävention dargestellt. Ein Aspekt, der in dieser Untersuchung nicht betrachtet wurde, ist die Rolle der Bewegung in der Primärprävention. HausärztInnen sind als Primärversorger für PatientInnen mit depressiven Störungen die entscheidende Schnittstelle für eine leitliniengerechte Versorgung. Hinsichtlich des in der vorliegenden Arbeit herausgearbeiteten Einflusses der persönlichen Einstellung der ÄrztInnen gegenüber der Bewegung, wäre eine vermehrte Transparenz an dieser Schnittstelle wichtig.

Literatur

- American College of Sports Medicine (ACSM) (2001). *ACSM's resource manual for guidelines for exercise testing and prescription*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Bartel S, Ohlbrecht H (2016). *Perspektiven qualitativer Gesundheitsforschung* In Detka, D. (Hrsg.) *Qualitative Gesundheitsforschung – Beispiele aus der interdisziplinären Forschungspraxis*. Verlag Barbara Busdrich Opladen Berlin Toronto.
- Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2014). *Faktencheck Gesundheit - Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen*. Bertelsmannstiftung Gütersloh
- Berghöfer A, Roll S, Bauer M, Willich SN, Pfennig A (2014). Screening for Depression and High Utilization of health Care Resources Among Patients in Primary Care. *Community Ment. Health J* 50:753-758. Springer Science + Buisness Media New York. DOI 10.1007/s10597-014-9700-4. Zugriff 10.04.2017.
- Bogner A, Littig B, Menz W (2014). *Interviews mit Experten: Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Bräuninger, I (2015). Aktuelle Forschung zur Körperpsychotherapie, Tanz-, Bewegungstherapie und zu Tanz bei Depression. *körper – tanz – bewegung*. Ernst Reinhardt Verlag. S. 126–128. DOI 10.2378 / ktb2015.art21d. Zugriff 01.06.2017.
- Bundespsychotherapeutenkammer (Hrsg.) (2016). *Die Qualität der Versorgung in Psychiatrie und Psychosomatik - Eine Auswertung der Qualitätsberichte der Krankenhäuser*. Berlin. URL: <https://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie/>. Zugriff 21.03.2017.
- Bundespsychotherapeutenkammer (Hrsg.) (2014). *BPTK-Studie zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen - Ergebnisse einer Befragung*

der in Krankenhäusern angestellten Psychotherapeuten. Berlin URL:
<https://www.bptk.de/publikationen/bptk-studie/>. Zugriff 21.03.2017.

Busch MA, Maske UE, Ryl L, Schlack R, Hapke U (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*. 56:733–739. DOI 10.1007/s00103-013-1688-3. Zugriff 02.05.2017.

Charité - Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (2019). Schritte aus der Depression. URL: <http://www.angstambulanz-charite.de/Content/130>. Zugriff 19.03.2019.

Cooney GM, Dwan K, Greig CA, Lawlor DA, Rimer J, Waugh FR, McMurdo M, Mead GE (2013). Exercise for depression: Review, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 9., Art. No.: CD004366. DOI: 10.1002/14651858.CD004366.pub6. Zugriff 25.01.2017.

Custal C (2011). *Sport- und Bewegungstherapie: Eine wirksame Methode gegen Depressionen mit einem Konzeptvorschlag für die Praxis*. Diplomica Verlag Hamburg.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hrsg.) (2015). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Langfassung* 2. Auflage, Version 4. Berlin.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2015). *Deutsches Register Klinischer Studien. Ausdauersport versus Vibrationsplattentraining als adjuvante Therapie bei Jugendlichen mit depressiver Störung: Auswirkungen auf den klinischen Schweregrad, neurokognitive und humorale Parameter sowie morphologische Veränderungen des Hippocampus und anderer Hirnregionen*. URL:http://www.drks.de/drksweb/navigate.do?navigationId=trial.HTML&TRIAL_ID=DRKS00005120. Zugriff 05.07.17.

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2017). *ICD-10-GM Version 2017. Kapitel V. Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Affektive Störungen (F30-F39)*. URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/block-f30-f39.htm>. Zugriff 24.03.17.
- Dresing T, Pehl T (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 6. Auflage. Marburg, 2015. URL: www.audiotranskription.de/praxisbuch. Zugriff 12.05.2018.
- Egger JW (2015). *Das biopsychosoziale Krankheits- und Gesundheitsmodell: Von der klassischen Psychosomatik zur biopsychosozialen Medizin* In: Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Ernst B, Deimel H (2014). *Achtsamkeitsgestützte Bewegungstherapie bei depressiv erkrankten Menschen im ambulanten Setting*. Bewegungstherapie und Gesundheitssport 30: 294-301 Thieme Publishing Group.
- Frey B (2013) *Tanz- und Bewegungstherapie im klinischen Setting* In: Rössler W Kunst und Ausdruckstherapien. Kohlhammer Stuttgart.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2011). *Modellprojekt. Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispielthema Depression. Abschlussbericht*. URL:https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3016/2011-02-17_Versorgungsorientierung_Bericht.pdf. Zugriff 24.03.17.
- Geuter U (2006). *Geschichte der Körperpsychotherapie*. In: Marlock G, Weiss H (Hrsg.). *Handbuch der Körperpsychotherapie*. Schattauer Verlag Stuttgart.
- Geuter U (2015). *Körperpsychotherapie: Grundriss einer Theorie für die klinische Praxis*. Springer Verlag Heidelberg Berlin.
- Gläser J, Laudel G (2009). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen* 3., überarb. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Hamacher-Erbguth A, Schrack-Frank R, Brückl R (2013). *Konzentrierte Bewegungstherapie: Körpererleben und symbolische Übersetzung*. Ärztliche Psychotherapie. Schattauer GmbH.
- Hautzinger M, Wolf S (2012). *Sportliche Aktivität und Depression* In: Fuchs R, Schlicht W (Hrsg.) *Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität*. Hogrefe Verlag Göttingen.
- Härter M, Heddaeus D, Steinmann M, Schreiber R, Brettschneider C, König HH, Watzke B (2015). Collaborative und Stepped Care bei depressiven Erkrankungen - Entwicklung eines Modellprojektes im Hamburger Netz psychische Gesundheit (psychnet.de). *Bundesgesundheitsbl* 58:420–429. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Harvey SB, Øverland S, Hatch SL, Wessely S, Mykletun A, Hotopf M (2018). Exercise and the Prevention of Depression: Results of the HUNT Cohort Study. *The American Journal of Psychiatry* Vol. 175 Issue 1. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.16111223> Zugriff 20.03.2019.
- Holz E, Michael T (2013). Sport und Bewegung bei Depression - Ein vielversprechender Ansatz mit Forschungsbedarf. *Psychotherapie im Dialog* 3:17 61-63 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart. URL: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0033-1353821.pdf> Zugriff 18.01.2017.
- Hölter G (Hrsg.) (2011). *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen: Grundlagen und Anwendungen*. Dt. ÄrztInnen-Verl. Köln.
- Hölter G (2012). *Leitlinien und Evidenzbasierung in der Bewegungstherapie*. URL: https://www.researchgate.net/profile/Gerd_Hoelter/publication/280623827_Leitlinien_und_Evidenzbasierung_in_der_Bewegungstherapie/links/56e19bf208ae4bb9771bae55/Leitlinien-und-Evidenzbasierung-in-der-Bewegungstherapie. Zugriff 18.01.2018
- Kaiser R (2014). *Qualitative Experteninterviews: Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. Springer VS Wiesbaden.

- Konrad C (Hrsg.) (2017). *Therapie der Depression – Praxishandbuch der Behandlungsmethoden*. Springer Verlag Heidelberg.
- Kowitz S, Zielasek J, Gaebel W (2014). Die Versorgungssituation bei psychischen Störungen in Deutschland - Aktueller Stand und Perspektiven, *Dtsch Med Wochenschr*, 139 : 1249–1252, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York.
- Kruse J, Herzog W (2012). *Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz*. URL: <https://www.kbv.de/html/10258.php>. Zugriff 10.04.2017.
- Ledochowski L, Stark R, Ruedl G, Kopp M (2016). Körperliche Aktivität als therapeutische Intervention bei Depression. *Nervenarzt*. DOI 10.1007/s00115-016-0222-x. Zugriff 15.03.17.
- Lehofer M, Lehofer C (2005). *Sport- und Bewegungstherapie*. In: Lehofer M, Stuppäck C. Depressionstherapien. Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart.
- Liu X, Clark J, Siskind D, Williams GM, Bryne G, Yang JL, Doi SA (2015). A systematic review and meta-analysis of the effects of Qigong and Tai Chi for depressive symptoms. *Complementary Therapies in Medicine* 23, 516—534. doi.org/10.1016/j.ctim.2015.05.001. Zugriff 20.06.17.
- Markser V (2015). *Der Körper und die Bewegung in der Psychiatrie*. In: Markser V, Bär KJ. Sport- und Bewegungstherapie bei seelischen Erkrankungen: Forschungsstand und Praxisempfehlungen. Schattauer Verlag Stuttgart.
- Martinez N, Martorell C, Espinosa L, Marasigan V, Domènech S, Inzitari M (2015). Impact of Qigong on quality of life, pain and depressive symptoms in older adults admitted to an intermediate care rehabilitation unit: a randomized controlled trial. *Aging Clin Exp Res* 27:125–130. DOI 10.1007/s40520-014-0250-y. Zugriff 19.06.17.
- Mayring P (2015) *Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken*, 12., überarbeitete Auflage. Beltz Verlag Weinheim und Basel.

- Meekums B, Karkou V, Nelson EA (2015). Dance movement therapy for depression: Review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD009895. DOI: 10.1002/14651858.CD009895.pub2. Zugriff 19.06.2017.
- Misoch S (2015). *Qualitative Interviews*. Berlin: De Gruyter Oldenbourg.
- Morgan JA, Olagunju AT, Corrigan F, Baune BT (2018). Does ceasing exercise induce depressive symptoms? A systematic review of experimental trails including immunological and neurogenic markers. *Journal of Affectiv Disorders*. DOI: 10.1016/j.jad.2018.02.058. Zugriff 20.02.2019.
- Oertel-Knöchel V, Hänsel F(Hrsg.) (2016). *Aktiv für die Psyche – Sport und Bewegungsinterventionen bei psychisch kranken Menschen*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Oh B, Choi SM, Inamori A, Rosenthal D, Yeung A (2013). Effects of Qigong on Depression: A Systemic Review. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*.13:134737. doi.org/10.1155/2013/134737. Zugriff 21.06.17.
- Ohlbrich D (2004). Kreativtherapie in der psychosomatischen Rehabilitation: Ergebnisse einer Befragung der Leitung psychosomatischer Rehabilitationskliniken im Jahre 2002. *Psychotherapeut*.49:67–70. DOI 10.1007/s00278-003-0342-1. 28.06.17.
- Offermanns G (2011). *Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem: Neue Instrumente zur Steigerung von Effektivität und Effizienz in der Versorgung*. Springer Verlag Heidelberg Dordrecht London New York.
- Paulzen A, Müller A, Akkus T, Bergmann F, Schneider F (2014). Integrierte Versorgung bei depressiven Störungen. *Nervenarzt* 85:856–864. Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Reimers CD, Reuter I, Straube A, Tettenborn B, Braumann KM, Reimers AK (2016). Beratung zu körperlicher und sportlicher Aktivität in neurologischen Praxen in Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage unter den Mit-

- gliedern der Deutschen Gesellschaft für Neurologie e.V.. *Fortschr Neurol Psychiatr* 84: 28–33 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York.
- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2010). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51 Depressive Erkrankungen*, Berlin: Robert Koch Institut.
- Röhrich F (2000). *Körperorientierte Psychotherapie psychischer Störungen*. Hogrefe Verlag Göttingen.
- Röhrich F, Papadopoulus N, Priebe S (2013). An exploratory randomized controlled trial of body psychotherapy for patients with chronic depression. *Journal of Affective Disorders*. doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.056. Zugriff 26.06.2017.
- Schauenburg H (2013). *Die Leitlinie „Unipolare Depression“ - Welche Bedeutung hat sie für die Psychotherapie?. Psychotherapie im Dialog* 3:17 22-25 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart.
- Scheepers-Assmus C (2016). *Konzentrierte Bewegungstherapie und Ergotherapie: „Weißt du, was du willst, oder spürst du; was du brauchst?“* Schulz-Kirchner Verlag Idstein.
- Schreiber-Willnow K (2016). *Konzentrierte Bewegungstherapie*. Ernst Reinhardt Verlag München.
- Saß AC, Lange C, Finger JD, Allen J, Born S, Hoebel J, Kuhnert R, Müters S, Thelen J, Schmich P, Varga M, v.d. Lippe E, Wetzstein M, Ziese T. (2017) „Gesundheit in Deutschland aktuell“ - Neue Daten für Deutschland und Europa. Hintergrund und Studienmethodik von GEDA 2014/2015-EHIS. *Journal of Health Monitoring* 2(1): 83 –90 DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-012ISSN 2511-2708. Zugriff: 27.11.2018.
- Schuch FB, Vancampfort D, Firth J, Rosenbaum S, Ward PB, Silva ES, Hallgren M, Ponce De Leon A, Dunn AL, Deslandes AC, Fleck MP, Carvalho AF, Stubbs B (2018). Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *American Journal of Psychiatry*

Vol 175 Issue 7 DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17111194>. Zugriff 27.11.2018.

Sharma M, Haider T (2013). Tai Chi as an Alternative or Complementary Therapy for Patients With Depression: A Systematic Review. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*. 18(1) 43-49. DOI: 10.1177/2156587212465625. Zugriff 19.06.17.

Siu K-C, Padilla C, Rajaram SS (2017). The interrelationship between balance, Tai Chi and depression in Latino older adults. *Aging Clin Exp Res*. 29:395–401. DOI 10.1007/s40520-016-0593-7. Zugriff 19.06.17.

Sochor L, Deimel H (2014). Achtsamkeitsorientierte Bewegungstherapie bei Burn-out und Depression – Eine explorative Studie zur Bewertung von Therapieeffekten. *Bewegungstherapie und Gesundheitssport* 30: 302-309 Thieme Publishing Group.

Solloway MR, Taylor SL, Shekelle PG, Miake-Lye IM, Beroes JM, Shanman RM, Hempel S (2016). An evidence map of the effect of Tai Chi on health outcomes. *Systematic Reviews* 5:126. DOI 10.1186/s13643-016-0300-y. Zugriff 20.06.17.

Statistische Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein - Anstalt des öffentlichen Rechts - (Statistikamt Nord) (2014). *Statistik informiert. Krankenhauspatientinnen und -PatientInnen aus Hamburg 2012*. Nr.15/2014. URL: https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Presseinformationen/SI14_015.pdf. Zugriff 07.04.2017.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2017). *Gesundheitszustand & -relevantes Verhalten*. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/_inhalt.html?__blob=publicationFile. Zugriff 25.01.2017.

- Thomas V (2015). Studie: Gruppenfitness für chronisch Erkrankte – Elan für Körper und Seele. *Psych Pflege* 21:282-287 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York.
- Wang C, Bannuru R, Ramel J, Kupelnick B, Scott T, Schmid CH (2010). Tai Chi on psychological well-being: systematic review and meta-analysis. *Complementary and Alternative Medicine* 10:23. biomedcentral.com/1472-6882/10/23. Zugriff 20.06.17.
- Wang F, Lee E-KO, Wu T, Benson H, Fricchione G, Wang W, Yeung AS (2013). The Effects of Tai Chi on Depression, Anxiety, and Psychological Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int.J. Behav. Med.* 21:605–617. DOI 10.1007/s12529-013-9351-9. Zugriff 20.06.17.
- Weiße Liste (2017) *Krankenhaussuche*. URL: <https://www.weisse-liste.de/de/krankenhaus/krankenhaussuche/ergebnisliste/>? Zugriff 25.01.2017.
- Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (2017), *Weltgesundheitsstag 2017 – Über Depressionen reden*. URL: <http://www.euro.who.int/de/media-centre/events/events/2017/04/world-health-day-2017-depression-lets-talk>, Zugriff 02. 02.2017.
- World Health Organisation (2017), *Factsheet Depression*, URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>, Zugriff 02. 02.2017.
- Yang G-Y, Wang L-Q, Ren J, Zhang Y, Li M-L, Zhu Y-T, Luo J, Cheng Y-J, Li W-Y, Qayne PM, Liu J-P (2015) Evidence Base of Clinical Studies on Tai Chi: A Bibliometric Analysis. *PLoS ONE* 10(3): e0120655. doi:10.1371/journal.pone.01206552015. Zugriff 20.06.17.
- Yin J, Dishmann RK (2014). The effect of Tai Chi and Qigong practice on depression and anxiety symptoms: A systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *Mental Health and Physical Activity* 7: 135e146. doi.org/10.1016/j.mhpa.2014.08.001. Zugriff 20.06.17.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbständig angefertigt und alle von mir genutzten Quellen und Hilfsmittel angegeben habe. Wörtliche oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter der Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift

Anhang

Leitfaden BewegungstherapeutInnen.....	104
Leitfaden ÄrztInnen.....	106
Einwilligungserklärung.....	108
Informationsblatt.....	109
Transkripte Interviews auf CD-ROM.....	110

Leitfaden BewegungstherapeutInnen

Allgemein

- Ich möchte Sie bitten kurz etwas zu ihrem Werdegang zu erzählen
- Wie ist Ihre Berufsbezeichnung? Zusatzqualifikationen?

Stellenwert

- Wie und als was nehmen sie die Bewegungstherapie wahr?
- Wie und als was nehmen die Ärzte oder Klinikleitung die Bewegungstherapie wahr?
- Wie nehmen die Patienten die Bewegungstherapie wahr?

- Welchen therapeutischen Stellenwert hat die Bewegungstherapie im stationären Setting?
 - Gibt es feste Behandlungszeiten?
 - Wie motivieren Sie die Patienten?
 - Gibt es Konsequenzen wenn die Patienten nicht teilnehmen?
 - Wenn Sie krank sind oder Urlaub haben, werden ihre Therapien vertreten oder fällt es aus?
 - Wie beurteilen Sie die Ausstattung? Stehen Ihnen ausreichend Ressourcen zur Verfügung?

- Gibt es regelmäßig stattfindende Teammeeting oder Übergaben mit beteiligten Professionen?
- Wie findet die Zuordnung der Patienten zu den einzelnen Bewegungstherapien statt? Werden die Patienten gemäß ihrer Diagnose zugeteilt?
 - Haben Sie Einfluss auf die Zuteilung?
 - Sind die therapeutischen Angebote störungsspezifisch / störungsorientiert gestaltet?
 - Gibt es bewusst homogene und heterogene Gruppen?

- Trennen sie KT und KPT als unterschiedliche Verfahren voneinander? Findet eine Abgrenzung statt?
 - Ausbildungsstandards
 - Forschungsaktivitäten

- Wie nachhaltig ist die Bewegungstherapie?
 - Ganzheitliche Betrachtungsweise?
 - Überleitungsmanagement
 - Wie könnte man die Nachhaltigkeit erhöhen?
 - Findet eine Psychoedukation statt?

Umsetzung

- Nutzen Sie die LL als Instrument?
- Gibt es eine Fehl- Über- oder Unterversorgung oder ist die Versorgung adäquat?
- Welche Arten von Bewegungstherapie sind im Behandlungskonzept integriert?
 - Fehlt Ihrer Einschätzung nach eine Therapieform bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen?

Ausblick

- Hat die Leitlinie in Bezug auf die Bewegungstherapie einen Mehrwert gebracht? Wenn ja welchen?
 - Wie könnte man die Evidenzlage erhöhen? Wie könnte man die Wirksamkeit darstellen? EBM-Kriterien?

- Möchten Sie abschließend noch etwas ergänzen?

Leitfaden ÄrztInnen

Allgemein

- Ich möchte Sie bitten kurz etwas zu ihrem Werdegang zu erzählen

Stellenwert

- Wie und als was nehmen sie als Ärzte die Bewegungstherapie wahr?
- Wie nehmen die Patienten die Bewegungstherapie wahr?

- Welchen therapeutischen Stellenwert hat die Bewegungstherapie im stationären Setting?
 - Gibt es feste Behandlungszeiten?
 - Gibt es Konsequenzen, wenn Patienten nicht an den Aktivitäten teilnehmen?
 - Vertretung im Urlaubs- oder Krankheitsfall

- Gibt es regelmäßig stattfindende Teammeeting oder Übergaben mit beteiligten Professionen?
- Wie findet die Zuordnung der Patienten zu den einzelnen Bewegungstherapien statt?
 - Sind die therapeutischen Angebote störungsspezifisch / störungsorientiert gestaltet?
 - Gibt es bewusst homogene und heterogene Gruppen?

- Trennen sie KT und KPT als unterschiedliche Verfahren voneinander? Findet eine Abgrenzung statt?

- Wie nachhaltig ist die Bewegungstherapie?
 - Wie könnte man die Nachhaltigkeit erhöhen?
 - Ist die Bewegungstherapie Teil des Überleitungsmanagements?

Umsetzung

- Findet die Leitlinie in Ihrem Betrieb Anwendung? Nutzen Sie sie als Instrument?
- Gibt es eine Fehl- Über- oder Unterversorgung oder ist die Versorgung adäquat?
- Welche Arten von Bewegungstherapie sind im Behandlungskonzept integriert?
 - Fehlt Ihrer Einschätzung nach eine Therapieform bei der Behandlung von Menschen mit Depressionen?

Ausblick

- Hat die Leitlinie in Bezug auf die Bewegungstherapie einen Mehrwert gebracht? Wenn ja welchen?
 - Wie könnte man die Evidenzlage erhöhen? Wie könnte man die Wirksamkeit darstellen? EBM-Kriterien?
- Möchten Sie abschließend noch etwas ergänzen?

Einwilligungserklärung zu Teilnahme an dem Experteninterview:

Evaluation des subjektiven Stellenwertes und des objektiven Einsatzes von Körpertherapien und Körperpsychotherapien bei der stationären Behandlung von Menschen die an einer Depression leiden in Abgrenzung zur formalen, evidenzbasierten Leitlinienempfehlung der S3 Leitlinie Unipolare Depression im Raum Hamburg

Ich bin über das Vorgehen bei der Auswertung des Experteninterviews im Rahmen des o.g. Forschungsprojektes mit dem Informationsblatt „Experteninterview“ u.a. darüber informiert worden,

- dass die Teilnahme **freiwillig** ist und ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken dient,
- dass mir durch Nichtbeantwortung oder kritische Antworten **keine Nachteile** entstehen
- und dass meine Angaben vollkommen **anonym** ausgewertet werden.

Ich bin über die bei der Abschrift erfolgende Anonymisierung sowie die Löschung des Bandes informiert. Ebenso wurde ich darüber aufgeklärt, dass die Aufbewahrung der Einwilligungserklärung nur im Zusammenhang mit dem Nachweis des Datenschutzes geschieht und nicht zusammenführbar mit dem Interview ist. Zum Zeitpunkt der Auswertung sind keine Rückschlüsse mehr auf Ihre Person möglich.

Ich bin damit einverstanden, dass einzelne Sätze, die aus dem Zusammenhang genommen werden und damit nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke genutzt werden können.

Hiermit willige ich unter den in dem Informationsblatt genannten Voraussetzungen ein, an dem Experteninterview teilzunehmen. Ich bin damit einverstanden, dass das Interview auf Band aufgenommen, transkribiert, anonymisiert, ausgewertet und nach den Bestimmungen des Datenschutzes gespeichert wird. Ich habe das Recht, die Einwilligung zur Teilnahme an dem Experteninterview jederzeit zu widerrufen.

Datum, Unterschrift der/des Teilnehmerin/s

Name in Druckbuchstaben

Datum, Unterschrift Claudia Martens, Gesundheitswissenschaftlerin BSc, cand. MSc

Informationsblatt

Experteninterview im Rahmen der Masterarbeit zum Thema

Evaluation des subjektiven Stellenwertes und des objektiven Einsatzes von Körpertherapien und Körperpsychotherapien bei der stationären Behandlung von Menschen die an einer Depression leiden in Abgrenzung zur formalen, evidenzbasierten Leitlinienempfehlung der S3 Leitlinie Unipolare Depression im Raum Hamburg

In diesem Schreiben informieren wir Sie über das Forschungsvorhaben und die Rahmenbedingungen.

Forschungsvorhaben

Depression und depressive Störungen gehören zu den häufigsten Formen psychischer Erkrankungen und auf Grund ihrer Komplikationen und Folgen auch zu den folgenreichsten weltweit. Zum Zweck einer verbesserten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankung wurde von der DGPPN im Jahr 2009 die „S3 Leitlinie Unipolare Depression“ erarbeitet. Neben den Empfehlungen zu pharmakologischen und psychotherapeutischen Therapieformen sind nichtmedikamentöse Verfahren, wie z. B. körperliche Aktivität in Form von Ausdauer- und Kraftsport, Teil dieser Leitlinie. Andere Formen der Körpertherapien und Körpertherapien werden formal nicht empfohlen, finden im klinischen Alltag jedoch Anwendung. Bisherige Versorgungsanalysen thematisierten mehrheitlich die Versorgungssituation mit medikamentösen Therapien, Bewegungstherapien sind nicht Gegenstand der Untersuchungen. Im Rahmen der qualitativen Evaluation wollen wir die qualitative und quantitative Umsetzung der Leitlinie bezogen auf die Bewegungstherapien untersuchen und den therapeutischen Stellenwert herausarbeiten. Zudem ist es ein Ziel die Gültigkeit des biopsychosozialen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit im klinischen, psychiatrischen Alltag zu erheben.

Rahmenbedingungen

Der Datenschutz verlangt Ihre ausdrückliche und informierte Einwilligung hinsichtlich der Aufzeichnung, Auswertung und Speicherung des Experteninterviews und geschieht auf der Grundlage der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes. Wir unterliegen der Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die Aufnahmen werden nur von uns angehört, transkribiert und anschließend gelöscht. Zum Zeitpunkt der Auswertung sind keine Rückschlüsse mehr auf Ihre Person möglich. Die Erhebung dient ausschließlich Forschungszwecken und soll in wissenschaftlichen Zeitschriften publiziert werden. Wir garantieren absolute Anonymität. Abschließend möchten wir Sie noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen, dass die Teilnahme freiwillig ist und Ihnen durch Nichtbeantwortung oder kritische Antworten keine Nachteile entstehen. Die Einwilligung zur Teilnahme an dem Experteninterview kann jederzeit von Ihnen widerrufen werden.

Wir bedanken uns für Ihre Bereitschaft, die qualitative Evaluation der Versorgungslage im Rahmen der Masterarbeit zu unterstützen.

Prof. Dr. Wolf Polenz

Claudia Martens

Professor für Gesundheitsförderung

Gesundheitswissenschaftlerin BSc; cand. MSc

Transkripte Interviews auf CD-ROM