universität wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Bewegungstherapie für stationäre Burnout-PatientInnen

verfasst von

Julia Jetzinger

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag.rer.nat.)

Wien, 2014

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 482 445

Studienrichtung lt. Studienblatt: Diplomstudium Lehramt UF Bewegung & Sport und UF Biologie und Umweltkunde

Betreut von: Univ. Prof. Dr. Norbert Bachl

Vorwort

Da mein Interesse immer schon der Sportmedizin galt, war für mich von Beginn an klar, dass ich in diesem Bereich meine Diplomarbeit schreiben würde. Die Ausschreibung von Herrn Univ. Prof. Dr. Norbert Bachl zum Thema „Bewegungstherapie für stationäre Burnout-PatientInnen“ kam mir hier sehr entgegen. Der praxisorientierte Bezug war für mich der entscheidende Faktor, dieses Thema zu wählen.

Immer wieder gibt es Menschen, die gravierende psychische Probleme haben und oft nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu helfen. Sie benötigen Hilfe von fachlich ausgebildeten Menschen. Das Burnout-Syndrom hat viele verschiedene Facetten, welche auch verschiedenartig therapiert werden. Eine der besten Therapien, um „Ausbrennern“ zu helfen, stellt für mich Bewegung und Sport dar, da sie auf keine Medikamente zurückgreifen müssen. Die Bewegungstherapie ist somit eine natürliche Heilmethode, die nur den motivierten Willen der PatientInnen zur Genesung benötigt. Es ist bewiesen, dass Sport in der heutigen Gesellschaft eine der wichtigsten Heilmethoden verschiedenster Krankheiten in der Medizin darstellt. Die Bewegungstherapie kann PatientInnen mit psychischen Erkrankungen helfen, wieder zurück in ein normalisiertes Leben zu finden. Sport stellt in meinem Leben eine übergeordnete Rolle dar und hilft mir, aus dem Alltag auszubrechen und eine innere Balance, beziehungsweise Ausgeglichenheit, zu finden. Aufgrund dieses Interesses hat mich das Thema „Bewegungstherapie für stationäre Burnout-PatientInnen“ veranlasst, diesem Phänomen nachzugehen.

Ein herzliches Dankeschön gilt meinen Eltern. Sie haben mir ein sorgenfreies Studieren ermöglicht und mich während des gesamten Studiums tatkräftig unterstützt. Ein ganz besonderer Dank gilt meiner Mutter, die mich zu jeder Zeit meines Bildungsweges motivierte.

Folgend bedanke ich mich bei meiner restlichen Familie und bei meinen Freunden, die während meiner gesamten Studienzeit immer an mich glaubten und mir zu jeder Zeit eine große seelische Stütze waren.

Ein großer Dank gilt auch meinem Betreuer, Herrn Univ.-Prof. Dr. Norbert Bachl, der mich auf der einen Seite immer selbstständig arbeiten ließ, aber mir andererseits volle Unterstützung anbot.

Kurzzusammenfassung

Die Bewegungstherapie wird in der Medizin sehr vielfältig angewandt. In der Psychotherapie kommt der Bewegung eine große Bedeutung zu. In Kliniken mit psychiatrischer Einrichtung findet Bewegungstherapie immer mehr Anklang. Die Anwendung der Bewegung als Therapie verspricht positive Resonanz bezüglich Wirkung und Erfolg für PatientInnen.

Die Themen Burnout und Bewegungstherapie sind bis heute noch sehr wenig erforscht, da die Burnout-Erkrankung ein sehr junges Phänomen darstellt. Deshalb setzt sich die vorliegende Arbeit mit dem Thema *„Bewegungstherapie für stationäre Burnout-PatientInnen“* auseinander. Weiters ist das Burnout-Syndrom laut Weltgesundheitsorganisation (ICD 10) bis heute noch keine definierte Krankheit. Umso schwieriger ist es für Ärzte, die PatientInnen mit dieser Erkrankung einzuweisen. Aufgrund dessen wird meist auf die Diagnose „Depression“ ausgewichen, um die PatientInnen behandeln zu können. Weiters gibt es immer noch keine einheitliche Definition von Burnout, was weitere Schwierigkeiten hervorbringt. Daher wird in der Arbeit zuerst dem Phänomen „Burnout“ nachgegangen.

Umso schwieriger wird es, erfolgreiche und wirkungsvolle Therapien zu finden. Aufgrund der Bandbreite der Symptome des Burnout-Syndroms wurde in der Arbeit versucht, dafür passende Bewegungstherapien, beziehungsweise -pläne zu finden. Das Spektrum der Therapien mit Hilfe von Sport ist in diesem Bereich sehr vielfältig und reicht von konditionellen bis zu koordinativen Fähigkeiten, beziehungsweise Fertigkeiten. Die Therapiepläne sind für unsportliche PatientInnen, HobbysportlerInnen und trainierte SportlerInnen verfasst worden. Sie wurden nach den Trainingsprinzipien für psychisch Erkrankte angepasst, was das Ergebnis der Arbeit darstellt.

Die Arbeit selbst wurde nach einer rein hermeneutischen Methode verfasst.

Abstract

In the field of medicine, the movement therapy is being applied in various ways. Also within psychotherapy the idea of movement gained great importance. This therapy, which promises effectiveness and success, appeals especially to psychiatric establishments. As the burnout syndrome is a very recent phenomenon, this disease as well as the movement therapy are still very little explored. Therefore, this paper deals with "movement therapy for stationary burnout patients". Furthermore, the World Health Organization (ICD-10) has not (yet) defined the burnout syndrome as a disease. This makes it even more difficult for doctors to have patients admitted to the hospital due to this disease. Instead it is common to revert to the diagnosis of "depression", in order to be able to provide the patients with treatment. Moreover, there is still no uniform definition of burnout, which makes the whole issue even more complicated. How can something be explored that is not even defined yet? Hence, this work will first of all deal with the phenomenon of ”burnout" itself.

The more challenging part is to find appropriate therapies. Because of the multitude of symptoms within the burnout syndrome, this paper functions as an attempt to work out adequate movement therapies or movement therapy plans. The range of movement therapies is manifold and reaches from conditional to coordinative abilities or skills. The treatment plans are composed for unathletic patients, amateur sportsmen as well as trained athletes. They have been adapted to the training principles of patients with psychological disorders which constitutes the outcome of this work.
The method used to write this work was merely hermeneutic.

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG 9

1.1 Literatur 9

1.2 Fragestellung 9

1.3 Methode und Gliederung 10

2 BURNOUT-SYNDROM 11

2.1 Zum Begriffsgefüge und Phänomen Burnout 11

2.1.1 Geschichte des Burnout-Begriffs 11

2.1.2 Definitionsschwierigkeiten 14

2.1.3 Definitionsversuche 16

2.1.4 Burnout- Modelle 17

2.2 Symptomatik, Verlauf und Feststellung des Burnouts 22

2.2.1 Burnout-Symptomatik und Verlauf 22

2.2.2 Feststellung des Burnouts 29

2.3 Abgrenzung zu benachbarten Forschungsgebieten 31

2.3.1 Das Symptom „Stress“ 32

2.3.2 Depression 37

2.3.3 Frustration und deren Folgen (Aggression) 37

2.4 Prophylaxe/Behandlung und allgemeine Therapien des Burnouts 38

2.4.1 Prophylaxe/Behandlung des Burnouts 39

2.4.2 Allgemeine medizinische Therapien des Burnouts 46

2.5 Zusammenfassung 48

3 BEWEGUNGSTHERAPIE FÜR DAS BURNOUT-SYNDROM 49

3.1 Zum Begriffsgefüge „Bewegungstherapie – Mototherapie – Sporttherapie – Trainingstherapie“ 49

3.1.1 Der Begriff „Bewegungstherapie“ 49

3.1.2 Der Begriff „Mototherapie“ 51
3.1.3 Der Begriff „Sporttherapie“....52
3.1.4 Der Begriff „Trainingstherapie“....52
3.2 Bewegungs- und Sporttherapie bei psychosomatischen Erkrankungen 53
3.3 Wirkung der Bewegungstherapie 54
3.4 Ziele der Bewegungstherapie 57
3.5 Inhalte/Methoden der Bewegungstherapie 62
3.6 Verschiedene bewegungsbezogene Therapiethemen 65
3.6.1 Ausdauer 65
3.6.2 Kraft....67
3.6.3 Beweglichkeit....68
3.6.4 Koordination 69
3.6.5 Körperwahrnehmung 70
3.6.6 Achtsamkeit....72
3.7 Verschiedene bewegungsbezogene Therapieverfahren....72
3.7.1 Mototherapie....72
3.7.2 Konzentrative und integrative Bewegungstherapie 73
3.7.3 Tanztherapie....75
3.7.4 Entspannungsverfahren....77
3.7.5 Human Flow Therapie 80
3.8 Zusammenfassung....81
4 THERAPIEPLANUNG BEI BURNOUT-PATIENTINNEN 83
4.1 Training bei psychischen Erkrankungen 83
4.2 Grundlagen des Trainings in der Bewegungstherapie 84
4.2.1 Planung der Trainingstherapie....84
4.2.2 Trainingslehre bei Burnout-PatientInnen....86
4.3 Sechs-Wochen-Trainingspläne für Burnout-PatientInnen....90

4.3.1 Trainingsplan für untrainierte Burnout-PatientInnen 90
4.3.2 Trainingsplan für HobbysportlerInnen und trainierte SportlerInnen 131
4.4 Zusammenfassung 194
5 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK 195
5.1 Zusammenfassung 195
5.2 Ausblick 198
6 LITERATURLISTE 199
7 ABBILDUNGSVERZEICHNIS 204
8 TABELLENVERZEICHNIS 205

1 EINLEITUNG

Der Druck auf ArbeiterInnen steigt immer mehr. Viele können diesem Druck nicht mehr standhalten. Sie erkranken oft an einer psychosomatischen Störung namens Burnout. Die Zahl dieser Erkrankungen ist erschreckend, da nicht nur mehr Top-ManagerInnen betroffen sind, sondern auch schon die mittlere Arbeitsschicht. Viele können dadurch ihr Alltagsleben nicht mehr bewältigen, was sogar bis zum Suizid führen kann. Diese Erkenntnis hat mich veranlasst, diesem Phänomen nachzugehen.

1.1 Literatur

In der Arbeit wird die Grundlage die bisherige Literatur zu diesem Thema „Bewegungstherapie für Burnout-PatientInnen“ sein. Nach den 70er Jahren erschien erstmals Literatur zu diesem Thema.

Die ersten ForscherInnen, die sich mit diesem Thema auseinandersetzten, hießen Herbert Freudenberger, Christina Maslach und Ayala Pines. Freudenberger befasste sich zuerst mit dem Syndrom „Burnout“, wohingegen Maslach und Pines einen Fragebogen zur Messung des Syndroms verfassten.

Zur heutigen, modernen Burnout-Forschung zählt Matthias Burisch. Die Arbeit stützt sich auf einige Beiträge von ihm, da er einer der anerkanntesten Forscher zu dieser Zeit zählt ist. Er versuchte dieses Phänomen „Burnout“ wissenschaftlich zu begründen und verfasste daher ein sehr umfangreiches Buch darüber.

Zu den Themen „psychische Erkrankungen“, „Bewegung und Sport“ liegt eine Fülle an Literatur. Jedoch im Bezug auf Burnout und Bewegung gibt es noch fast keine Beiträge. Die Arbeit stützt sich daher auf viele Beiträge zu den Themen „Depression“ und „Bewegung“, da hier schon viel mehr erforscht worden ist und die Symptome jenen des Burnouts sehr ähnlich sind.

In der Arbeit wurden Beiträge zur Bewegungstherapie für psychische Erkrankungen von Hölter, Ziegler, Schüle & Huber und Deimel entnommen.

1.2 Fragestellung

Die Ergebnisse dieser Arbeit sollen sich an folgende Fragestellungen orientieren: Welche Therapieformen für Burnout-PatientInnen sind am wirksamsten? Welche bewegungsbe-

zogenen Therapien und Therapiepläne können für Burnout-PatientInnen eine nahezu heilende Wirkung erzeugen?

Das Ziel dieser Arbeit ist, verschiedene bewegungsbezogene Therapiethemen und Therapieverfahren aus der Literatur herauszugreifen und in Therapiepläne für Burnout-PatientInnen, die 6 Wochen dauern, einzubauen. Ein wichtiger Teilbereich dieser Arbeit ist die bewegungsbezogene Therapieform „Human-Flow Therapie“, welche Kraft, Kondition und geistige Vitalität (Bsp. Yoga, Meditation) steigert.

1.3 Methode und Gliederung

Die Diplomarbeit basiert auf einer rein hermeneutischen Methode, mithilfe dieser verschiedene Teilbereiche der Literatur zusammengefasst werden. Die Hermeneutik besteht aus drei Bereichen: kundgeben, übersetzen und interpretieren.

Im Kapitel 2 wird dem Phänomen Burnout nachgegangen. Zuerst wird die Geschichte des Burnout-Syndroms dargestellt. Weiters werden die Begriffe Burnout, Symptomatik, sowie Abgrenzung zu benachbarten Forschungsgebieten und Prophylaxe/Behandlung und allgemeine Therapien zum Thema „Burnout“ in diesem Kapitel behandelt.

Im nächsten Kapitel 3 wird auf die grundlegenden, bewegungsbezogenen Therapiethemen und Therapieverfahren, die für Burnout-PatientenInnen geeignet sind, eingegangen. Zuerst werden die Begriffe, wie Bewegungstherapie, Mototherapie, Sporttherapie und Trainingstherapie näher beschrieben. Danach wird auf die Wirkung, die Ziele und die Inhalte/Methoden der Bewegungstherapie eingegangen. In den letzten beiden Abschnitten dieses Kapitels werden die bewegungsbezogenen Therapiethemen und Therapieverfahren näher beschrieben.

Im Kapitel 4 wird speziell auf die Therapieplanung für Burnout-PatientInnen eingegangen. Zuerst befasst sich dieses Kapitel mit dem Training psychischer Erkrankungen. Danach soll die Therapieplanung der Bewegungstherapie näher erläutert werden. Folgend wird die Trainingslehre nochmals kurz erwähnt, um die Therapiepläne für Burnout-PatientInnen verständlicher zu machen. Zum Schluss werden drei bewegungsbezogene Therapiepläne für Untrainierte, HobbysportlerInnen und trainierte SportlerInnen, die Burnout haben, verfasst.

Das letzte Kapitel 5 stellt eine Zusammenfassung und einen Ausblick der Arbeit dar.

2 BURNOUT-SYNDROM

Um einen Einblick in das umstrittene Burnout-Syndrom zu bekommen, wird zunächst im Kapitel „Zum Begriffsgefüge Burnout“ auf die Entdeckungsgeschichte des Burnouts eingegangen. Darüber hinaus befasst sich das Kapitel mit den unterschiedlichen Auffassungen bezüglich der Definition „Burnout“ und warum dies zu Definitionsproblemen führt. Das Burnout-Syndrom weist verschiedene Burnout-Konzepte auf, welche kurz erläutert werden.

In den letzten zwei Kapiteln wird auf die Symptomatik, den Verlauf, die Pathogenese und auf die allgemeinen Präventionen, Behandlungen und Therapien des Burnout-Syndroms eingegangen.

2.1 Zum Begriffsgefüge und Phänomen Burnout

2.1.1 Geschichte des Burnout-Begriffs

Die Definition des Burnouts ist sehr schwer zu erfassen, da dieses von verschiedenen Autoren immer wieder anders dargestellt wurde. Um vertrauter mit den ständig wechselnden Bedeutungen des Begriffes zu werden, wird ein Blick in die Vergangenheit gemacht.

Frau Scharnhorst (2012, S. 11-12) erwähnt in ihrem Buch, dass auch Moses vermuten lässt, von Burnout betroffen gewesen zu sein:

> *„Da sprach der Schwiegervater Moses zu ihm: Die Sache ist nicht gut die du tust; du wirst ganz erschlaffen, sowohl du, als auch dieses Volk, das bei dir ist; denn die Sache ist zu schwer für dich, du kannst sie nicht allein ausrichten.“* (2. Mose 18, 17 – 18; zit. n. Scharnhorst, 2012, S. 11-12)

Shakespare (1940, zit. n. Jerich, 2008, S.17) verwendete erstmals 1599 den Begriff „to burn out“ in seinem Werk „*The Passionate Pilgrim*“ und meinte: „*She burnt with loue, as straw with the fire flameth, She burnt out lou, as soon as straw out burneth...*“ Ab diesem Zeitpunkt wurde dieser Begriff, „to burn out“, in unterschiedlichsten Kreisen verwendet (Jerich, 2008, S. 17).

Weiters behaupten viele Menschen, dass Burnout eine Modeerscheinung ist. Doch ForscherInnen davor, die sich mit dem Thema auseinandersetzten, widerlegen diese Vorurteile. Die Symptome wurden beispielsweise schon vor 100 Jahren unter einem anderen

Begriff „*Neurasthenie*“ erklärt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) listet heute noch Symptome der Neurasthenie auf, die dem jetzigen Burnout sehr ähnlich sind. Diese sind: geistige Ermüdbarkeit, Erschöpfung, Schlafstörungen und Unfähigkeit, sich zu entspannen. Somit kann Burnout kein neuer Modetrend sein. Das einzig Neue sind die enormen Zunahmen von Burnout-PatientInnen in den letzten 30 Jahren (Hedderich, 2009, S. 13).

Frau Scharnhorst schreibt folgend in ihrer Literatur, dass auch der Autor Graham Greene das Burnout erklärte. Er verfasste 1960 einen Roman und schrieb über einen Mann, welcher sein Leben als sinnlos empfindet. Aufgrund dieser Sinnlosigkeit lässt er ein Krankenhaus für Leprakranke in Afrika erbauen (Scharnhorst, 2012, S. 11-12).

Grundsätzlich meinen Rösing und Rook (1998 & 2003; zit. n. Hedderich, 2009, S. 16), dass die Burnout-Forschung in die Pionierphase und in die empirische Phase unterteilt wird. Weiters behauptet Schmid (2003, zit. n. Haubenberger, 2008, S. 16), dass es noch die Methodenintegrationsphase des Burnouts gibt. Die Pionierphase in den 1970er-Jahren setzt sich mit dem Entdecken und Erklären des Burnouts auseinander. Später, in den 1980er-Jahren, war das Erforschen mit Hilfe von qualitativen und empirischen Untersuchungen charakteristisch, was als empirische Phase bezeichnet wird. In der Mitte der 90er Jahre passiert eine Wende der Burnout-Forschung, die sich Methodenintegration nennt. Hier vereinnahmt die Forschung die unterschiedlichen Theoriemodelle, welche vor allem auf erfolgreiche Bewältigung der Symptomatik Burnout abzielen. Resultierend wird ebenfalls auf wissenschaftliche und qualitative Methoden zurückgegriffen (Hedderich, 2009, S.16 – 17 & Haubenberger, 2008, S. 16).

Burisch, Rook und Rösing (2006, 1998 & 2003; zit. n. Hedderich, 2009, S. 13) meinen, dass sich diese Phasen der Entdeckungsgeschichte des Begriffs „Burnout“ auf hauptsächlich drei Personen zurückführen lassen. Die bekanntesten ForscherInnen heißen Herbert J. Freudenberger, Christina Maslach und Cary Cherniss. Diese drei Personen betrieben Forschung diesbezüglich und gehörten großteils zur Pionierphase. Sie werden nun näher beschrieben:

Der Psychoanalytiker und „Gründervater“ der Burnout-Forschung, Herbert Freudenberger aus Amerika, wurde in Deutschland geboren und verfasste 1974 seinen ersten Artikel mit der Überschrift „*Staff Burn-out*“ (Freudenberger, 1974). Darin schrieb er seine eigenen Erfahrungen, die er selbst mit Burnout machte, auf. Er verbrachte sehr lange Arbeitstage und arbeitete noch zusätzlich ehrenamtlich in der Drogen- und Obdachlosenhilfe. Er beobachtete bei sich selbst Tendenzen der Müdigkeit und Kraftlosigkeit, die er mit „*burn-out*“ bezeichnete. Problematische Personengruppen sind für Freudenberger vor allem Men-

schen mit hohen Erwartungen an sich selbst. Weiters gab er einen Zusammenhang mit Burnout und sozialen Tätigkeiten an, weshalb er später die Personengruppe ausweitete.

Die Sozialpsychologin Christina Maslach wurde ein Jahr später aufgrund ihrer forschungsmethodischen Tätigkeiten über Burnout bekannt. Sie entwickelte in Kalifornien an der Universität ein Messinstrument zur Erfassung des Burnout-Syndroms, dass sich „*Maslach Burnout Inventory*“ (MBI) (Maslach & Jackson, 1981) nennt und heute noch die meiste Anwendung in der Burnout-Forschung findet. Dieser Fragebogen war der erste, wodurch der Zustand der totalen, inneren Erschöpfung gemessen wird.

Grundsätzlich unterscheiden sich Freudenberger und Maslach in ihrer Forschung. Freudenberger konzentrierte sich auf die Merkmale der Persönlichkeiten und Maslach beobachtete die Zusammenhänge der Arbeitsumwelt und -bedingungen. Zur selben Zeit erstellte auch Ayala Pines einen wissenschaftlichen Test, namens „*Tedium Measure*“, der sich aber weniger etablierte als der von Maslach (Hedderich, 2009, S. 13-15; Scharnhorst, 2012, S.12 & Burisch, 2010, S. 15).

Der nächste wichtige Burnout-Forscher ist Cary Cherniss, der an der Rutgen-Universität in Amerika arbeitete. Er hingegen befasste sich nicht nur mit dem Stress, sondern berücksichtige dabei auch den kulturellen Wandel. Seine transaktionale Burnout-Definition ist eine Interaktion zwischen Umwelt und Individuum, welche aus drei Stufen besteht:

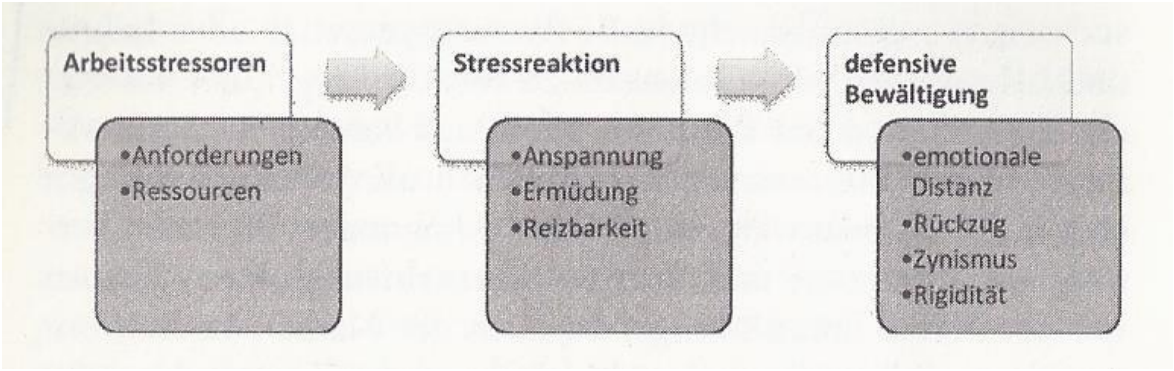


Abbildung 1: Transaktionale Burnout-Definition von Cherniss (1980; mod. n. Hedderich, 2009, S. 16)

In der Abbildung 1 beschreibt Cherniss seine transaktionale Burnout-Definition, weshalb es seiner Ansicht nach zum Burnout kommen könnte. Die erste Stufe nennt er Arbeitsstressoren. Dies sind für ihn hohe Anforderungen während der Arbeit, die einen Dauerstress auf die betroffenen Personen bewirken können. Ihr Körper reagiert emotional mit Anspannung, Ermüdung oder Reizbarkeit durch die Arbeit, was die zweite Stufe „die Stressreaktion“ darstellt. Die letzte Stufe nennt sich „defensive Bewältigung“, die mit ei-

nem Rückzug, mit emotionaler Distanz, mit Zynismus oder mit Rigidität kompensiert wird. Anders als bei Maslach führt Cherniss mit Hilfe von Tiefeninterviews Längsschnitterhebungen durch. Er nimmt vor allem den Berufseinstieg bei sozialen Berufen ins Visier, da dieser Übergang von der Theorie in die Praxis sehr vielen schwer fällt. Weiters hat Cherniss herausgefunden, dass Personen, die sich mit ihrer Arbeit identifizieren können, über eine höhere Stressresistenz verfügen und sich somit besser vor der Burnout-Symptomatik schützen können (Hedderich, 2009, S. 15-16).

Heute ist Burnout laut Weltgesundheitsorganisation in der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen“ (ICD 10) noch keine definierte Krankheit. In diesem Katalog kommen alle Krankheiten vor, die von den Krankenkassen bezahlt und behandelt werden dürfen (Scharnhorst, 2012, S. 13). Im ICD 10 gibt es nur zwei Verweise zu Burnout, nämlich den „Zustand der totalen Erschöpfung“ und „Ausgebrannt sein“. Diese Verweise gehören zum Abschnitt Z 73 mit der Überschrift „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“. Aufgrund dieser Zuordnung ist Burnout nur eine Rahmen- oder Zustandsdiagnose, die nicht von Ärzten behandelt wird. Aus medizinscher Sicht wird meistens auf die Diagnose „Depression“ ausgewichen (Hedderich, 2009, S. 10 & Krause, 2011, S. 2).

2.1.2 Definitionsschwierigkeiten

Das größte Hindernis für die Burnout-Forschung stellt die laut Literatur nicht einheitliche Definition dar. Meist sind die Bezeichnungen entweder zu umfangreich oder zu spezifisch beschrieben (Scharnhorst, 2012, S. 11 & Burisch, 2010, S. 14).

Burisch (2010, S. 14) meint über die Definitionsprobleme des Burnout-Syndroms:

> „*Man mag sich wundern, wie denn unter diesen Umständen überhaupt so etwas wie eine Burnout-Forschung möglich war – wie kann man etwas erforschen, das noch gar nicht definiert ist?*“

Die meisten AutorInnen oder ForscherInnen beziehen sich zunächst auf ihre eigenen Definitionen oder auf die der bekannten ForscherInnen, wie zum Beispiel auf Freudenberger oder Maslach. Das bemerkenswerte daran ist, dass die Definitionen der bekannten Autoren meist nicht übereinstimmen, was wiederum die Definitionsprobleme bestätigt.

Im Jahr 1990 schlägt Burisch (2010, S. 14) am Krakauer Kongress ein Forschungsprojekt zur Lösung der Definitionsprobleme vor. Aufgrund mangelnden Interesses seitens ForscherInnen scheitert das Projekt schon von Beginn an.

Folgend schreibt Burisch (2010, S. 15) in seiner Literatur, dass die Definitionsschwierigkeiten vor dem „MBI“ wahrscheinlich noch weniger problematisch waren. Wie schon in der Geschichte des Burnouts erwähnt, verfasste Maslach das „Maslach Burnout Inventory (MBI). Schwierig ist nun, aufgrund dieses einzigen Fragebogens, der sich etablierte, dass jede/r ab diesem Zeitpunkt forschen konnte, ohne eine einheitliche Definition zu haben.

Das Burnout-Syndrom stößt auf viele weitere Themenbereiche (siehe Abbildung 2). Wie zum Beispiel auf Stress, Demotivation, Arbeitsunzufriedenheit, Leistungsabfall oder auf Erschöpfung, was zu weiteren begrifflichen Unklarheiten führt. Scharnhorst (2012, S. 14) schreibt in ihrem Buch: „*Wo hört eine „normale“ Stressbelastung auf und wo fängt ein Burnout an?*“ Und genau diese Schwierigkeit kann niemand beantworten.

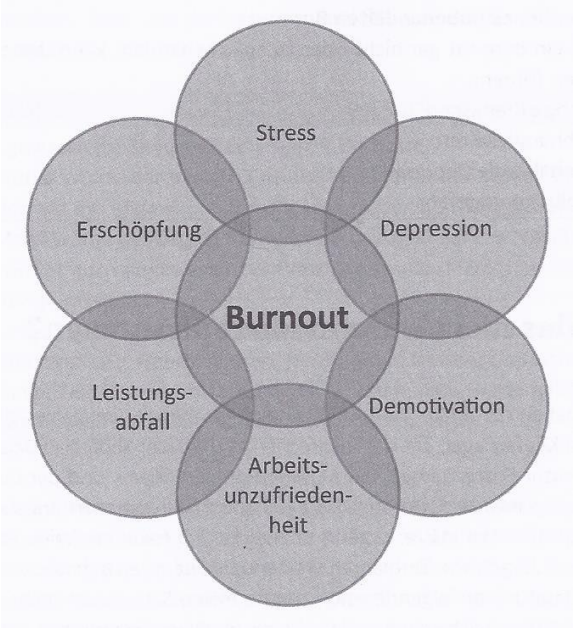


Abbildung 2: Die Überschneidungen des Burnouts (mod. n. Scharnhorst, 2012, S. 15)

Aufgrund dieser vielen Überschneidungen kommt es auch zu einer mangelnden Abgrenzung durch Ärzte. Und somit werden eigentliche Burnout-PatientInnen mit der Krankheit „Major Depression mittelgradig“ eingewiesen (Scharnhorst, 2012, S. 17).

In manchen Punkten gibt es aber auch Einigkeit über den Burnout-Begriff, schreibt Burisch (2010, S. 16) in seiner Literatur. ForscherInnen einigen sich auf drei Kernsymptome des Burnouts: auf emotionale Erschöpfung, auf Depersonalisation und auf die Leistungsunzufriedenheit. Ein Grund dafür, dass beim MBI die Skalen danach angelegt sind. Burnout ist ein sozialpsychologischer Begriff von hoher gesellschaftlicher, praxisorientierter Bedeutung (Hedderich, 2009, S. 10). Enzmann und Kleiber (1990; zit. n. Haubenberger, 2008, S. 7) schreiben auch über Einigkeiten von ForscherInnen, was Burnout-Individuen

betrifft. Des Weiteren handelt es sich um ein psychisches Ereignis und Burnout stellt ein negatives Geschehen für die Individuen dar.

2.1.3 Definitionsversuche

Nun soll ein Einblick in die verschiedenen Definitionen gegeben werden.

Eine der anerkanntesten Burnout-Definitionen von Schaufeli und Enzmann erwähnt Scharnhorst (2012, S. 13) in ihrer Literatur:

> *Burnout ist ein dauerhafter, negativer, arbeitsbezogener Seelenzustand ‚normaler´ Individuen. Er ist in erster Linie von Erschöpfung gekennzeichnet, begleitet von Unruhe und Anspannung (distress), einem Gefühl verringerter Effektivität, gesunkener Motivation und der Entwicklung dysfunktionaler Einstellungen und Verhaltensweisen bei der Arbeit. Diese psychische Verfassung entwickelt sich nach und nach, kann dem betroffenen Menschen aber lange unbemerkt bleiben. Sie resultiert aus einer Fehlpassung von Intentionen und Berufsrealität. Burnout erhält sich wegen ungünstiger Bewältigungsstrategien, die mit dem Syndrom zusammenhängen, oft als aufrecht."* (Schaufeli & Enzmann, 1998, S. 36; zit. n. Scharnhorst, 2012, S. 13)

Zwar ist diese Definition sehr umfangreich und elaboriert, jedoch ist hier nicht klar, ob die Erschöpfung das Wesentliche für eine Diagnose darstellt, beziehungsweise welche Begleitsymptome das Burnout mit sich bringt. Mit welcher Stärke muss die Erschöpfung vorhanden sein, dass man von Burnout sprechen kann? Warum sprechen Enzmann und Schaufeli nur von Berufsrealität, wenn es auch Arbeitslose betreffen kann? Burisch meint, dass diese Definition viele Fragen hinterlässt, obwohl sie sehr umfangreich ist (Burisch, 2010, S. 19 & Hedderich, 2009, S. 11-12).

Eine weitere Definition, die sich auf Klienten oder Helfer konzentrierte, verfasst Maslach, die Burisch (2010, S. 17) in sein Buch schreibt:

> *„ein Syndrom emotionaler Erschöpfung, Depersonalisation und persönlicher Leistungseinbußen, das bei Individuen auftreten kann, die in irgendeiner Art mit Menschen arbeiten. Es ist eine Reaktion auf die chronische emotionale Belastung, sich andauernd mit Menschen zu beschäftigen, besonders, wenn diese in Not sind oder Probleme haben"* (Maslach, 1982 a; zit. n. Burisch, 2010, S. 17).

Einige andere ForscherInnen konzentrieren sich auf den „Zustand“, einen Umstand den man haben kann oder auch nicht, wie zum Beispiel „Schwangerschaft“. Wann jedoch dieses Stadium „Burnout“ erreicht wird, ist bei den folgenden Begriffsbestimmungen nicht klar. Die Definitionen sind von Ayala, Pines und Elliot Aronson und von Freudenberger und Richelson:

> „*ein Zustand psychischer, emotionaler und mentaler Erschöpfung aufgrund langanhaltender Einbindung in emotional belastende Situationen“* (Ayala, Pines & Elliot Aronson, 1988; zit. n. Burisch, 2010, S. 18);
>
> „*ein Zustand der Ermüdung oder Frustration, herbeigeführt durch eine Sache, einen Lebensstil oder einer Beziehung, die nicht die erwartete Belohnung mit sich brachte“* (Freudenberger & Richelson, 1980; zit. n. Burisch 2010, S. 18).

Diese beiden Aussagen der ForscherInnen enthalten Angaben zur Verursachung des Syndroms. Das wäre ja grundsätzlich kein Problem, aber es gibt viele verschiedene Auslöser der Erkrankung, welche noch erforscht werden müssen (Burisch, 2010, S. 18).

Eine letzte Veranschaulichung des Burnouts, die Cary Cherniss als Prozess sieht, schreibt Burisch (2010, S. 19) in seine Literatur:

> „*ein Prozess, in dem sich ein ursprünglich engagierter Mitarbeiter von seiner Arbeit zurückzieht, als Reaktion auf Beanspruchung und Belastung im Beruf“* (Cary Cherniss, 1980; zit. n. Burisch, 2010, S. 19)

Folgend bezieht sich Cherniss in seiner Definition nur auf den Beruf, wobei Burnout auch anderweitig ausbrechen kann, wie zum Beispiel im Sport, beziehungsweise im Spitzensport. Resultierend passiert das „Ausbrennen“ auch nicht über Nacht, da es einen langwierigen Prozess darstellt.

Einige ForscherInnen sind der Meinung, dass die ausführlichste Definition von Schaufeli und Enzmann verfasst wurde (siehe oben). Bei fast allen Begriffsbestimmungen tritt das Wort „Erschöpfung“ auf, welches eine der wichtigsten Zustandsbeschreibungen darstellt.

2.1.4 Burnout- Modelle

Vier bedeutende Burnout-Konzepte von Freudenberger, Maslach, Cherniss und Pines werden nun näher dargestellt.

Freudenberger erweitert den Begriff „Burnout“ und bezieht sich dabei nicht nur auf den Beruf, sondern auch auf andere Lebensbereiche. Burisch (2010, S. 50) schreibt in seinem

Buch: „*Burnout wird hervorgerufen, wenn sich der Betroffene auf einen Fall, eine Lebensweise oder eine Beziehung einlässt, die den erwarteten Lohn nicht bringt*“ (Freudenberger & Richelson, 1980, S. 34; zit. n. Burisch, 2010, S. 50). Meist sieht die Realität anders aus als die Erwartung und dies könnte laut Freudenberger Burnout hervorrufen. Er skizziert auch, dass diese Personen oft hohe Anstrengungen auf sich nehmen, um ein Ziel zu erreichen, ohne je sich selbst etwas zu gönnen. Dabei können Probleme auf drei verschiedene Arten entstehen:

- Die Ziele werden entweder zu hoch gesteckt, dass sie gar nicht erreicht werden können oder der Person nicht mehr ausreichen.
- Anschließend sind die Ziele meist nicht selbstbestimmt, sondern fremdbestimmt, welche der Person schlussendlich keine Befriedigung verschaffen.
- Ein realistisches Ziel wird mit unrealistischen Belohnungserwartungen verknüpft, die nicht einzulösen sind.

Freudenberger interpretiert seine Formulierungen mit Hilfe seiner eigenen Fälle, die er erlebte. Er skizziert zuerst ein Prinzip und danach versucht er, dies mit einem Beispielfall zu analysieren. Oft gibt es jedoch keinen logischen Zusammenhang zwischen den Prinzipien und den Fallbeispielen, was dann völlig unklar bleibt. Wie schon oben erwähnt, ist Freudenberger der „*Gründervater*“ der Burnout-Forschung. Weiters gab er auch den Startschuss zur ersten Phase dieser Forschung, die „*feuilletonistische*“ heißt (vgl. Burisch, 2010, S. 50-51).

Darauffolgend werden *Maslach* und *Pines* beschrieben, die Burisch als die beiden „*Gründermütter*“ von Burnout bezeichnet. Nun wird die feuilletonistische Phase von der empirischen Phase abgelöst, welche eng mit diesen beiden Namen, Maslach und Pines, verbunden ist. Zuerst verfassten sie gemeinsam ihre erste empirische Arbeit und danach trennten sich ihre Wege. Mit Beginn der 80er Jahre veröffentlichte jede ihr erstes Buch. Meist wurden ihre Aufsätze über das umstrittene Thema Burnout von Herausgebern einer Fachzeitschrift abgelehnt. Aufgrund dessen war es zu Beginn schwierig als AutorIn dieser „Pop-Psychologie“. Diese Einstellung änderte sich schnell, da Maslach viel veröffentlichen konnte und 1981 gemeinsam mit Susan E. Jackson das MBI konstruierte. Maslach erweiterte das Burnout-Phasenmodell von Freudenberger und stellte gemeinsam mit Jackson ein dreistufiges Phasenmodell zusammen (siehe Abb. 3).

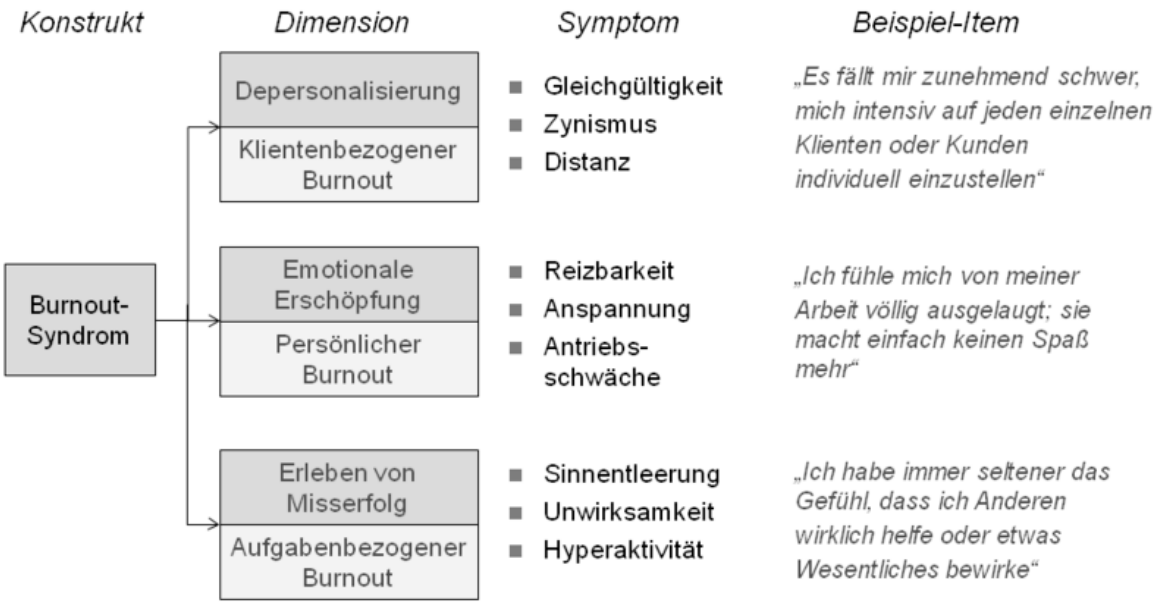


Abbildung 3: Symptome des Burnouts nach Maslach und Copenhagen Burnout-Inventory – MBI und CBI (mod.n. Maslach, 2001, zit. n. Krause, 2011, S.4)

Diese Abbildung 3 lässt sich folgendermaßen zusammenfassen:

- *Erstes Kernsymptom:* Emotionale Erschöpfung („*ich kann nicht mehr*“)

  Berufliche Helfer müssen oft hohe Belastungen aushalten, welche zusätzlich nie belohnt werden. Die Personen haben nie Erfolgserlebnisse. Es kommt zu einer andauernden beruflichen Überforderung, was zu einer psychophysischen und emotionalen Erschöpfung führt.

- *Zweites Kernsymptom:* Depersonalisation („*will niemanden mehr sehen*“)

  Darauf folgen Abwehr- und Schutzreaktionen. Das stellt eine Distanzierung zu den KlientenInnen und KollegenInnen dar. Folgend kommt es zu einem Verlust von positiven Gefühlen, was zu Verbitterung oder zu Schuldzuweisungen führen kann.

- *Drittes Kernsymptom:* Leistungsunzufriedenheit

  Dies führt zu Konzentrationsschwächen. Im Weiteren werden die Erfolgserlebnisse gemindert. Auch die Kreativität und Handlungskompetenz verringern sich (Burisch, 2010, S. 51 – 53 & Kapfhammer, 2012, S. 1276-1277).

Vorerst waren ForscherInnen der Überzeugung, betroffene Burnout-PatientenInnen kämen nur aus Helferberufen. Diese These widerlegt Pines mit der Feststellung, dass es auch Tendium- (Überdruss) PatentInnen gibt, welche auch aus anderen Berufen stam-

men. Maslach erwähnt in ihrem neuesten Buch auch JuristenInnen, BankerInnen und Computerfachleute, wie auch Ärzte/innen, Schwestern/Pfleger und SozialarbeiterInnen. Nun wird Maslach`s Burnout als universelles Phänomen angesehen.

Fraglich ist nun, auf welche Einflussfaktoren das Phänomen „Burnout" zurückzuführen ist? Ist es auf das Individuum zurückzuführen oder auf die Organisation der Arbeit? Fünfzehn Jahre später wird diese Frage eindeutig. Maslach glaubt, dass die Ursache nicht in der Persönlichkeit eines Individuums liegt, sondern auf den Schultern einer Organisation. Freudenberger hingegen konzentriert sich völlig auf das Individuum selbst (Burisch, 2010, S. 51-53).

Im neuesten Buch „Die Wahrheit über Burnout" von Maslach, dass sie gemeinsam mit Leitner schrieb, stehen sechs Faktoren, die Burnout verursachen können:

- *Arbeitsüberlastung*
- *Mangel an Kontrolle*
- *Ungenügende Belohnungen*
- *Zusammenbruch des Gemeinschaftsgefühls*
- *Mangelnde Gerechtigkeit (fairness)*
- *Wertkonflikte* (Maslach & Leitner, 1997, S. 38; zit. n. Burisch, 2010, S. 53)

Dieses Buch zeigt schon eindeutig Fortschritte, da es nicht mehr Entspannungstechniken empfiehlt, sondern auch Rezepte für Organisationsentwicklungen.

Pines hingegen überlegt sich ein Stressmodel, dass nur wenige Stationen aufweist und Burisch (2010, S. 73-74) meint: „*Wenn Ziele und Erwartungen auf stressreiche Umgebungen treffen, dann führt das dazu, dass Ziele und Erwartungen nicht erfüllt werden*". Pines sagt hingegen, wenn diese Erwartungen nicht erfüllt werden, geht es zur nächsten Station „*Fehlschlag*" und danach zu „*Burnout*". Burnout hat man oder nicht. Der einzige Weg, Burnout nicht zu bekommen laut Pines, würde über Erfolg oder Zielerreichung führen, was laut Burisch zu sehr vereinfacht ist. Burisch stört die Aussage „*vom Brennen vor dem Ausbrennen*" von Pines. Ein Mensch braucht Anfangsmotivation, um eine Krise des Burnouts oder der Ermüdung zu bekommen. Dieses Problem ist jedoch widerum eine Definitionssache (Burisch, 2010, S. 74).

Als vierter wichtiger Burnout-Forscher werden *Cary Cherniss* und sein Konzept vorgestellt. Er beginnt 1973 in seinem ersten Job als *„Assistant Professor"* an der Universität von Michigan ein einmaliges Projekt zur Burnout-Forschung. Die Ergebnisse dieses Projekts sind im Wesentlichen empiriegestützt. Seine Erhebungsverfahren der Daten sind

Interviews und keine Fragebögen. Er hat nur eine kleine Stichprobe von 28 Personen zur Verfügung, die er sechsmal befragt. Die befragten Personen sind akademisch gebildete BerufsanfängerInnen, Armenanwälte/innen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen und Gemeindeschwestern/-pfleger. Nach drei Jahren erst wird er mit der Transkription aller aufgenommenen Interviews fertig. Zwei Jahre später veröffentlicht er zwei Bücher darüber. Sein Ergebnis gibt er in seinem „Modell“ (siehe Abb.: 4) wieder, welches acht verschiedene Burnout-Verursacher einer Arbeitsumgebung beinhaltet:

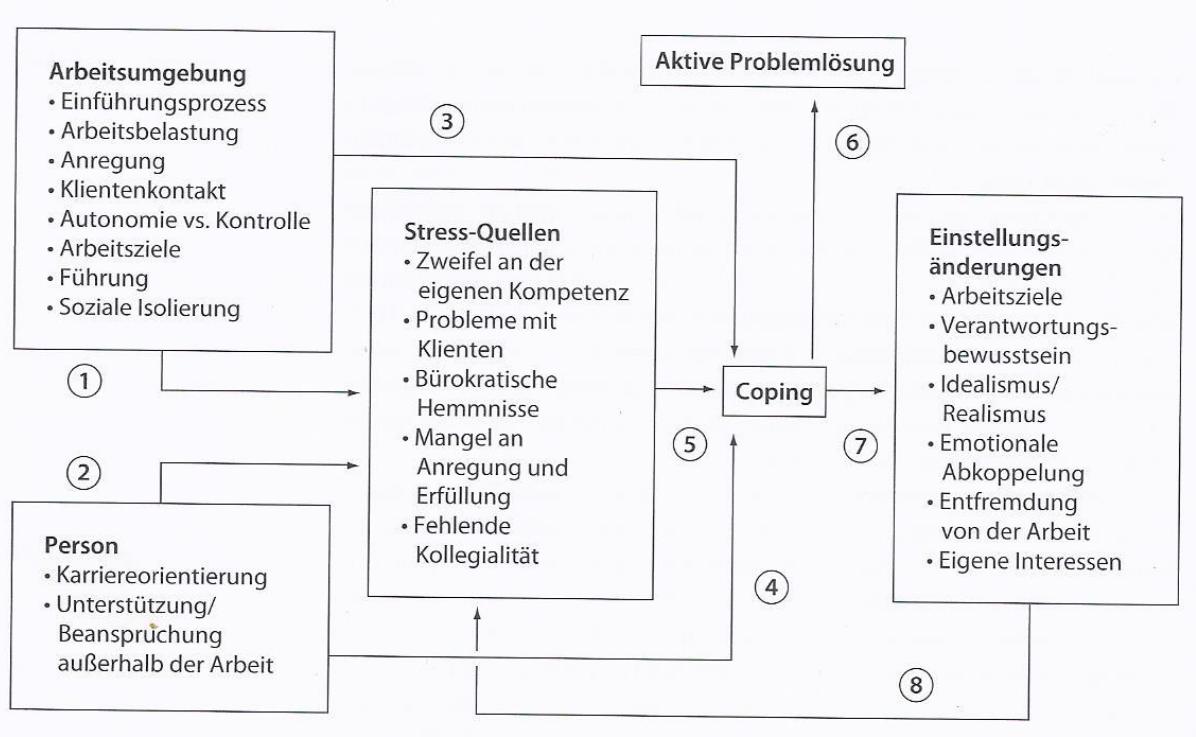


Abbildung 4: Cherniss Burnout-Modell (1980; mod. n. Burisch, 2010, S. 66)

In der Abbildung 4 ist zu sehen, wie eine Arbeitsumgebung (Pfeil 1) und schlechte persönliche Strukturen (Pfeil 2) zu Stress (Pfeil 3) führen können. Für Cherniss sind Stress-Quellen: Zweifel an der eigenen Kompetenz, Probleme mit KlientenInnen, bürokratische Hemmnisse, Mangel an Anregung und Erfüllung und fehlende Kollegialität. Von diesen drei ersten Stationen (Pfeile 3, 4 und 5) werden als nächstes verschiedene Bewältigungsstrategien ausgelöst, was sich Coping nennt. Im besten Fall kommt es zur aktiven Problemlösung (Pfeil 6). Im schlechtesten Verlauf misslingen diese Bewältigungsversuche oder werden erst gar nicht probiert. Das führt dann zu Pfeil 7, zu Einstellungsänderungen, die laut Cherniss Burnout-Symptome sind. Zwei Jahre später interviewt Cherniss nochmals die InterviewpartnerInnen. Er stellt fest, dass von den 26 Biographien nur noch zehn

der Befragten im öffentlichen Dienst arbeiten. Die am Anfang des Projekts am stärksten ausgebrannt erschienen Personen, haben danach ihr Leben sehr gut wieder im Griff.

Burisch Kritik an Cherniss ist, dass er eine zu geringe Stichprobe für seine qualitativen Untersuchungen hat (Burisch, 2010, S. 64-73).

2.2 Symptomatik, Verlauf und Feststellung des Burnouts

2.2.1 Burnout-Symptomatik und Verlauf

Zahllose Bücher sind über die Burnout-Symptomatik und den Verlauf dieser Stresserkrankung erschienen. Einige Autoren haben ähnliche Ansichten der Symptome, andere wiederum widersprechen sich oder vermischen sich. Burisch listet in seinem Buch „Das Burnout-Syndrom“ 130 Symptome (siehe Tab. 1) auf. Christina Maslach hingegen beschreibt die drei Kernsymptome des Burnouts, die auch bei vielen weiteren Fachleuten akzeptiert werden. Die drei Kernsymptome wurden, wie oben genannt, im Kapitel „Burnout-Modelle“ näher erläutert. Michael Waadt und Jens Acker (2013, S. 31) berichten in ihrer Literatur über folgende Symptome von Betroffenen:

- *„Erschöpfung*
- *Müdigkeit*
- *Verringertes Einfühlungsvermögen*
- *Gleichgültigkeit*
- *Gefühl von weniger Kontrolle (im eigenen Umfeld)*
- *Gefühl von Versagen*
- *und Schlafstörungen“.*

Diese Liste der Burnout-Symptome trägt zum Verständnis bei, aber dies heißt nicht, dass der/die Betroffene auch Burnout hat. Die Symptome lassen sich nicht messen, sondern beruhen auf einer rein subjektiven Wahrnehmung. Aus diesem Grund ist Burnout ein Prozess, der schleichend in das Leben kommen kann und kein Suchen nach typischen Symptomen ist. Weiters ist zu beachten, dass Erschöpfung oder andere Symptome viele andere Ursachen haben können und nicht immer auf Burnout zurückzuführen ist. Zuerst sollte aus medizinischer Sicht geklärt werden, warum jemand dauernd erschöpft oder müde ist. Gründe könnten zum Beispiel Blutarmut, Eisenmangel, Unterfunktion der Schilddrüse, Schwäche des Herzmuskels oder etwas anderes sein. Wenn keine körperlichen

Ursachen gefunden wurden, folgen erst psychische Erklärungsmodelle (Waadt & Acker, 2013, S. 31-32).

Für diese Belege benötigt man typische Kennzeichen des Ausbrennens, den sogenannten Verlauf von Stadien, die immer belastender werden, bis Burnout daraus resultiert. Folgend sind sich die Wissenschaftler einig, dass der Prozess „Burnout" in verschiedenen Stufen beziehungsweise Stadien abläuft, die zeitlich nacheinander ablaufen. Zu Beginn eines Burnouts steht zu viel Engagement, was Vollmer (1996, S. 49) folgendermaßen beschreibt: „Die *„Flamme" brennt stark und hell doch allmählich wird sie kleiner und erlöscht schließlich – ist „ausgebrannt""* (Vollmer, 1996, S.48-49).

Nun werden zwei verschiedene Verläufe des Burnout-Prozesses von drei bekannten Burnout-Forschern beschrieben.

Freudenberger und North gliedern den Prozess in 12 Stadien, die zum Burnout führen:

„1. Der Zwang, sich zu beweisen
2. Verstärkter Einsatz
3. Subtile Vernachlässigung eigener Bedürfnisse
4. Verdrängung von Konflikten und Bedürfnissen
5. Umdeutung von Werten
6. Verstärkte Verleugnung der aufgetretenen Probleme
7. Rückzug
8. Beobachtbare Verhaltensänderungen
9. Depersonalisation/Verlust des Gefühls für die eigene Persönlichkeit
10. Innere Leere
11. Depression
12. Völlige Burnout-Erschöpfung" (Freudenberger & North, 1995; zit. n. Vollmer, 1996, S. 50-51).

Diese Stadien müssen bei einem Burnout nicht nacheinander eintreten. Sie können auch abwechselnd auftreten. Einige Symptome können gleichzeitig auftreten oder sie vermischen sich gänzlich. North und Freudenberger sagen, dass die Intensität und die Dauer der einzelnen Stadien von der jeweiligen Persönlichkeit, der individuellen Situation oder der Vorgeschichte der betroffenen Person abhängen (Vollmer, 1996, S.50-51).

Eine andersartige gute Beschreibung des Burnout-Syndroms mit seinen typischen Phasen gibt das Modell von Matthias Burisch wieder (siehe Tab. 1). Er selbst erwähnt wieder, dass diese Symptome nicht alle auftreten müssen, beziehungsweise nicht nacheinander

folgen müssen. Jedoch behauptet er, je zahlreicher die Symptome auftreten, desto eher ist man von Burnout betroffen (Vollmer, 1996, S.51).

Burnout-Symptomatik

1. Warnsymptome der Anfangsphase
   a) Überhöhter Energieeinsatz
      - Hyperaktivität
      - Freiwillige unbezahlte Mehrarbeit
      - Gefühl der Unentbehrlichkeit
      - Gefühl, nie Zeit zu haben
      - Verleugnung eigener Bedürfnisse
      - Verdrängung von Misserfolgen und Enttäuschungen
      - Beschränkung sozialer Kontakte auf Klienten
   b) Erschöpfung
      - Nicht Abschalten können
      - Energiemangel
      - Unausgeschlafenheit
      - Erhöhte Unfallgefahr

2. Reduziertes Engagement
   a) Für Klienten, Patienten etc.
      - Desillusionierung
      - Verlust positiver Gefühle gegenüber Klienten
      - Größere Distanz zu Klienten
      - Meidung von Kontakt mit Klienten und/oder Kollegen
      - Aufmerksamkeitsstörungen in der Interaktion mit Klienten
      - Verschiebung des Schwergewichts von Hilfe auf Beaufsichtigung
      - Schuldzuweisung für Probleme an Klienten
      - Höhere Akzeptanz von Kontrollmitteln wie Strafen oder Tranquilizern
      - Stereotypisierung von Klienten, Kunden, Schülern etc.
      - Betonung von Fachjargon
      - Dehumanisierung
   b) Für andere allgemein
      - Unfähigkeit zu geben
      - Kälte
      - Verlust von Empathie
      - Verständnislosigkeit
      - Schwierigkeiten, anderen zuzuhören
      - Zynismus
   c) Für die Arbeit
      - Verlust von Idealismus
      - Desillusionierung
      - Negative Einstellung zur Arbeit
      - Widerwillen und Überdruss
      - Widerstand, täglich zur Arbeit zu gehen
      - Ständiges Auf-die-Uhr-sehen
      - Fluchtphantasien
      - Tagträumen
      - Überziehen von Arbeitspausen
      - Verspäteter Arbeitsbeginn
      - Vorverlegter Arbeitsschluss
      - Fehlzeiten
      - Verlagerung des Schwergewichts auf die Freizeit, Aufblühen am Wochenende
      - Höheres Gewicht materieller Bedingungen für die Arbeitszufriedenheit
   d) Erhöhte Ansprüche
      - Konzentration auf die eigenen Ansprüche
      - Gefühl mangelnder Anerkennung
      - Gefühl, ausgebeutet zu werden
      - Eifersucht
      - Familienprobleme
      - Konflikte mit den eigenen Kindern

3. Emotionale Reaktionen; Schuldzuweisung
   a) Depression
      - Schuldgefühle
      - Reduzierte Selbstachtung
      - Insuffizienzgefühle
      - Gedankenverlorenheit
      - Selbstmitleid
      - Humorlosigkeit
      - Unbestimmte Angst und Nervosität
      - Abrupte Stimmungsschwankungen
      - Verringerte emotionale Belastbarkeit
      - Bitterkeit
      - Abstumpfung, Gefühl von Abgestorbensein und Leere
      - Schwächegefühl
      - Neigung zum Weinen

- Ruhelosigkeit
- Gefühl des Festgefahrenseins
- Hilflosigkeits-, Ohnmachtsgefühle
- Pessimismus, Fatalismus
- Apathie
- Selbstmordgedanken

b) Aggression
- Schuldzuweisung an andere oder »das System«
- Vorwürfe an andere
- Verleugnung der Eigenbeteiligung
- Ungeduld
- Launenhaftigkeit
- Intoleranz
- Kompromissunfähigkeit
- Nörgeleien
- Negativismus
- Reizbarkeit
- Ärger und Ressentiments
- Defensive/paranoide Einstellungen
- Misstrauen
- Häufige Konflikte mit anderen

4. Abbau

a) der kognitiven Leistungsfähigkeit
- Konzentrations- und Gedächtnisschwäche
- Unfähigkeit zu komplexen Aufgaben
- Ungenauigkeit
- Desorganisation
- Entscheidungsunfähigkeit
- Unfähigkeit zu klaren Anweisungen

b) der Motivation
- Verringerte Initiative
- Verringerte Produktivität
- Dienst nach Vorschrift

c) der Kreativität
- Verringerte Phantasie
- Verringerte Flexibilität

d) Entdifferenzierung
- Rigides Schwarzweißdenken
- Widerstand gegen Veränderungen aller Art

5. Verflachung

a) des emotionalen Lebens
- Verflachung gefühlsmäßiger Reaktionen
- Gleichgültigkeit

b) des sozialen Lebens
- Weniger persönliche Anteilnahme an anderen oder exzessive Bindung an einzelne
- Meidung informeller Kontakte
- Suche nach interessanteren Kontakten
- Meidung von Gesprächen über die eigene Arbeit
- Eigenbröteleien
- Mit sich selbst beschäftigt sein
- Einsamkeit

c) des geistigen Lebens
- Aufgeben von Hobbys
- Desinteresse
- Langeweile

6. Psychosomatische Reaktionen
- Schwächung der Immunreaktion
- Schlafstörungen
- Albträume
- Sexuelle Probleme
- Gerötetes Gesicht
- Herzklopfen
- Engegefühl in der Brust
- Atembeschwerden
- Beschleunigter Puls
- Erhöhter Blutdruck
- Muskelverspannungen
- Rückenschmerzen
- Kopfschmerzen
- Nervöse Tics
- Verdauungsstörungen
- Übelkeit
- Magen-Darm-Geschwüre
- Gewichtsveränderungen
- Veränderte Essgewohnheiten
- Mehr Alkohol/Kaffee/Tabak/andere Drogen

7. Verzweiflung
- Negative Einstellung zum Leben
- Hoffnungslosigkeit
- Gefühl der Sinnlosigkeit
- Selbstmordabsichten
- Existentielle Verzweiflung

Tabelle 1: Typische Phasen des Burnout-Syndroms (mod. n. Bursich, 2010, S. 25 – 26)

Um die Tabelle aussagekräftiger zu machen, werden die typischen Phasen des Burnouts aus der Tabelle 1 erläutert:

1. Warnsymptome: Diese Phase zeigt erste Warnhinweise. Hier hat man das Gefühl nie genügend Zeit für etwas zu haben. Man neigt zur vermehrten Hyperaktivität und verschüttet Energie, die auch zu Schlaflosigkeit führen kann. Die geleistete Arbeit reicht nicht mehr aus und man erleidet dadurch Enttäuschungen. Es kommt zur Erschöpfung, da ein Abschalten nicht mehr möglich ist. Die restlichen Energiereserven werden verbraucht. Die Gefahr von Unfällen erhöht sich dramatisch. Es entsteht ein Teufelskreis, der keine Erholung von Körper und Seele zulässt.

2. Reduktion des Engagements: Diese Phase bezeichnen Maslach (1978, 1982a) und Aronson et al. (1983) als den wichtigen Kern des Syndroms. Es kommt zum Rückzug von der Arbeit oder auch von KlientenInnen, PatientInnen, KollegenInnen, Freunden und Bekannten. Das Engagement für die Arbeit verringert sich. Zusehens bei HelferInnen-Berufen kann die Schuld von Problemen, an den Klienten/die Klientin weitergegeben werden. Generell kann man von einer negativen Einstellung bezüglich der Arbeit sprechen. Dies äußert sich oft in der Überziehung der Pausen oder gänzlichem Fehlen. Am Wochenende kommt es zu einem sogenannten „Aufblühen“, da es oft zu einer Umlagerung der restlichen Energie kommt. Folgend haben die Betroffenen das Gefühl, ausgebeutet zu werden oder mangelnde Anerkennung zu erfahren. In diesem Zusammenhang kann es auch zu Familienproblemen kommen. Viele verschiedene Tätigkeiten, die für die betroffenen Personen früher Sinn gemacht haben, werden nunmehr mit Überdruss oder Widerwillen ausgeführt.

3. Emotionale Symptomatik: Diese Phase unterteilt Maslach in Depression und Aggression. Es kommt zu zwei verschiedenen Arten von Schuldzuweisungen: der/die Betroffene gibt sich selbst Schuld an dem schlechten Zustand oder er/sie gibt der Umwelt Schuld daran. Personen, die bei sich selbst die Schuld suchen, neigen zu einer Depression, andere wiederum erfahren das Gefühl, hilflos und hoffnungslos zu sein. Ihr Selbstwertgefühl schätzen sie als gering ein und das Versagen wird auf sich selbst zurück projiziert. Andere wiederum reagieren mit Aggressionen. Das sind meist Menschen, die lieber austeilen als einzustecken. Sie haben eine pessimistische, gereizte Stimmung, die des Öfteren zu Wutausbrüchen oder Nörgeleien gegen umliegende Menschen führt.

4. Abbau der Leistungsfähigkeit: In dieser Phase kommt es nicht nur zum Abbau der Leistungsfähigkeit, sondern auch zum Abbau der Motivation und der Kreativität. Hier kommt es vermehrt zu Flüchtigkeitsfehlern oder Vergesslichkeit. Diese zuerst unwesentlichen

Anzeichen werden schlussendlich immer unübersehbarer. Die Betroffenen wählen den einfachsten Weg für sich und stimmen allem aus Bequemlichkeit zu. Man verliert den Überblick und jede noch so kleine Veränderung wird als bedenklich angesehen.

5. Aufgeben des emotionalen, sozialen und geistigen Lebens: Diese Stufe zieht starke Gefühle der Gleichgültigkeit mit sich. Aufgrund dieser Tatsache wird nicht nur die Arbeit als anstrengend betrachtet, sondern auch jegliche Aktivität außerhalb. Daraus resultiert Einsamkeit, da in dieser Phase jede zwischenmenschliche Begegnung auf Abstand gehalten wird. Die Gesamtsituation wird für den/die Betroffene/n immer aussichtsloser.

6. Psychosomatische Schwächen: Im Folgenden bringen psychische Störungen zusätzlich körperliche Beschwerden mit sich, die sich als vermehrte Schlafstörungen, Albträume, Herzklopfen, Muskelverspannungen, erhöhter Blutdruck, veränderte Essgewohnheiten, Verdauungsstörungen oder auch Spannungskopfschmerzen bemerkbar machen. Des Weiteren findet in der Freizeit auch keine aktive Erholung mehr statt. Stattdessen greift der Mensch vermehrt zu Genussmitteln, wie Alkohol, Nikotin oder im schlimmsten Fall zu Drogen, die die Regeneration der betroffenen Personen ersetzen sollen.

7. Absoluter Zusammenbruch: Am Ende des Burnout-Prozesses beschreibt Burisch die absolute Sinnlosigkeit des Lebens. Der Alltag wird nur noch von Hilflosigkeit und Verzweiflung geprägt. In dieser Phase kommt es vermehrt zu Suizidgedanken. Die letzte Stufe ist die einzige Phase, die in der Medizin als „klinische Depression“ anerkannt wird und auch von Fachleuten behandelt wird (Burisch, 2010, S. 27 & Waadt & Acker, 2013, S. 33).

Schaufeli und Enzmann (1998. S. 21-24; zit. n. Hedderich, 2009, S. 27) erstellen eine ähnliche Liste. Diese unterscheidet drei Stadien: die individuelle, die interpersonelle und die institutionelle Ebene. Jede dieser Hauptstufen wird in weitere fünf Symptomebenen unterteilt: in affektive, in kognitive, in psychische, in Verhaltens- und in Motivationssymptome. Für Burisch und Schaufeli/Enzmann ist diese Aufstellung jedoch unzureichend, da sie nicht spezifisch genug ist.

Fengler (1999, S.306) schreibt, dass die Stufen der Symptome relativ unterschiedlich sein können. Er selbst erwähnt zehn Stufen der Burnout-Symptomatik:

„1. Idealismus und Enthusiasmus
2. Überforderung
3. geringer werdende Freundlichkeit
4. Schuldgefühle darüber

5. vermehrte Anstrengungen
6. Erfolglosigkeit
7. Hilflosigkeit
8. Hoffnungslosigkeit
9. Erschöpfung, Abneigung gegenüber Klienten, Apathie
10. Endstadium Burnout“
(Fengler, 1999, S.306; zit. n. Haubenberger, 2008, S. 24)

Zusammenfassend kann man sagen, dass es nicht nur eine Vielzahl an Definitionen des Begriffs „Burnout“ gibt, sondern auch dementsprechend viele Symptomatik- und Verlaufsvorschläge. Viele bekannte Autoren wie Cherniss, Freudenberger, Lauderdale, Pines und Maslach sind sich über eine gewisse Ähnlichkeit, die im Auftreten der Symptomverläufe besteht, einig. Unter anderem kommt in der Literatur regelmäßig vor, dass Burnout ein schleichender und langwieriger Prozess ist (Burisch, 2010, 39 & Haubenberger, 2008, S.24).

2.2.2 Feststellung des Burnouts

Wenn ein Zutreffen der oben genannten Symptome eintritt, spricht man von einem Burnout-Verdacht, da es nur zu einer subjektiven Wahrnehmung kommen kann. Deswegen stellten Burnout-ForscherInnen ein Messinstrument für die genauere Burnout-Erfassung her. Es setzen sich zwei Messinstrumente durch: das Maslach Burnout Inventory (MBI) von Maslach, Jackson und Leiter (Maslach & Jackson 1981; Maslach, Jackson & Leiter, 1996) und das Tendium Measure (TM) von Pines (Pines et al., 2006). Jedoch wird heute bis zu 90% das Maslach Burnout Inventory bei Untersuchungen genutzt.

Maslach und seine MitarbeiterInnen stellten sich vor der Erstellung des MBI`s die Frage, welche psychischen Mechanismen die betroffenen Personen einsetzen, um extreme Belastungen während der Arbeit zu bewältigen. Diese Fragestellung war der erste Grundbaustein für das MBI. Das MBI veränderte sich jedoch etwas mit der Zeit. Das ursprüngliche MBI besteht aus 22 Items und 3 Skalen. Diese 3 Skalen heißen: Emotionale Erschöpfung (9 Items), Depersonalisation (5 Items) und Leistungs(un)zufriedenheit (8 Items), die im Kapitel 2.1.4 Burnout-Modelle näher erläutert werden. Die Personen, die von Burnout betroffen sind, weisen hohe Werte der emotionalen Erschöpfung/Depersonalisation und niedrige Leistungsfähigkeit auf. Personen mit hoher Leistungsbereitschaft zeigen höhere Werte im MBI und sind somit Burnout-gefährdet. Die Urform des MBI besteht aus 7 Items, welche den Namen MBI Human Services Survey (MBI-HSS) bekamen. Diese Urform ist

speziell für den sozialen Dienstleistungsbereich ausgerichtet. Eine weitere Version namens MBI Educators Survey (MBI-ES) wurde für den Bildungsbereich erstellt. Die neueste Version nennt sich MBI General Survey (MBI-GS), wobei auch Wilmar Schaufeli aktiv beteiligt war. Diese richtet sich nach Berufstätigen aller Art und besteht aus 16 Items, die sich in drei Skalen gliedern: Erschöpfung (5 Items), Zynismus (5 Items) und berufliche Leistung (6 Items). Die Version des MBI-HSS wurde auch von Büssing und Perrar (1992) auf Deutsch übersetzt und ist als einzige von Christina Maslach autorisiert worden. Es besteht aus 25 Items, die sich nach Büssing/Perrar folgendermaßen zusammensetzen:

„1. Ich fühle mich durch meine Arbeit ausgebrannt.

2. Der direkte Kontakt mit Menschen bei meiner Arbeit belastet mich zu stark.

3. Den ganzen Tag mit Menschen zu arbeiten, ist für mich wirklich anstrengend.

4. Ich fühle mich von den Problemen meiner Patienten persönlich betroffen.

5. Ich glaube, dass ich manche Patienten so behandle, als wären sie unpersönliche „Objekte“.

6. Ich fühle mich durch meine Arbeit emotional erschöpft.

7. Ich habe das Gefühl, dass ich durch meine Arbeit das Leben anderer Menschen positiv beeinflusse.

8. Ich bin in guter Stimmung, wenn ich intensiv mit meinen Patienten gearbeitet habe.

9. Ich glaube, dass ich nicht mehr weiter weiß.

10. Bei der Arbeit gehe ich mit emotionalen Problemen ziemlich gelassen um.

11. Ich habe ein unbehagliches Gefühl wegen der Art und Weise, wie ich manche Patienten behandelt habe.

12. Am Ende eines Arbeitstages fühle ich mich verbraucht.

13. Es ist leicht für mich, eine entspannte Atmosphäre mit meinen Patienten herzustellen.

14. Ich fühle mich wieder müde, wenn ich morgens aufstehe und den nächsten Arbeitstag vor mir habe.

15. In vieler Hinsicht fühle ich mich ähnlich wie meine Patienten.

16. Ich fühle mich sehr tatkräftig.

17. Ich gehe ziemlich erfolgreich mit den Problemen meiner Patienten um.

18. Ich habe das Gefühl, dass ich an meinem Arbeitsplatz zu hart arbeite.

19. Ich fühle mich durch meine Arbeit frustriert.

20. Ich habe das Gefühl, dass Patienten mir die Schuld für einige ihrer Probleme geben.

21. Ich habe in meiner Arbeit viele lohnenswerte Dinge erreicht.

22. Ich befürchte, dass diese Arbeit mich emotional verhärtet.

23. Es fällt mir leicht, mich in meine Patienten hineinzuversetzen.

24. Es macht mir nicht wirklich viel aus, was mit manchen Patienten passiert.

25. Seitdem ich diese Arbeit ausübe, bin ich gefühlloser im Umgang mit anderen Menschen geworden

(Büssing/Perrar, 1992, S.336-337; zit. n. Hedderich, 2009, S.33-34)".

Diese Fragen werden mit einem Kreuz auf einer Fünf-Punkte-Skala zwischen sehr stark/sehr oft auf der einen und sehr schwach/sehr selten auf der anderen Seite beantwortet. Das MBI erhielt jedoch vielfältige Kritik, da diese Messung keine ausreichende Validität oder Gültigkeit besitzt und wenig Abgrenzung von anderen Konzepten, wie Depression oder Arbeitszufriedenheit ermöglicht (Burisch, 2010, S.34-35 & Hedderich, 2009, S. 32-35).

Das Tendium Measure (TM) nennt sich auch „Überdruss-Skala" und besteht aus 21 Items, die nach ihrer Häufigkeit beantwortet werden. Die Fragen sind auf drei Aspekte dieses Zustandes ausgerichtet:

1. Körperliche Erschöpfung: müde sein, körperlich erschöpft sein, sich erledigt fühlen, sich abgearbeitet fühlen, sich ausgelaugt fühlen, sich schwach fühlen, sich tatkräftig fühlen.

2. Emotionale Erschöpfung: sich niedergeschlagen fühlen, emotional erschöpft sein, sich ausgebrannt fühlen, sich gefangen fühlen, bekümmert sein, sich hoffnungslos fühlen, Angst haben.

3. Geistige Erschöpfung (negative Einstellung zum Selbst, zum eigenen Leben und zu anderen Menschen): glücklich sein, unglücklich sein, einen guten Tag haben, sich wertlos fühlen, sich optimistisch fühlen, über andere Menschen verärgert oder enttäuscht sein, sich zurückgewiesen fühlen (Pines et al., 2000, S.235; zit. n. Haubenberger, 2008, S.26)

Im TM werden in einer Skala von 1-7 (niemals/immer) die einzelnen Items beantwortet, wobei vier Fragen im Gegensinn zu bewerten sind: einen guten Tag haben, glücklich sein, sich optimistisch fühlen und sich tatkräftig fühlen (Haubenberger, 2008, S.27).

2.3 Abgrenzung zu benachbarten Forschungsgebieten

Wie schon im Kapitel 2.1.2 erwähnt, kommt es zu wesentlichen Schnittpunkten beim Burnout-Begriff. Die überschneidenden Faktoren sind Stress, Depression/Aggression, Ar-

beits(un)zufriedenheit und Stressbewältigung, wobei Stress im Folgenden am ausführlichsten behandelt wird.

2.3.1 Das Symptom „Stress“

Stress wird sehr oft mit Burnout in Verbindung gebracht, aufgrund dessen wird der Begriff „Stress“ näher erklärt.

Der Begriff „Stress“ ist laut Vollmer einer der gebräuchlichsten und zugleich missverstandensten Wörter heutzutage. Alle reden von Stress, ob es nun Kinder sind, die sich über den Schulstress beschweren, Mütter, die über den Haushaltsstress klagen oder LehrerInnen, die über den Stress mit ihren SchülerInnen jammern. Stress wird heute für vieles verantwortlich gemacht (Vollmer, 1996, S.77).

Des Weiteren wird Stress in der Burnout-Forschung von vielen WissenschaftlerInnen anerkannt und gilt dort als Schlüsselphänomen. Der Begriff „Stress“ wird weiters sehr individuell genutzt, da jede/r etwas anderes als „Stress“ bezeichnet. Vollmer (1996, S.81-82) versteht unter Stress folgendes:

> *„Stress ist – neutral betrachtet – ein Spannungszustand, eine überdurchschnittliche Beanspruchung, die – was sehr wichtig ist – sowohl positiv als auch negativ für den Menschen sein kann, ja sogar bei ein und derselben Person je nach Stimmung, Situation und Kondition gut oder schlecht empfunden wird. Deswegen unterscheidet man heute zwischen Eustress (griech. eu = gut), einem positiv wirkenden Spannungszustand, und dem Distress, einer negativ aufgefassten und meist auch so wirkenden Empfindung. Man muss also unbedingt zwischen „gutem“ und „schlechtem“ Stress unterscheiden.“*

Das Phänomen Stress kann förderlich sein oder auch eine krankmachende Wirkung aufzeigen. Wenn die Dosis „Stress“ stimmt, kann man sogar mit Hilfe der vielfältigen Stressoren wachsen. Aber wenn sich der Organismus aufgrund der zu hohen Dosis „Stress“ nicht mehr erholen kann, droht eine Schädigung des Körpers. Wie auch bei Burnout-Prozessen sind die Vorgeschichten und deren Verarbeitung von Individuen entscheidend. Bei einer schwierigen Vergangenheit geraten Personen eher wieder in Krisen, da sie die Situationen und Belastungen nicht richtig bewältigen können. Bei Stress ignorieren die Personen oft das Bedürfnis nach Erholung und neigen daher zur Angespanntheit, was zu einer Dauerbelastung führen kann. Das kann zu einer geistigen, körperlichen und seelischen

Gesundheitsschädigungen führen und schlussendlich zum Burnout-Syndrom (Bruckner, 2006, S.29-30).

Als Begründer der neueren Stressforschung erwähnt Burisch Hans Selye, der über 100.000 Veröffentlichungen über dieses Thema schrieb. Aus diesem Grund zerteilt sich die Stressforschung in drei stresstheoretische Schulen, die für das Thema „Burnout" essentiell sind:

- Physiologische Stressforschung von Selye (1975, 1976 & 1977)
- Psychologische Stressforschung von Lazarus (Lazarus & Folkman, 1987; Lazarus, 1966)
- Organisationspsychologische Stressforschung von Kahn (1978) (Burisch, 2010, S.81)

Lazarus beschäftigt sich auch mit Stressbewältigung und wird daher in diesem Kapitel näher erläutert.

Ad *Physiologische Stressforschung von Selye* (1975, 1976 & 1977):

Selye befasst sich mit dem Allgemeinen Anpassungssyndrom (AAS) oder dem General Adaptation Syndrome (GAS), das identisch mit den körperlichen Veränderungen des Burnout-Syndroms ist. Das GAS unterscheidet drei Stadien: Alarm, Resistenz und Erschöpfung.

1. Alarmphase: In dieser Phase kommt es zuerst zu physiologischen Anpassungen/Veränderungen im Organismus. Werden über einen Stimulus die Nebennierenrinde und das Nebennierenmark aktiviert, werden die Hormone Adrenalin und Noradrenalin ausgeschüttet. Diese bewirken einige physiologische Veränderungen im Körper, wie Erhöhung des Blutdrucks und des Pulses, eine Aktivierung des Sympathikus, ein Angriff auf die Zucker- und Fettreserven im Körper und eine Erhöhung des Muskeltonus. Weiters kommt es zu einer Schwächung des Immunsystems, zu einer Verminderung der Verdauungs- und Sexualfunktionen und die Blutgerinnungsfähigkeit wird erhöht. Auch wird die kognitive Leistungsfähigkeit geschwächt.

2. Resistenzphase: Ist ein kurzzeitiger Stressor (z.B. Stolpern auf der Straße) aktiviert worden, geht der Körper schnell wieder in die Erholungsphase über und es wird wieder das physiologische Ausgangsniveau hergestellt. Erfolgt jedoch keine Entwarnung (z.B. andauernde Glatteisfahrt mit dem Auto), folgen weitere Alarmreaktionen, wobei der Kör-

per in die Widerstandsphase übergeht. Diese Alarmreaktion kann jetzt noch schneller ausgelöst werden, wobei das Immunsystem anfälliger wird. Daraufhin entstehen aufgrund der erhöhten Konzentration der Nebennierenhormone weitere Nebenwirkungen:

→ Es kommt zur Schrumpfung der Thymusdrüse (= Steuerorgan des Immunsystems, bei Schwächung könnte dies mit Krebsentstehung zusammenhängen)

→ Die Fettsäuren im Blut können nicht mehr abgebaut werden und bewirken schneller eine Arteriosklerose.

→ Aufgrund der verstärkten Blutgerinnung erhöht sich die Thrombosegefahr.

→ Das Infarktrisiko wird erhöht, da es zu Gleichgewichtsstörungen kommt und der Kreislauf somit belastet wird.

→ Es kommt zu einer Erhöhung der Magensäureproduktion, was Magen- und Darmgeschwüre entstehen lässt.

→ Des Weiteren können Konzentrations- und Lernschwierigkeiten auftreten.

Diese Erkrankungen sind immer vom Grad der Vorschädigung des Organismus abhängig. Ein zuvor unbeschadeter Körper schafft es, mehrere solche Widerstandsphasen mit Hilfe langer Erholungszeiten dazwischen zu überstehen.

3. Erschöpfungsphase: Halten die Stresssituationen zu lange an, kommt es zur völligen Erschöpfung. In dieser Phase erscheinen erneut die Symptome der Alarmreaktion, welche aber irreversibel sind. Dies könnte bis zum Tod führen (Burisch, 2010, S.81-83 & Bruckner, 2006, S.31-32).

Ad *Psychologische Stressforschung von Lazarus* (Lazarus & Folkman, 1987; Lazarus, 1966):

Ein sehr bekannter Vertreter der psychologischen Stressforschung ist Lazarus. Stress kann bei verschiedenen Individuen ausbrechen, wie Lazarus herausfand. Eine bestimmte „objektive“ Situation kann für eine Person Stress auslösen und für die andere nicht. Wenn es zu einem Stresszustand kommt, aufgrund von Stressfaktoren, schätzt die Person zuerst seine/ihre Lage ein. Die Lageeinschätzung wird entweder als neutral, positiv oder stressgeladen bewertet. Bei stressreichen Situationen reagieren Personen oft mit Angst. Dies könnte beispielsweise ein Schaden/Verlust sein, wodurch das Selbstwertgefühl gemindert wird und Niedergeschlagenheit hervorgerufen werden kann. Handelt es sich um eine Herausforderung, gibt dies der Person die Chance, einen Fähigkeitszuwachs zu erreichen (Burisch, 2010, S.85-86 & Bruckner, 2006, S.33-34).

Ad *Stressbewältigung:*

Die erste Lageeinschätzung läuft sehr schnell ab, wohingegen es bei der sekundären Lageeinschätzung zu einer bewussten Prüfung der verfügbaren Handlungsalternativen kommt. Falls es eine Handlungsplanung ist, bezeichnet man die erste Ebene als Situationsbewältigung (Coping). Man stellt sich die Frage, was man tun kann. Danach wird mit den möglichen Ressourcen, der Wirksamkeit und den Nebenwirkungen nach einer günstigen Antwort gesucht. Bei Folkman (1984) gibt es noch zwei weitere Unterteilungen der Bewältigung, nämlich emotionsorientiertes Coping und problemorientiertes Coping. Beim emotionsorientierten Coping werden negativ empfundene Gefühle abgeschwächt, was vor allem dann eingesetzt wird, wenn mit den vorhandenen Mitteln nicht gehandelt werden kann. Es könnte zum Beispiel zur Umdeutung, zur Abwertung oder zur Verleugnung kommen. Beim problemorientierten Coping wird am Problem selbst bearbeitet und das findet vor allem dann Anwendung, wenn die Situation als kontrollierbar wahrgenommen wird. Klar ist, wenn Coping-Strategien angewendet werden, dass in der Regel meist beide Typen verwendet werden (Burisch, 2010, S.86 & Bruckner, 2006, S.34).

Ad *Organisationspsychologische Stressforschung von Kahn* (1978)*:*

Durch Robert Kahn bekam die Stressforschung neuere Erkenntnisse, da er den Einfluss von Organisationen auf das Individuum beschreibt. Ferner war er der erste Stressforscher, der auch Bezug zum Burnout-Syndrom nahm. Zum näheren Verständnis von Burnout, so Kahn et al. ist es wichtig, die Grundbegriffe der Rollentheorie zu klären.

Grundbegriffe der Rollentheorie: Für die Analysen, die Kahn et al. durchführt, müssen zuerst die Begriffe „Rollenkonflikt“ und „Rollenunklarheit“ geklärt werden. Um diese Begriffe verstehen zu können, wird zuerst die *Rollenerwartung* erklärt. Jede Position in einer Organisation wird mit Hilfe von Stellenbeschreibungen sehr gut zugeordnet. Dies wird definiert als das „Was“ in einer Organisation. Essentiell daran sind die Rollenerwartungen, die mit einer bestimmten Position einhergehen. All jene, die mit dieser Person vernetzt sind, haben Interessen daran, wie er/sie seine/ihre Funktion ausführt. Hier spielt das „Wie“ eine große Rolle.

Die beteiligten Personen, die bestimmte Rollenerwartungen an die führende Person haben, werden als RollensenderInnen bezeichnet. Die führende Person ist dann der/die RollenempfängerIn, wobei die empfangenen Rollenerwartungen öfters verzerrt, vergröbert, verstärkt oder abgeschwächt sein können. Meist sind die Erwartungen zwischen Rollen-

senderIn und EmpfängerIn nicht identisch, sodass es zu einem sogenannten „Rollendruck“ kommen kann. Dieser entsteht, sobald der/die RollensenderIn an der Rollenausübung des/der Positionsinhabers/in interessiert ist. Ist dies der Fall, so versucht er/sie diese/n zu beeinflussen. Kahn et al. sieht darin eine Differenz zwischen zugewiesener und empfangener Rolle, wo daraus ein Rollenkonflikt resultiert. Diese Auseinandersetzung entsteht dann, wenn ein/e RollenträgerIn es „nicht allen Recht machen“ kann. Empfundene Streite hingegen lösen Stress aus und führen zu einer Belastung.

Ein weiterer Begriff, der hier als wichtig erscheint, ist die *Rollenüberlastung*. Diese kommt zustande aufgrund der Anforderungen eines/r Rollensenders/in. Prinzipiell sind diese zu schaffen, jedoch nicht in der dafür verfügbaren Zeit und verlangten Qualität.

Ein zweiter Hauptbegriff, der Stress auslösen kann, nennt Kahn et al. *Rollenunklarheit*. Es kommt dazu, wenn ein/e RollenträgerIn wenig Informationen für eine Bewältigung seiner/ihrer Aufgaben oder zur Stressbewältigung zur Verfügung zu haben glaubt. Diese Informationsdefizite führen zu Unsicherheit.

Ein Rollenstress ist stark von einer Persönlichkeit abhängig. Zum Schluss untersucht Kahn et al. deswegen die Bedeutung von ausgewählten Persönlichkeitsmerkmalen für die Stressentstehung. Er fand im Bezug auf die Persönlichkeit und Stressgenese Folgendes heraus:

- Menschen werden nicht immer gleich behandelt. Eine Person, die/der sich immer widerspruchslos Aufgaben zuschanzen lässt, wird leicht und schnell zum Opfer. Hingegen der/die, der/die sich dagegen wehrt, bekommt weniger Aufgaben zugeteilt.
- Die Individuen vertragen nicht gleich viel. Jede/r hat eine für sich allgemeine Stresstoleranz, die bei jeder/m andere Grenzen aufweist.
- Folgend haben Menschen nicht dieselben Schwachstellen, was Unterschiede in Anfälligkeiten in Bezug auf Stressoren bedeutet.
- Auch sind die Gefühlslagen ungleich verteilt und somit empfindet jede/r anders.
- Bei Bewältigungsstrategien hilft sich jede/r anders. Die eine/n zum Beispiel machen ihrem Ärger gleich Luft aus, wohingegen andere ihre Probleme in Alkohol ertränken. Beides führt jedoch zu keiner Problemlösung (Burisch, 2010, S.87-94 & Bruckner, 2006, S.34-36).

2.3.2 Depression

Depressionen zählen in der Burnout-Forschung zu den wichtigsten Anzeichen überhaupt. Bei Freudenbergers Modell ist es das vorletzte Stadium vor dem völligen Burnout. Depression und Burnout haben zwar ähnliche Symptome, jedoch weisen sie eine unterschiedliche Ursache auf (Vollmer, 1996, S.95). Knauder (2005) beschreibt dies sehr eindeutig:

> *„Depressionen werden demnach verursacht durch ein erschütterndes Ereignis oder mehrere, die mit einem Verlust zu tun haben. Burn-out hingegen wird von Überbelastung und tief greifender Müdigkeit hervorgerufen und ist gekennzeichnet durch einen fortschreitenden Verfall der persönlichen Energie".* (Knauder, 2005, S.33; zit. n. Haubenberger, 2008, S. 36)

Wenn ein Burnout-gefährdeter Mensch die Ursachen seiner Probleme nur bei sich selbst sucht, dann reagiert dieser meist mit einer Depression. Folgend treten weitere Emotionen wie Niedergeschlagenheit oder Lustlosigkeit als Reaktionen einer Überbelastung auf.

Darüber hinaus sagen Freudenberger und North, dass Burnout-gefährdete Personen meist nur ihre Arbeit als lustlos empfinden. Oft halten sie die Arbeit nicht aus, aber mit Freunden in ihrer Freizeit blühen sie komplett auf. Bei einer Depression wird alles schwarz gesehen. Hier wird das gesamte Leben beeinflusst, denn egal was diese Personen gerade machen, ihre Stimmung ändert sich nicht. *„Eine depressive Person neigt meist zum Aufgeben, hingegen ein Burnout-gefährdeter dies nicht tut*" (Vollmer, 1996, S.122-123).

Hickel (2003, S.8; zit. n. Haubenberger, 2008, S.36) äußert sich dazu folgendermaßen: Burnout beinhaltet zwar Symptome von Depressionen, jedoch bleibt es trotzdem ein eigenständiges Konzept. Zusammenfassend kann man sagen, dass Depressionen zwar in Verbindung mit Burnout gebracht werden, dass jedoch immer zuerst die Ursache geklärt werden muss, damit keine Fehldiagnose zustande kommt.

2.3.3 Frustration und deren Folgen (Aggression)

Ein weiteres Forschungsteam untersucht den Begriff Frustration und deren Folgen, welche sich auch mit Burnout-Prozessen überschneiden.

Stäcker (1977, S.19) unterscheidet in der Frustrationsforschung drei Arten:

- Physische oder psychische Hindernisse, die eine Reaktion zurückhalten,

- Verschiebung von Belohnungen, und
- Erzeugung von Konflikten (Burisch, 2010, S.109)

Weiters fand man aufgrund der gesonderten Frustrationsforschung heraus, dass manche Begriffe für „Burnout“ relevant sind. Diese Folgen der Frustration heißen: Aggression, Regression, Fixierung und hohe und niedrige Reaktionsstärke. Da auch Burisch in seiner Burnout-Symptomatik unter der dritten Stufe „Emotionale Reaktionen“ zwischen Aggression und Depression unterscheidet, wird kurz auf die Begriffe Aggression und Burnout eingegangen. Wie schon vorhin erwähnt kommt es zu Depressionen, wenn die Betroffenen das Problem nur bei sich selbst suchen und zu Aggressionen, wenn sie diese Vorwürfe an ihre Umwelt weitergeben.

Laut der Frustrations-Aggressions-Hypothese nimmt man an, dass Aggressionen nur dann entstehen, wenn vorher „Ärger“ auftritt. Diese These ist nach wie vor umstritten. Dem Zufolge erhöhen frustrierende Erfahrungen unterbewusst das Aggressionspotential. Abhängig sind diese aggressiven Verhaltensweisen, von:

- der Quelle, ob eine Frustration eindeutig zu sehen ist,
- einer Frustrierung, ob diese absichtlich oder unabsichtlich ist, oder
- vom Ausdruck einer Feindseligkeit, die ohne Risiken möglich ist (Burnstein & Worchel, 1962; zit. n. Vollmer, 1996, S.127).

Weiters kommt es bei Personen, die lieber austeilen als einzustecken, vermehrt zu Aggressionen (siehe oben).

2.4 Prophylaxe/Behandlung und allgemeine Therapien des Burnouts

Da psychische Erkrankungen in unserer heutigen Gesellschaft immer noch ein Tabuthema sind, fällt es außenstehenden Personen schwer, mit dem/der Betroffenen richtig zu verkehren. Anschließend ist es für betroffene Personen oft noch schwieriger, sich zu outen, Burnout zu haben (Scharnhorst, 2012, S.101). Manche klagen über bestimmte Symptome, wissen aber nicht, wie stark sie von Burnout betroffen sind. Ein Fortschritt in der heutigen Zeit sind die Ausbildungen in Helferberufen. In Krankenpflegeschulen wird auf das Syndrom Burnout hingewiesen. Jedoch ist dies in den meisten Organisationen noch ein langwieriger Prozess (Burisch, 2010, S.236).

Fazit ist, dass sich Burnout nur verhindern lässt, wenn die betroffenen Personen an sich arbeiten oder sich helfen lassen (Bruckner, 2006, S.39).

2.4.1 Prophylaxe/Behandlung des Burnouts

Die Literatur der Burnout-Intervention ist mittlerweile unüberschaubar und genau deswegen lassen sich keine generellen Empfehlungen zur Burnout-Behandlung ableiten.

Die Ziele dieser Interventionen sind zum einen, die Bewältigungsmöglichkeiten der einzelnen Personen zu stärken und zum anderen, die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Oftmals stellt das Individuum selbst zunächst die Diagnose „Burnout“ und leitet zuerst eine Veränderung der Situation ein, welche zum Beispiel durch Selbstbeobachtungen getilgt werden könnte (Heddrich, 2009, S. 62-63).

Prophylaxe des Burnouts:

Schaufeli & Enzmann (1998, Kap.6) unterscheiden drei Arten der Prophylaxe. Dazu zählen die Vorbeugung auf der organisatorischen Ebene, die Prophylaxe auf individueller Ebene und die Intervention an der „Schnittstelle“ zwischen Individuum und Organisation. Hier wird aber nur auf die zwei wichtigsten Interventionsmöglichkeiten eingegangen:

- Prophylaxe auf organisatorischer Ebene
- Prophylaxe auf individueller Ebene

Ad *Prophylaxe auf organisatorischer Ebene:*

Dies ist die Prophylaxe für Firmen und Organisationen. Das Kapitel wird jedoch nur kurz gehalten, da dies für die Arbeit weniger essentiell ist. Die Ansatzpunkte einiger Studien von Burisch werden nun vorgestellt:

- Es ist zu empfehlen, dass in Organisationen ein psychosoziales, anonymes Check-up durchgeführt werden soll, wo auch Befragungen über Stress und Burnout dabei sein sollen. Aufgrund der Ergebnisse muss es danach zu Veränderungen in der Organisation kommen.
- Eine Arbeitsgestaltung im weiteren Sinn sollte in jeder Firma optimal möglich sein. Dies könnte auch zum Beispiel eine Verbesserung der technischen Umstände sein, wie etwa der Belüftung.

- Die Arbeitszeitgestaltung (z.B. Teilzeit) sollte auch freier zu gestalten sein, um mögliches Burnout zu verhindern.
- Des Weiteren gibt es auch Empfehlungen für einen Burnout-präventiven Führungsstil, wo auch mittlere Führungsebenen mit weniger Druck belastet werden sollen.
- Am Arbeitsplatz selbst sollten verschiedene Weiterbildungen bezüglich einer Burnout-Prophylaxe angeboten werden. Zu diesem Thema besteht wenig Nachfrage und somit wird weniger angeboten, was problematisch ist.
- Weiters bieten einige Großfirmen Wellness- und Fitness-Programme für ihre MitarbeiterInnen an, um mögliches Burnout zu verhindern. Obwohl dies sicher zu einer Burnout-Prophylaxe beitragen würde, gibt es noch keine Studien darüber.
- Unter anderem gibt es viele Berufsgruppen, die nur durch einseitiges „Geben" geprägt sind, welchen Selbsthilfe und Supervision gut tun würde (Obkircher, 1999, S.103). Zum Beispiel: Manchmal gibt es auch in Firmen vor einer Einstellung eines/r Mitarbeiters/in bestimmte Einführungsprozesse für die BewerberInnen, um schnell mit der Realität des Berufes vertraut zu werden. Dies schätzen BewerberInnen sehr.
- Cherniss (1995) schlägt ein Konfliktmanagement für Organisationen vor, um MitarbeiterInnen besser auf bevorstehende Probleme vorbereiten zu können.
- In den USA werden firmeneigene Hilfsangebote, wie zum Beispiel „Employee Assistance Programs", angeboten. Diese beschäftigen sich mittlerweile mit einigen Problemspektren, wie Ehe, Familie oder auch Stress. Jedoch in Europa setzte sich dies noch nicht durch.
- Eine weitere Vorbeugung wären auch Angebote von unterschiedlichen Workshops zu diesem Thema.

Als Schlussergebnis meinen Schaufeli und Enzmann (1998, S. 182f.), dass es zwar viele Ansätze zur Burnout-Prävention gibt, jedoch existiert noch kein allgemeines Rezept. Die Interventionen sind meist zu allgemein gehalten und zu wenig auf Burnout gerichtet. Im Großen und Ganzen ist hier noch ein langer Weg zu gehen, bis man weiß, was wirklich gegen Burnout hilft (Burisch, 2010, S.250-253).

Ad *Prophylaxe auf individueller Ebene:*

Die Prophylaxe auf individueller Ebene meint, dass die betroffenen Personen im Vorhinein selbst dafür sorgen müssen, nicht in einen Burnout-Prozess zu gelangen, beziehungsweise Maßnahmen setzen, um diesen zu verhindern.

Herbert Freudenberger (1995; zit. n. Vollmer, 1996, S.185-187) erarbeitete ein Zwölf-Punkte-Programm zur Burnout-Verhütung beziehungsweise zur Feststellung der jeweiligen Burnout-Situation. Dieses Programm ist für die tägliche Anwendung gedacht und setzt sich folgendermaßen zusammen:

1. „*Hören Sie auf mit dem Verleugnen*“ (Freudenberger, 1995; zit. n. Vollmer, 1996, S. 185). Dies meint ein Eingeständnis des Stresses, der sich auf Körper, Geist und Seele manifestiert hat.

2. „*Vermeiden Sie Isolation*“ (Freudenberger, 1995; zit. n. Vollmer, 1996, S. 185). Darunter versteht man, nicht alles alleine zu machen und sich somit nicht von Gruppen abzusondern. Es sollte weiterhin mit den Personen, die man liebt, etwas unternommen werden.

3. „*Ändern Sie ihre Lebensumstände*“ (Freudenberger, 1995; zit. n. Vollmer, 1996, S. 186). Wenn eine bestimmte Situation (Arbeit, Beziehung) nicht mehr auszuhalten ist, sollte man diese Umstände ändern.

4. „*Vermindern Sie ihren verstärkten Einsatz*“ (Freudenberger, 1995; zit. n. Vollmer, 1996, S. 186). Überengagierte Tätigkeiten sollten mit weniger Einsatz ausgeführt werden, um zusätzlichen Stress zu vermeiden.

5. „*Hören Sie auf, sich überfürsorglich zu verhalten*“ (Freudenberger, 1995; zit. n. Vollmer, 1996, S. 186). Um weiteres Überengagement beziehungsweise Stress zu verhindern, sollten Tätigkeiten, wie zum Beispiel anderen Menschen mit Problemen zu helfen, unterlassen werden. Das oberstes Ziel ist, dass man sich zuerst um sich selbst kümmern sollte.

6. „*Lernen Sie „nein“ zu sagen*“ (Freudenberger, 1995; zit. n. Vollmer, 1996, S. 186). Dies ist ein sehr wichtiger Punkt, da viele Leute, die Burnout gefährdet sind, nicht „nein“ sagen können und sich somit zu viele Aufgaben zumuten.

7. „*Fangen Sie an, kürzer zu treten und Abstand zu nehmen*“ (Freudenberger, 1995; zit. n. Vollmer, 1996, S. 186). Dies meint, sich nicht nur am Arbeitsplatz zurückzunehmen, sondern auch zu Hause und im Freundeskreis.

8. „*Geben Sie sich neue Werte*“ (Freudenberger, 1995; zit. n. Vollmer, 1996, S. 186). Dies bedeutet, wichtige und unwichtige Werte zu trennen, um Zeit und Energie zu sparen.

9. „*Lernen Sie, Ihr persönliches Tempo zu bestimmen*“ (Freudenberger, 1995; zit. n. Vollmer, 1996, S. 186). Das Arbeitstempo ist bei jeder Person unterschiedlich. Um ein Leben im Gleichgewicht zu führen, ist es wichtig, sein individuelles Tempo zu finden.

10. „*Kümmern Sie sich um Ihren Körper* (Freudenberger, 1995; zit. n. Vollmer, 1996, S. 186)“. Weiters ist es für ein gesundes, ausgewogenes Leben essentiell, sich richtig zu ernähren und genug zu schlafen.

11. „*Versuchen Sie, sich so wenig wie möglich zu sorgen und zu ängstigen*“ (Freudenberger, 1995; zit. n. Vollmer, 1996, S. 187). Die Sorgen sollten minimiert werden, da dies sowieso nichts bringt. Lieber sollte man sich auf die eigenen Bedürfnisse konzentrieren.

12. „*Behalten Sie Ihren Sinn für Humor*“ (Freudenberger, 1995; zit. n. Vollmer, 1996, S. 187)! Als sehr gutes Mittel gegen Burnout dient noch immer, Freude, Glück und Humor im Leben zu haben.

In der Literatur von Burisch (2010, S.247-248) gibt es noch weitere Ansatzpunkte für das betroffene Individuum, die auf empirischen Studien basieren:

- Wenn die Aufmerksamkeit auf sich selbst gerichtet ist, wäre es sinnvoll, ein Stress-Tagebuch zu führen. Speziell Maslach empfiehlt dies.
- Weiters wäre es wichtig, eine Selbst-Diagnose durchzuführen, mittels speziell danach ausgerichteten Fragebögen.
- Ein organisiertes Stressmanagement ist auch eine gute Prophylaxe für das Burnout-Syndrom.
- Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt ist auch eine gesunde Lebensweise, die richtige Ernährung und genügend Bewegung umfasst.
- Des Weiteren werden Rational-Emotive-Therapie, kognitive Verhaltenstherapie und die sogenannte Stress-Impfung empfohlen. Burisch meint, dass diese sehr gut als Einzeltherapien funktionieren.
- Unter anderem gibt es verschiedene Entspannungstechniken, die laut Studien auch einen wertvollen Beitrag zur Prophylaxe leisten. Laut Schaufeli und Enzmann sind gute Entspannungstechniken die Muskelrelaxation (nach Jacobsen oder au-

togenes Training), Atemtechniken, Meditationen und Biofeedback (Burisch, 2010, S.247-248).

Zusammenfassend ist zu sagen: Das Modell von Freudenberger hat viele individuelle Tipps zur Verfügung, die täglich angewendet werden können. Dies ist mit einem Stress-Tagebuch zu vergleichen. Burisch hingegen verfügt über weitere Interventionen, wie Entspannungstechniken, Sport, Stressmanagement und verschiedene Verhaltenstherapien.

Resultierend ist „Nähe" für Burnout-PatientenInnen ein sehr wichtiges Thema. Beziehungen zur Familie und zu Freunden können sehr helfen. Laut Csikszentmihalyi bereiten auch selbstgewählte Tätigkeiten Freude oder Glück, welche mit dem Erlebnis „Flow" verbunden sind. Dies könnte zum Beispiel für die einen Sport und für andere Klavierspielen sein. Oft lohnen sich diese „vergessenen" Beschäftigungen, die auf kein äußeres Ziel hinlaufen, sehr. Diese Tätigkeiten, das „heilsame Versinken", nennt Burisch „psychische Selbstversorgung" und das könnten zum Beispiel auch Yoga oder Meditation sein. Der Begriff „Selbstakzeptierung" ist für Burisch auch eine wichtige Vorbeugung, wo er folgendes Motto als wichtig empfindet: „Ich bin o.k., du bist o.k." (Obkircher, 1999, S.105-106).

Behandlungen des Burnouts:

Die allgemeinen Behandlungen sind sehr deckungsgleich mit den Präventionsmaßnahmen (Hillert, 2012, S.191), aber da sie für die Arbeit sehr wichtig sind, werden nochmals einige erwähnt. Folgende Behandlungen werden näher beschrieben:

- Selbstbehandlung
- Gesundheitsförderung und Freizeitgestaltung
- Arbeitsverbesserung durch Arbeitswechsel
- Soziale Unterstützung

Ad Selbstbehandlung:

Wie schon oben im Rahmen der Prävention erwähnt, sollen Burnout-gefährdete Personen immer wieder ihren Alltag reflektieren. Auch Fengler (1999) beschrieb einige Maßnahmen der Selbstbehandlung, die sich folgendermaßen zusammensetzen:

- *„Lasse ich in der Gestaltung meines Alltags Vernunft walten?*

- *Konsumgewohnheiten, Essen, Trinken und Schlaf, Bewegung, Freizeit, Freundeskreis, Wohnung, Wege der Arbeit, Rückkehr nach Hause, Termingestaltung – hat das alles Vernunft?*
- *Schleppe ich unerledigte Geschäfte mit mir herum?*
- *Erfüllt mich bezüglich meiner Tätigkeiten eine tiefe Abneigung?*
- *Verbringe ich zu viel Zeit in Sitzungen, mit Verwaltungsarbeit, im Auto, vor dem Fernseher?*
- *Bei welchen Gelegenheiten greife ich zu kleinen oder größeren Notlügen, Über- und Untertreibungen, Unwahrheiten?*
- *Welche Menschen kann ich zu meiner Entlastung und Unterstützung in Anspruch nehmen?"* (Fengler, 1999, S.314; zit. n. Haubenberger, 2008, S.38)

Diese Überlegungen, die Fengler anführt, können zu einem angenehmeren Alltag führen. Einige Autoren vertreten die Meinung, Entspannungstechniken und Stresstagebücher sollten der Psychohygiene zugeordnet werden, die auch schon in der Prävention erwähnt wurde (Haubenberger, 2008, S.38-39).

Ad Gesundheitsförderung und Freizeitgestaltung

Hierzu gehören gesunde Ernährung, ausreichend Schlaf, wenig Stresssituationen, viel Erholung und regelmäßige, aktive Bewegung. Folgend gehören auch die Flow-Erlebnisse, die von Mikaly Csikszentmikalyi (2008) als „*Gipfelerlebnisse*" benannt wurden, dazu, welche auch sehr motivierend für den Menschen sein können. Die Flow-Erlebnisse halten glückliche Augenblicke fest, welche immer wieder abrufbar sind. Aronson et al (1983) schreiben folgendes über aktuelle Glücksempfindungen:

> *„Die Gipfelerlebnisse bestimmen die Sinnhaftigkeit des Lebens, und ein einziger Augenblick kann rückwirkend einem ganzen Leben Sinn geben."* (Aronson et al, 1983, S.176)

Die Personen, die regelmäßig das Gefühl des „*Flows*" erleben, sind weniger dem Überdruss ausgesetzt. Diese Gefühle sollen entweder in der Arbeit oder in der Freizeit erreicht werden (Aronson, 1983, S.177).

Ad Arbeitsverbesserung durch Arbeitswechsel

Hierzu gibt es wenig Forschungsuntersuchungen, nur Cherniss (1999) führt eine genauere Analyse durch (siehe auch 2.1.4 Burnout-Modelle). Sie erklärt verschiedene Erholungsgründe der Burnout-Betroffenen. Diese lagen in einer Veränderung der Arbeitssituation und in den individuellen Voraussetzungen (Cherniss, 1999, S.135f.; zit. n. Haubenberger, 2008, S.40):

Verbesserung der Situation am neuen Arbeitsplatz:

- mehr Selbstbestimmung
- in bestimmten Situationen mehr Unterstützung für MitarbeiterInnen; Wertschätzung und Anerkennung
- Chef sollte Vertrauen in seine MitarbeiterInnen setzen
- Zusammenarbeit der KollegenInnen

Individuelle Voraussetzungen beachten:

- eigene Stärken und Schwächen realistisch einschätzen können
- mehr Verhandlungskompetenz in Organisationen
- das Engagement sollte im Gleichgewicht mit der Familie und Arbeit sein
- die Ziele und Erwartungen sollten realistisch sein

Es konnten sich auch einige PatientInnen/Betroffene ohne Arbeitsplatzwechsel regenerieren, wobei die Gründe in den individuellen Voraussetzungen angeführt wurden (Haubenberger, 2008, S.40-41).

Ad Soziale Unterstützung

Nicht nur Sport, richtige Ernährung oder eine allgemeine, gesunde Lebensführung wirken stressmildernd, auch soziale Kontakte können dazu beitragen. Sobald Menschen sich wohlfühlen, wird das Hormon Oxytocin ausgeschüttet, welches beruhigend und angstreduzierend wirkt. Dieses Wohlfühlhormon wird zum Beispiel beim Kuscheln ausgeschüttet, das auch Muskelverspannungen lösen kann. Oxytocin verbessert auch die soziale Wahrnehmung, welche ja bei Burnout-Betroffenen stark reduziert ist. Aus diesem Grund wirken sich Nähe und soziale Kontakte auf Burnout-Patienten positiv aus (Keck, 2012, S.49).

2.4.2 Allgemeine medizinische Therapien des Burnouts

Medikation und ambulante/stationäre Psychotherapie

Die Behandlung des Burnout-Syndroms von Ärzten ist meist sehr multidimensional ausgerichtet. Die Therapie beginnt mit einer ausführlichen Beschreibung der Beschwerden des/der Patienten/in. Danach wird vom/von der Arzt/Ärztin eine internistische und neurologische Statuserhebung vorgenommen, wobei eine Labor- und apparative Untersuchung mit eingeschlossen ist. Es ist wichtig, dass die Behandlung nach dem Ausprägungsgrad der psychiatrischen, psychosomatischen oder somatischen Krankheiten gestaltet wird. Diese Störungen werden nach den anerkannten Therapiestandards behandelt (Kapfhammer, 2012, S.1286-1288).

Prinzipiell kann die Behandlung ambulant, stationär oder teilstationär durchgeführt werden. Die stationären Therapien erfolgen meist in psychosomatischen und psychotherapeutischen Fachkliniken. Hierbei stehen Gruppentherapien im Vordergrund, wo verschiedene Therapieansätze angeboten werden. Je nach Krankenhaus gibt es verschiedene Angebote, wie zum Beispiel Musiktherapie, Achtsamkeitstraining, Entspannungsverfahren, Kreativ- oder Ergotherapie oder Sport- und Bewegungstherapie.

Bei der ambulanten Psychotherapie liegt der Schwerpunkt der Behandlung meist auf Medikamenten, die Psychopharmaka genannt werden (Krause, 2011, S.18-20).

Die körperzentrierte psychotherapeutische Therapie (KZPT)

In der psychosomatischen Medizin und der Psychotherapie sind achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Verfahren gegen Stress unabdingbar. Diese Therapien verändern kognitive und emotionale Prozesse und sind wesentlich für die Wiederherstellung der Gesundheit. In der KZPT wird das anthropologische Würfelmodell von Yvonne Maurer (1998, 2002 & 2006) angewendet, welches über sechs Lebensstufen des menschlichen Seins (die körperliche, soziale, psychisch-geistige, räumliche, zeitliche und spirituelle-transzendente Dimension) und über vier funktionale Stufen (Denken, Fühlen, Wahrnehmen, Handeln) verfügt. Zusätzlich gibt es noch Therapien zur Wahrnehmung der verschiedenen Sinne. Mit Hilfe dieses Modells wird schnell eine Dysbalance ausfindig gemacht, was bei einem Burnout-Syndrom zu einer Strukturveränderung des Würfels führt. Der/Die betroffene Burnout-PatientIn erfährt verschiedene Veränderungen in seinem/ihrem Körper. Folgend wird die gesamte soziale und psychische Ebene aufgrund

dieses Syndroms angegriffen. Das Modell von Maurer befasst sich mit der Überprüfung der Vorstellungen, Ziele, Probleme und Lösungsversuche eines betroffenen Menschen und der danach gezielten Intervention. Diese Therapie beinhaltet Gespräche, Entspannungs-, Atem- oder auch Imaginationsübungen.

Eine ganzheitliche Sicht ist für eine Heilung essentiell, da nicht nur an einer Lebensdimension gearbeitet wird. Wäre dies der Fall, könnte wieder eine Dysbalance entstehen und eine Heilung wäre nicht absehbar (Künzler, Böttcher, Hartmann & Nussbaum, 2010, S.201).

Die körperzentrierte Psychotherapie

Der/Die betroffene Burnout-PatientIn bekommt nicht nur Informationen über sein/ihr Krankheitsbild, sondern auch verschiedene Einblicke in Körper, Geist und Emotionen. Es werden akustische, körperliche und visuelle Kommunikationsebenen eingebunden. Die meisten Menschen erleben diese Art der Therapie zum ersten Mal, welche über den Begriff der „Körperlichkeit“ vereinfacht wird. Mit Hilfe der eigenen Wahrnehmung und des daraus resultierenden Handelns erkennt sich die betroffene Person, als die, die sie ist. Die Selbstattributation (sich selbst identifizieren) und die Fremdattributation (von anderen als das erkannt werden, was man ist) spielen dabei eine wichtige Rolle. Die Therapie beginnt meist mit einer Schulung der Wahrnehmung, da Burnout-PatientenInnen den Bezug zum Körper verloren haben. Ein Übungsbeispiel wäre, dass die PatientInnen die Aufmerksamkeit auf ihre eigenen Füße richten. Sie sollen fühlen, was sie beim Aufsetzen des Fußes spüren oder welche verschiedenen Untergründe sie wahrnehmen können. Dieser Fokus auf die Wahrnehmung gibt dem/der Betroffenen wieder mehr Selbstsicherheit. Diese Wahrnehmungsfokussierung löst im Körper positive Rückmeldungen aus. Denn vorher gab der Körper nur negative Feedbacks von sich, wie zum Beispiel Rückenschmerzen, Herzklopfen oder Bauchschmerzen. Der Körper wird nun wieder mehr wertgeschätzt. Der Burnout-Prozess kann durch diese Wahrnehmung der Signale wieder besser beeinflusst werden. Dieser Fokus ist nur mit Hilfe von weiteren Methoden möglich, wie Entspannungstechniken, Atemübungen, Zeitmanagement oder Abgrenzungsfähigkeiten. Schaffen es betroffene Personen nicht, ihren Körper richtig zu spüren, dann liegen Störfaktoren (z.B.: Depression) vor. Diese werden oft mit antidepressiv-heilender Medikation behandelt. Dies zeugt von der Wichtigkeit der fachübergreifenden SpezialistInnen (Künzler, Böttcher, Hartmann & Nussbaum, 2010, S.201-202).

2.5 Zusammenfassung

Das Burnout ist noch ein relativ junges Forschungsgebiet, das Probleme bezüglich der Definitionen und Begriffsbestimmungen aufwirft. Symptomatik und Verläufe des Burnouts werden von bekannten Burnout-ForscherInnen unterschiedlich angegeben. Auch in der Medizin im ICD 10 wird das Burnout-Syndrom noch nicht als definierte Krankheit anerkannt. Die Ärzte/innen weichen auf die Diagnose „Depression“ aus.

Anfangs war man der festen Überzeugung, die Krankheit sei nur bei Menschen in Sozialberufen zu finden, doch aufgrund der einsetzenden Forschungen weitete sich Burnout auf verschiedenste Berufsgruppen aus.

Die Pionierphase des Burnout-Syndroms ist von Freudenberger, Maslach, Cherniss und Pines geprägt. Maslach stellte ein Messinstrument, namens MBI für die Feststellung von Burnout, auf. Dieser Fragebogen findet in der Burnout-Forschung noch heute die meiste Anwendung.

Burisch ist in der heutigen Zeit ein sehr bekannter Burnout-Forscher. Er fasste im Großen und Ganzen die bisherige Literatur zur Burnout-Forschung zusammen. Fernerhin stellte er eine Tabelle von typischen Phasen des Burnouts her. Angesichts der vielen verschiedenen Phasen des Burnouts, kommt es zu einigen Überschneidungen mit benachbarten Forschungsgebieten. Die wichtigsten sind Stress, Depression und Frustration/Aggression.

Die Literatur der Prophylaxe und der Behandlungen des Burnouts ist mittlerweile unüberschaubar geworden. Infolgedessen ist es schwierig, genaue Empfehlungen zur Burnout-Behandlung zu geben. Nebenbei sind sich die Prophylaxe und die Behandlungen teilweise sehr ähnlich.

Aufgrund dieser zahlreichen Schwierigkeiten ist es nicht verwunderlich, dass die Therapie des Burnouts einen eher allgemeinen Charakter hat.

3 BEWEGUNGSTHERAPIE FÜR DAS BURNOUT-SYNDROM

Körperliche Bewegung wird schon seit jeher für einen gesunden Körper und Geist empfohlen. Nahezu in jeder Kultur gab es Freizeitgestaltungen mit körperlichen Aktivitäten und Spielen. Seit Beginn der Industrialisierung führte die Zunahme des Arbeitsaufwandes zu einer Reduzierung der körperlichen Betätigung in der Freizeit. Auch der maschinelle Einsatz, die neuen Kommunikationssysteme und andere Privatvergnügen (Fernsehen, Computer) führten zu einer weiteren Abnahme der Leistungsfähigkeiten. Aus der Medizin wissen wir heute, dass genau diese veränderten Lebensstile zu verschiedensten Fehlschaltungen im Körper führen können. Demzufolge ist Bewegung für Körper, Geist und Seele unabdingbar. Die Bewegungstherapie leistet daher auf der biologischen, sozialen, psychischen und physiologischen Ebene einen wesentlichen Beitrag dazu.

3.1 Zum Begriffsgefüge „Bewegungstherapie – Mototherapie – Sporttherapie – Trainingstherapie“

In der Bewegungstherapie arbeiten unterschiedliche TherapeutInnen, beziehungsweise MedizinerInnen zusammen. Hier kommt es oft zu unterschiedlichen Auffassungen der Therapien. Aufgrund dessen ist es umso wichtiger, die gängigsten Begriffe zu klären (Halle, 2008, S.3).

3.1.1 Der Begriff „Bewegungstherapie“

Hölter (2011, S. 72) befasst sich mit der Bewegungstherapie für psychisch Kranke, welche als Überbegriff der verschiedenen Therapien definiert wird. Er knüpft an die bisherigen Ausführungen des Bewegungsbegriffes an und betrachtet typische Merkmale klinischer Interventionen in der Gesundheitsvorsorge. Er definiert die klinische Bewegungstherapie folgendermaßen:

> *„Gegenstand der klinischen Bewegungstherapie sind Leiblichkeit und Bewegung des Menschen aus einer instrumentellen, sensiblen, sozialen und symbolischen Perspektive. Als interdisziplinäre klinisch-therapeutische Maßnahme besteht sie aus Diagnostik, Indikation, Intervention und Evaluation. Neben der klinischen Akutbehandlung umfasst*

sie auch Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung, sowie der Rehabilitation und Pflege".

Bei der Definition gibt es einen Unterschied zwischen Leiblichkeit und Bewegung in der Intervention. Es gibt viele verschiedene Verfahren, bei welchen das Individuum nur passiv bewegt wird. Die Leiblichkeit bezieht sich auf Signale, die im Körperinneren wahrgenommen werden. Dies sind: Entspannungsverfahren, autogenes Training oder Sinneseindrücke des eigenen Körpers in Raum und Zeit (Feldenkrais-Arbeit). Eine andersartige Form der Wahrnehmung kann auch von außen kommen, welche Massage, Berührungstechniken oder Aromatherapien umfassen kann.

Sport hingegen ist eine zielgerichtete Bewegungshandlung, die in vier Gruppen eingeteilt wird: Alltagsbewegungen (Radfahren oder Spazierengehen) und sportliche-spielerische Aktivitäten (Sporttherapie), Bewegungen ohne zusätzlichen Energieverbrauch (Entspannung oder Meditation) oder bewusste Ausdrucksbewegungen (Tanz, Pantomime oder Jux) (Hölter, 2011, S.72-73).

Hinzukommend fließen in der Bewegungstherapie Aspekte unterschiedlicher Fachdisziplinen, wie Sport-/Bewegungswissenschaft, Medizin und Psychologie ein (siehe Abb. 5). Die Sport- und Bewegungswissenschaft beinhaltet alle sportlichen Bewegungen, deren Untersuchungen sich an den psychischen Effekten des Übens und Trainierens orientieren. Zu dieser Wissenschaft gehören Trainings- und Bewegungslehre, Sportpsychologie, Sportpädagogik, Behindertensport und Rehasport. Außerdem werden noch Mototherapie, Sporttherapie und Gesundheitssport integriert, welche aber auch zur klinischen Bewegungstherapie gehören. Die Medizin orientiert sich hier nur an psychischen Erkrankungen. Dazu gehören die Fachrichtungen der Psychiatrie, Psychomotorik, Neurologie und die Psychosomatik. Die psychosomatische Medizin stellte einen Zusammenhang zur Bewegung her und entwickelte Mitte der 1950er Jahre die konzentrative Bewegungstherapie. Die kommunikative Bewegungstherapie und die Physiotherapie gehören ebenfalls zur Bewegungstherapie und zur Medizin. Die klinische Psychotherapie wird hier auch unter der Fachbezeichnung „Psychomotorik" beschrieben. Zu ihr gehören die allgemeine Psychologie, die klinische Psychologie und die Psychotherapie. Die Begriffe „integrative Bewegungstherapie", „Tanztherapie" und „Köperpsychotherapie" werden auch in Verbindung mit der Bewegungstherapie gebracht (Hölter, 2011, S.75-77).

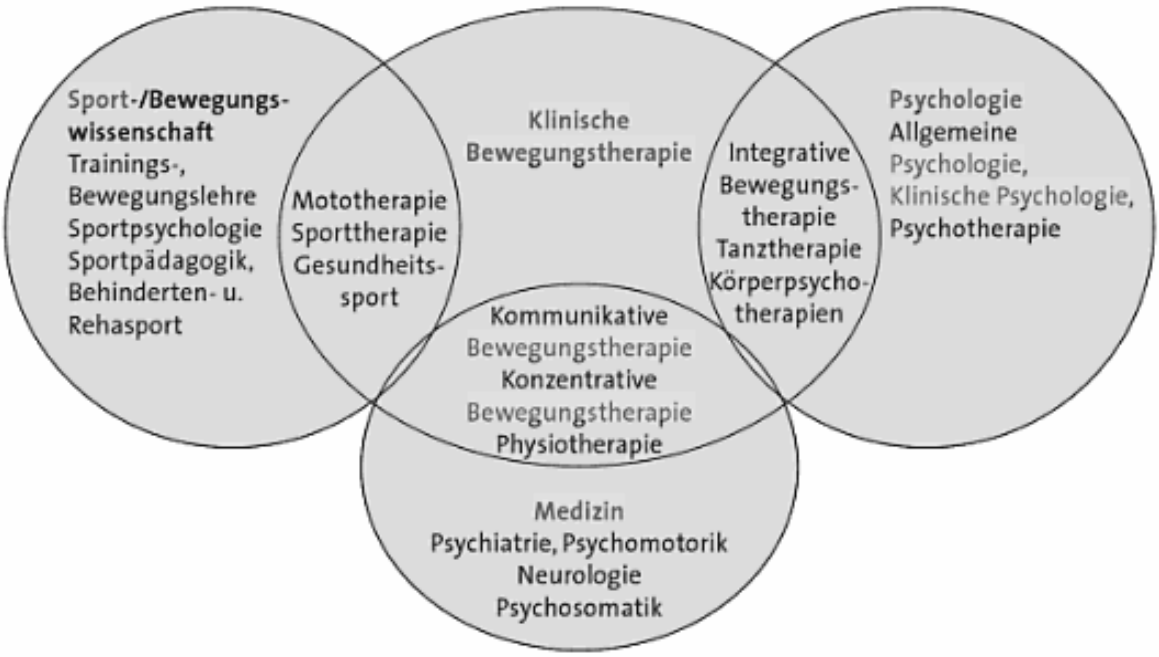


Abbildung 5: Die klinische Bewegungstherapie im Schnittpunkt von Sport- und Bewegungswissenschaft, Medizin und Psychologie (mod. n. Hölter, 2011, S. 77)

Eine weitere Begriffsbestimmung der Bewegungstherapie stellte Halle (2008, S.3) auf:

> *„Definiert als eine ärztlich, induzierte und verordnete Bewegung, die vom Fachtherapeuten geplant und dosiert, gemeinsam mit dem Arzt kontrolliert und mit dem Patienten alleine oder in der Gruppe durchgeführt wird".*

Bewegungen müssen somit nicht nur von Fachtherapeuten geplant, sondern auch regelmäßig in Gruppen oder in Einzeltherapie durchgeführt und von Ärzten kontrolliert werden.

Haber und Tomasits (2006, S.1f.) sehen die Bewegungstherapie als Übergriff von drei unterschiedlichen Arten der Bewegungen: Bewegung im Alltag, Üben und Training.

Der Überbegriff „Bewegungstherapie" ist weitgreifend und schließt viele andere Disziplinen mit ein.

3.1.2 Der Begriff „Mototherapie"

Die Mototherapie wird, entsprechend Hölter (1993, S.18), als eine Form der Bewegungstherapie verstanden, die durch Spiel, Sport und Bewegung dem Menschen Möglichkeiten der Selbst- und Welterfahrung gibt. Das individuelle Bewegen gehört unbedingt mit der Gesellschaft zusammen, was die soziale und materiale Umwelt darstellt. Obendrein findet

durch Bewegung eine „Bewegung“ statt, was für viele Personen sehr viel bedeuten kann und unterschiedlich wahrgenommen wird. Diese unterschiedlichen Wahrnehmungen sind das Gerüst der bewegungsorientierten Therapien, die je nach individueller Ausgangslage anders behandelt werden (Hölter, 1993, S.18).

3.1.3 Der Begriff „Sporttherapie“

Im Begriff „*Sporttherapie*“ stecken zwei widersprüchliche Wörter, nämlich Sport und Therapie. Zum Begriff „*Sport*“ gehören fast alle Aktivitäten, die mental oder physisch sein können. Sporttherapie wird in der gängigsten Definition (1986) vom Deutschen Sporttherapeutenbund in den übergeordneten Bereich der „Bewegungstherapie“ integriert. Hinzukommend ist die Sporttherapie eine Handlungstherapie mit Sporthandlung, was nicht nur ein sportliches Training mit Prävention und Rehabilitation darstellt (Schüle und Huber, 2012, S.30-31). Folgend ist der Begriff „Sport“ sehr weitläufig und umfasst jede Tätigkeit, wie zum Beispiel auch das Drachenfliegen. Deshalb wird der Begriff „Sporttherapie“ insgesamt sehr unscharf definiert (Haber & Tomasits, 2006, S.1). Hier die gängigste Definition der Sporttherapie von Schüle und Huber (2012, S.30):

> *„Sporttherapie ist eine bewegungstherapeutische Maßnahme, die mit geeigneten Mitteln des Sports gestörte körperliche, psychische und soziale Funktionen kompensiert, regeneriert, Sekundärschäden vorbeugt und gesundheitlich orientiertes Verhalten fördert. Sie beruht auf biologischen Gesetzmäßigkeiten und bezieht besonders Elemente pädagogischer, psychologischer und sozialtherapeutischer Verfahren ein und versucht eine überdauernde Gesundheitskompetenz zu erzielen“.*

Die Sporttherapie ist eine Unterdisziplin der Bewegungstherapie und wird trotz allem auch sehr umfangreich genutzt.

3.1.4 Der Begriff „Trainingstherapie“

Der Begriff „medizinische Trainingstherapie“ ist noch nicht sehr verbreitet und wird daher noch sehr häufig mit den Begriffen der „Bewegungstherapie“ oder der „Sporttherapie“ ersetzt (Haber & Tomasits, 2006, S.1).

Haber und Tomasits (2006, S. 1) definieren die medizinische Trainingstherapie (MTT) wie folgt:

> *MTT ist die Anwendung von körperlichem Training bei (noch) Gesunden oder Patienten, im Rahmen einer medizinischen, präventiven oder kurativen Behandlung, auf ärztliche Empfehlung und Verordnung, mit klaren Indikationen, zur Erreichung von definierten Therapiezielen. MTT ist also eine Fortsetzung der medizinischen Therapie mit einem anderen Mittel.* (Haber & Tomasits, 2006, S.1)

Haber und Tomasits (2006) orientieren sich in ihrer Definition mehr an den physiologischen Erkrankungen als an den psychologischen.

In dieser Arbeit werden die Bezeichnungen „Sport"-, „Moto"- und „Bewegungstherapie" als ein Begriff verwendet, da die Bewegungs-/Mototherapie nur ein Überbegriff ist, beziehungsweise im Schnittpunkt verschiedener Therapien liegt. Inhaltlich wird darunter Bewegung, Spiel und Sport im therapeutischen Rahmen verstanden.

3.2 Bewegungs- und Sporttherapie bei psychosomatischen Erkrankungen

Der folgende Absatz beschäftigt sich mit der Folgewirkung der Bewegungstherapie. Die effektive Behandlung durch Sporttherapie für psychisch Kranke ist nicht neu. Schon im Altertum war der gesundheitsfördernde Aspekt von Bewegung auf die Psyche weitreichend bekannt. Diese Entwicklung der Sporttherapie mit psychisch Kranken begann erst in den 70er Jahren. Wissenschaftliche Dokumentationen dazu gibt es zum Beispiel von Rieder (1988), Hölter (1993), Deimel (1994) und Maurer (1996) (Kleinagel, 2004, S.37).

Schulte (1999, S.127; zit. n. Kleinagel, 2004, S.37) meint, die Sporttherapie bei psychischen Erkrankungen basiere auf mehreren wissenschaftlichen Untersuchungen und etabliere sich in zahlreichen ambulanten und stationären Einrichtungen. Unter anderem ist die Bewegungs- und Sporttherapie ein ganzheitlicher Ansatz mit multiprofessionellem Vorgehen.

Eine Bandbreite der Bewegung von Hölter (1993), die sich in der Psychiatrie etabliert hat, gibt die Darstellung Hölters (Abb.6) wider:

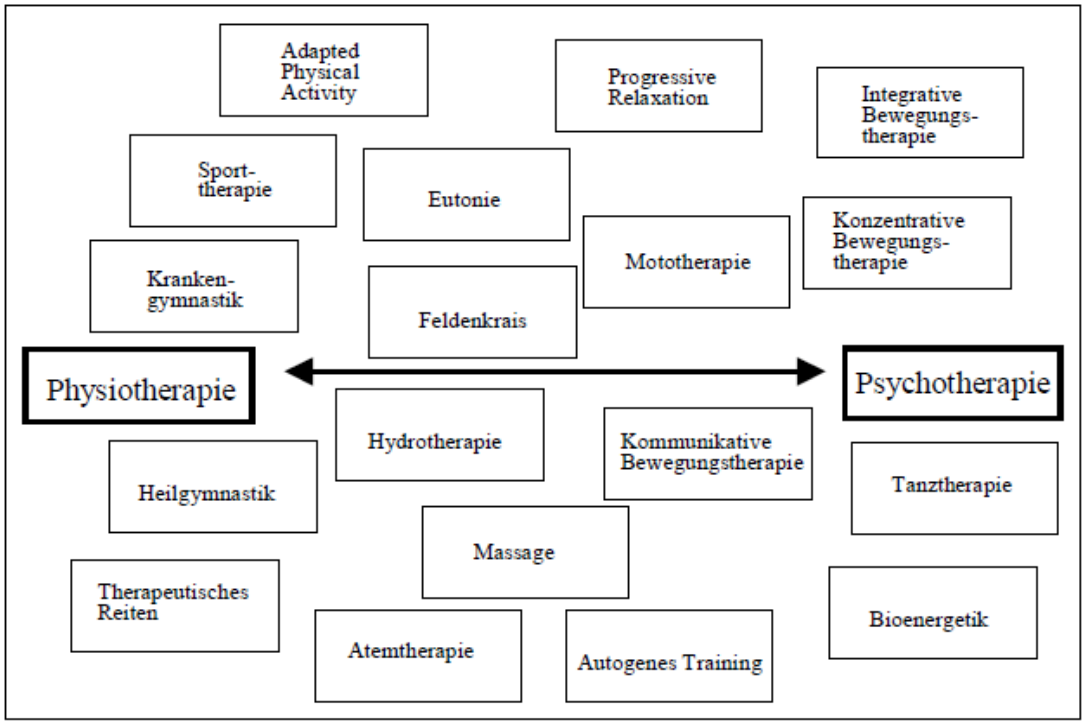


Abbildung 6: Körper- und bewegungsorientierte Verfahren in der Psychiatrie (mod. n. Hölter, 1993, S.13; zit. n. Kleinagel, 2004, S. 37)

In der Abbildung 6 zeigt Hölter (1993) die einzelnen Verfahren zwischen den beiden Großpolen Physiotherapie und Psychotherapie. Die angeführten Verfahren lassen sich von links ausgehend in unterschiedliche Schwerpunkte einteilen: in übungszentriert-funktional, in erlebniszentriert-stimulierend und in konfliktzentriert-aufdeckend arbeitende Verfahren. Es herrscht keine strikte Trennung zwischen den einzelnen Verfahren, da die Übergänge in der Praxis fließend sind.

Bewegungs- und Sporttherapie mit psychisch Kranken bringt unterschiedliche Ziele mit sich. Die Ziele sind unter anderem, die körperliche Ausgangslage zu verbessern, die medikamentösen Nebenwirkungen zu mildern und das Verhalten auf der psycho-sozialen Ebene positiv zu beeinflussen (Kleinagel, 2004, S.37-38). Hier gilt laut Deimel (1978, S.585; zit. n. Kleinagel, 2004, S.38), dass unterschiedliche psychiatrische Krankheitsbilder unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen benötigen.

3.3 Wirkung der Bewegungstherapie

> „*Wer seinen Körper, so gut es geht, fit hält, dient damit auch der Seele. Wirklich ernsthaftes Training ist bei Depression zwar ungefähr das Widerwärtigste, was ich mir vorstellen kann, und macht gewiss keinen*

> *Spaß, aber hinterher fühle ich mich immer tausendmal besser. Körperliche Anstrengung lindert auch Ängste, denn bei Übungen wird Nervenenergie verbraucht, was beruhigend wirkt.“* (Solomon, 2001, S.138; zit. n. Hölter, 2011, S.169)

Dieses Zitat von Solomon (2011, S.138) sagt schon sehr viel über die Wirkung der Bewegungstherapie aus, die bei affektiven Störungen wie Burnout helfen kann.

Deswegen werden die Wirkmechanismen der Bewegungstherapie für die praktische Anwendung angeführt. Diese reichen von physiologischen Erklärungsansätzen bis hin zu psychologischen (siehe Abb.7) und werden von Hölter (2011, S.176) näher erklärt:

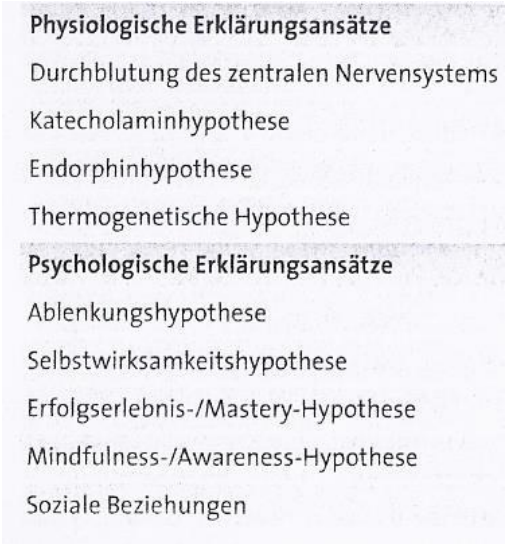


Abbildung 7: Erklärungsansätze zur Wirkung der Bewegungstherapie (mod. n. Hölter, 2011, S.176)

Zur Erklärung der Abbildung 7 und weiteren Erklärungsansätzen:

- Physiologische Erklärungsansätze:
    - Endorphinhypothese: Diese Hypothese besagt, dass bei einer langandauernden aeroben Belastung verschiedene Endorphine freigesetzt werden, die im Zentralnervensystem und im peripheren Blut nachweisbar sind. Bei depressiven Personen besteht ein Mangel an diesen Hormonen und deshalb kann Sport zur Minderung dieser Symptomatik führen. Diese Endorphine haben eine beruhigende und glücksgefühlstimulierende Wirkung. Dieses Ausmaß wird bei einer Bewegungstherapie selten erreicht und wird erst ab einem erhöhten Belastungsniveau wirksam, wie zum Beispiel bei MarathonläuferInnen.

- Katecholamin-/Serotoninhypothese: Depressive PatientInnen verfügen über einen Serotonin- und Katecholaminmangel, was bei Burnout-PatientInnen auch häufig vorkommt. Dieser Mangel führt zu negativen Gefühlen und Stimmungen. Bei Ausdauerbelastungen zeigten Untersuchungen einen Anstieg der Produktion dieser Substanzen. Dadurch sind die negativen Gefühle beeinflussbar und es kommt zu einer Stimmungsverbesserung, welche eine Erhöhung der Stimmungsaufheller Dopamin und Katecholamin zur Folge hat. Schon geringe körperliche Belastungen führen zu einer Erhöhung des Amin-Spiegels.
- Kardiovaskuläres und muskuläres System: Schrode (1986) meint, es komme zu einer Verbesserung der kardiovaskulären Funktionen bei Sportaktivitäten, was zu einem erhöhten Wohlbefinden und zu einem besseren Stressmanagement führt. Dies ist besonders bei Burnout-PatientInnen von Bedeutung. Nebenbei führt ein niedriges Ruhepotential der Muskulatur nach sportlicher Betätigung zu einem allgemein geringeren Spannungszustand.
- Thermogenetische Hypothese: Hier kommt es zu einem Körpertemperaturanstieg durch körperliche Aktivität, der ebenfalls Stimmungen verbessert.

- Psychologische Erklärungsansätze:
  - Ablenkungshypothese: Diese veraltete Hypothese ist immer wieder sehr einleuchtend (siehe auch Zitat von Solomon). Regelmäßige Aktivitäten lenken von negativen Gedanken ab, welche dem Alltag wieder mehr Orientierung geben.
  - Selbstwirksamkeitshypothese und Erfolgserlebnis-/Mastery-Hypothese: Aufgrund der Aneignung neuer Fertigkeiten im Bereich der körperlichen Leistungen erfahren Personen mit Burnout-Erkrankungen eigene Kompetenzen und Wirksamkeit, was positive Energie in Richtung des Selbsterlebens und Selbstbewertens bewirkt. Obendrein werden nach der Bewertung der eigenen Trainingsleistung Gefühle der Stressbewältigung frei. Diese Erfolgserlebnisse sind hier ein wichtiger Faktor für Burnout-PatientInnen.
  - Mindfulness-/Awareness-Hypothese: Hier gibt es einige Studien über Depressionen, die Veränderungen der Körperwahrnehmung und eine verbes-

serte Wahrnehmung von Körpersignalen bewirken, was eine veränderte Einstellung zum Körper ableitet.

- Soziale Beziehungen: Hierüber gibt es noch keine Studie, aber GesundheitsforscherInnen sagen, dass dieser Nebeneffekt bald zum Haupteffekt werden wird.

Die Bewegungstherapie zeigt somit bei leichten bis mittelschweren depressiv-affektiven Störungen ähnliche Wirkung, wie Psycho- und Pharmakotherapie und ist daher heute unersetzbar in der therapeutischen Anwendung. (Hölter, 2011, S.176-178 & Hölter, 1993, S.45-47).

3.4 Ziele der Bewegungstherapie

Die differenzierten Ziele der Sport- und Bewegungstherapie werden mit Bezug auf Hölter (1993) und Schüle/Huber (2012) näher erklärt:

Ad Hölters (1993) Auffassung:

Eine allgemeine Zusammenfassung der Ziele stellt Meyer (1987) auf, die in Abbildung 8 gezeigt wird:

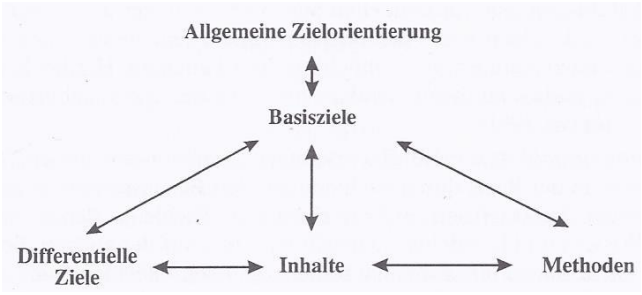


Abbildung 8: Ziele der Moto-/Bewegungstherapie (mod. n. Hölter, 1993, S.19)

Mit der allgemeinen Zielorientierung der Bewegungstherapie meint man, dass es zu einer „Wiederherstellung der Gesundheit“ kommen soll. Dies ist jedoch für die Arbeit noch zu allgemein und wird deswegen in „Wiederherstellung der psychischen Gesundheit“ umbenannt. Die nächste Stufe stellen die Basisziele dar, welche in direkter Verbindung mit der allgemeinen Zielorientierung stehen. Die Basisziele bieten den Rahmen für differentielle Ziele, Inhalte und Methoden der Mototherapie. Alle Themen stehen in Wechselwirkung zueinander. Bei der Therapieplanung wird auf die Situation und auf das Individuum einzeln eingegangen.

Da die psychische Gesundheit noch immer zu allgemein dargestellt ist, wird sie mit Hilfe des Modells der Salutogenese von Antonovsky (1979) differenziert (siehe Abb.9):

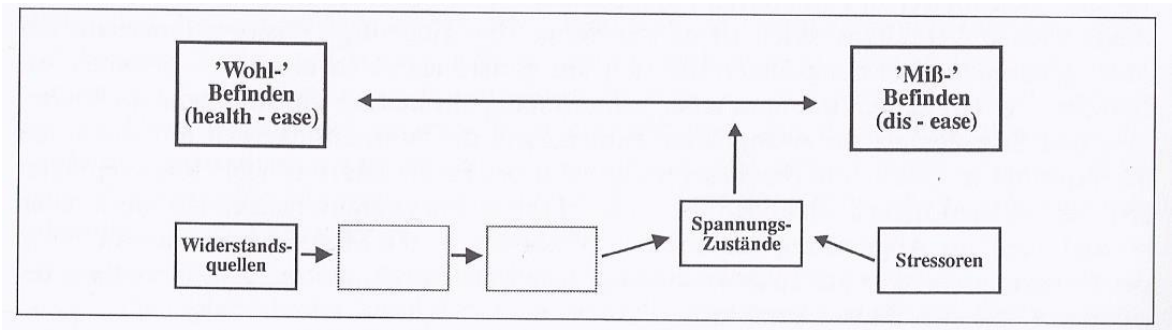


Abbildung 9: Vereinfachtes Modell der Salutogenese von Antonovsky (1979; mod. n. Hölter, 1993, S.22)

Das Modell von Antonovsky ist eine vereinfachte Form und kommt aus der Stressforschung. Es stellt eine Beziehung zwischen „Wohl-befinden“ (health-ease) und „Missbefinden“ (dis-ease) her, welche von einer Balance der Spannungszustände zwischen krankmachenden Stressoren und gesundheitserhaltenden Widerstandsquellen abhängig ist. Die Stressoren können endogene Faktoren, exogene Faktoren, prägende Lebensabschnitte oder Umweltfaktoren sein. Gesundheitserhaltende Widerstandsquellen hingegen wären zum Beispiel Kenntnisse und Kompetenzen, Sicherheiten und Erfahrungen im Tun, Wert- und Glaubenssysteme oder unterstützende soziale Systeme. Des Weiteren untersucht Kraus (1987) auf der Basis des Modells von Antonovsky mögliche Auswirkungen des Sporttreibens auf die Widerstandsquellen, Spannungszustände und Stressoren. Hier lässt sich sagen, dass die Bewegungstherapie auf der organischen Basis stabilisiert. Weiters erhöht sie das kognitive Wissen über leib-seelische Funktionszusammenhänge und stärkt das Selbstvertrauen. All diese Widerstandsquellen sind entscheidend für das Wohlbefinden der psychischen Gesundheit des/der PatientIn. Diese Reibungen wirken indirekt gegen Stressoren.

In der Abbildung 8 werden auch differentielle Ziele genannt. Diese werden jeweils gesondert für einzelne PatientInnen beziehungsweise Gruppen adaptiert.

Weitere Ziele der Bewegungstherapie stellen die Basisziele dar. Die Basisziele werden in vier Zielgruppen unterteilt, die sich jedoch oft in der Praxis überschneiden:

1. Aktivierung
2. Freizeitgestaltung
3. Vermittlung von Fertigkeit und Wissen und
4. Bewegung als Medium der Psychotherapie (siehe Abb. 10)

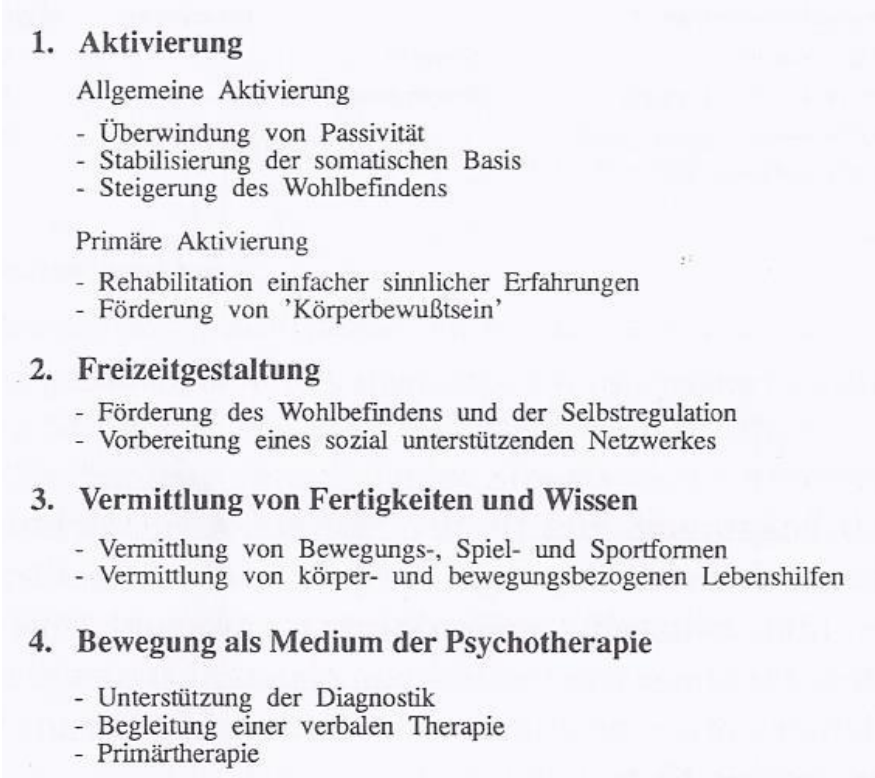


Abbildung 10: Basisziele der Mototherapie (mod. n. Hölter, 1993, S.24)

Ad Aktivierung:

Das Hauptziel, das durch die „allgemeine Aktivierung“ geschaffen wird, ist, einen bewegungsreichen Klinikaufenthalt zu gewährleisten. Zur Aktivierung zählen Frühgymnastik, regelmäßige Aktivitäten im Kraft-, Flexibilitäts- und Ausdrucksbereich, Spaziergänge, Schwimmen oder Radtouren. Folglich stellen sich eine Verbesserung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit, einer Antriebsstärkung und eine Erhöhung der Adaptionsfähigkeit ein. Die zweite Form der Anregung heißt primäre Aktivierung. Es kommt zu einer Besinnung auf das körperliche Ich, die mit Hilfe von Übungen der Spannung/Lösung, des Gleichgewichts, des Körpergefühls, des Rhythmus und des Raumgefühls erarbeitet wird.

Ad Freizeitgestaltung:

Die verbleibende Zeit in stationären Aufenthalten kann zwischendurch mit sinnvollen Freizeitangeboten genutzt werden. Diese stellen keinen ersthaften therapeutischen Hintergrund dar, aber die Möglichkeit, individuellem Sport nachzugehen. Dieser kann unterschiedlich sein, etwa in Form von Spaziergängen, Tischtennisspielen, Tanzveranstaltungen und so weiter. Die daraus entstehenden Attribute, wie Spaß mit anderen, Entspan-

nung, „frei von der Arbeit“ etc., können durchaus eine therapeutische Wirkung zeigen. Dieser freiwillige Aufforderungscharakter fördert nicht nur das psychische Wohlbefinden, sondern verbessert auch die Selbstregulation. Besonders bei Burnout-PatientInnen kann dies heilende Kräfte im Sinne der Selbsthilfe hervorrufen, aufgrund der nicht vorhandenen Leistungsanforderungen. Ein weiterer Grund für Freizeitgestaltung in Kliniken ist, dass sie eine unterstützende soziale Maßnahme darstellen. Das soziale Netzwerk trägt immer mehr in stationären Aufenthalten Früchte und wird daher als sehr wichtig und unersetzlich erachtet.

Ad Vermittlung von Fertigkeit und Wissen:

Im Gesundheitswesen geht es bei der Vermittlung von Fertigkeiten nicht darum, bestimmte Bewegungskulturen zu lehren/lernen, sondern die in der allgemeinen Zielorientierung genannten Ziele zu fördern. Da vermutet Bittner (1977) Folgendes:

> *„Das Ich wird vollständiger seiner selbst bewusst und mächtig, wenn es die Funktionsweise und Steuerung der Atmung, die Regeln eines Spiels u. v. m. lernt.“*

Die Ich zugewandte Seite kann sich nur dann entfalten, wenn das sachliche Wissen von Bewegung-, Spiel- und Sportformen vermittelt wird.

Die andere Facette einer Vermittlung eines sachlichen Gehalts ist das Lehren von bewegungs- und körperbezogenen Lebenshilfen. Dies sind zum Beispiel die Erwerbe von Grundtechniken der Entspannung oder der Atmung, der Selbstaktivierung oder der Steigerung der Regulationskompetenz. Hier werden auch viele aus dem asiatischen Raum stammende Bewegungs- und Ruheformen herangezogen, welche dem einzelnen Individuum vielleicht Sicherheit und neuen Lebenssinn geben.

Ad Bewegung als Medium der Psychotherapie:

Die BewegungstherapeutInnen können in den Aktivitäten, als Medium der Psychotherapie zusätzlich, durch gezielte Beobachtungen auf Probleme der PatientInnen aufmerksam machen. Beispielsweise könnten diese ein zu „hartes Auftreten“, eine zu „flache Atmung“, eine Distanzlosigkeit, eine Gruppenunfähigkeit, eine Passivität, ein Misstrauen oder eine Angst vor Nähe oder Berührungen sein. Auf solche Problemsituationen wird mit Hilfe von Bewegung gut aufmerksam gemacht. Die PatientInnen werden auch mit verschiedenen Bewegungsmöglichkeiten begleitet und vorbereitet, welche körperliches Abreagieren (Bo-

xen), symbolischer Ausdruck (Tanz) oder „Loslassen“ (im Wasser) sein können. Um die Interventionsmöglichkeiten zu erhöhen, ist es von Vorteil, wenn der/die BewegungstherapeutIn auch PsychotherapeutIn ist (Hölter, 1993, S.18-27).

Die Stadien fünf bis sieben der Burnout-Symptomatik von Burisch könnten mit Hilfe der Mototherapie gelindert werden (siehe S.26-29) (Haubenberger, 2008, S.72).

Ad Schüle/Huber (2012) Auffassung:

Schüle/Huber haben widerrum eine ganz andere Auffassung der Ziele der Sporttherapie. Sie beinhalten (siehe Abb.11) eine Stärkung der Ich-Kompetenz im physischen Bereich, indem motorische Fähigkeiten und Fertigkeiten verbessert werden. Außerdem kommt es zu einer Stärkung der Sozial-Kompetenz, welches den sozialen Bereich verbessern soll (ähnlich Hölter`s Theorie). In der Mitte der Abbildung befindet sich eine Stärkung des psychischen Bereichs. Das grundsätzliche Ziel der Sporttherapie ist eine Verbesserung der Handlungs-, Sozial- und Verhaltenskompetenz (Schüle & Huber, 2012, S.30-31).

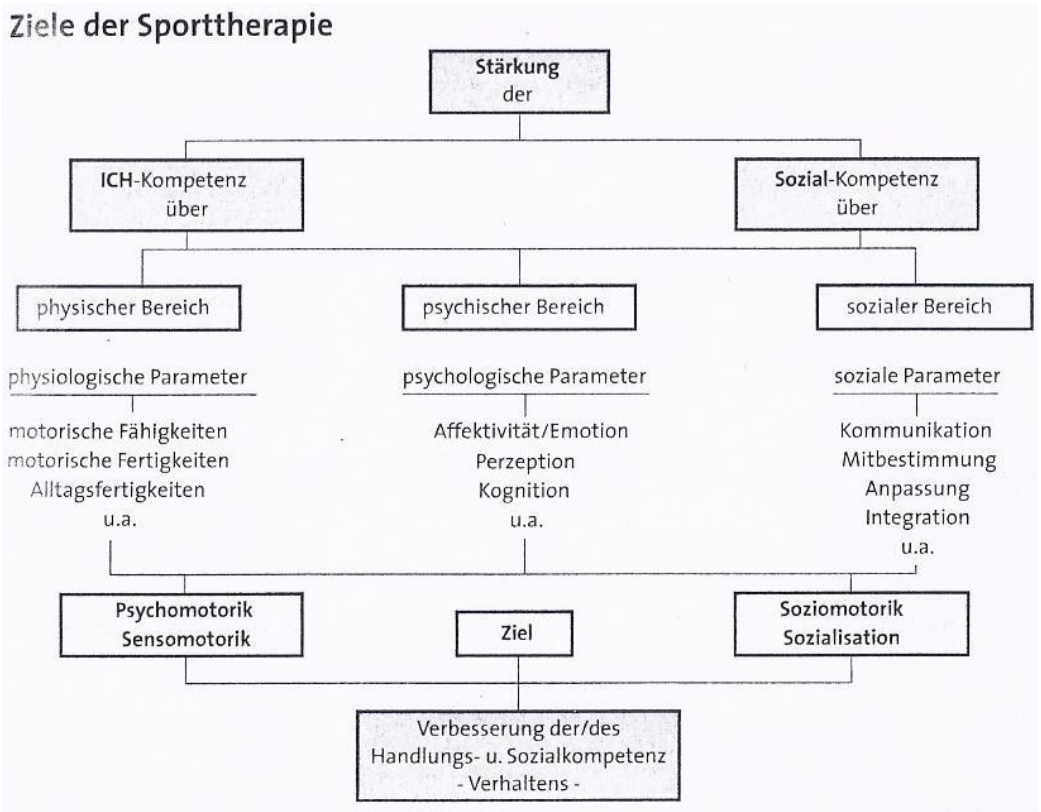


Abbildung 11: Ziele der Sporttherapie (mod. n. Schüle, 1987; zit. n. Schüle und Huber, 2012, S. 31)

Eine Zusammenfassung der beiden Ziele von Hölter (1993) und Schüle/Huber (2012):

Bei Hölter werden die Ziele ausführlicher artikuliert, jedoch nicht getrennt vom physischen, psychischen oder sozialen Bereich. Bei ihm kommt es mehr zu einer Durchmischung der verschiedenen Bereiche, die bei Schüle/Huber getrennt werden. Es werden bei Hölter mehr die Aktivitäten/Wirkungen beschrieben, die auch praxisorientierter sind. Im Gegensatz zu Schüle/Huber, die eine strikte Trennung bei den einzelnen Bereichen vornehmen, werden grundsätzlich nur die Aktivitätsbereiche genannt und keine näheren Erläuterungen dazu dargestellt. Zudem sind die Ziele von Hölter mehr an psychisch Kranke angepasst.

Daneben ist das Ziel in der stationären Rehabilitation, dass die PatientInnen wieder in den Beruf und in das soziale Umfeld eingegliedert werden. Ihre Beeinträchtigungen sollten mit Hilfe der Maßnahmen verbessert, beziehungsweise hintangehalten werden. Unter anderem ist es von Bedeutung, dass die PatientInnen wieder lernen mit ihrer Erkrankung umzugehen, damit ihre Belastungen besser bewältigt werden können (Klinik Pirawarth, Kur- und Rehabilitationszentrum, 2011, S.2).

3.5 Inhalte/Methoden der Bewegungstherapie

Bei den Inhalten der Bewegungstherapie werden grundverschiedene Konzepte von jeweils drei der Autoren (Thegeder, 1987; Wilhelmi, 1991 & Hölter, 1993/Grupe, 1976) verglichen.

Ad Thegeder (1987):

Thegeder (1987) meint bezüglich der Inhalte der Bewegungstherapie im psychiatrischen Bereich Folgendes:

> *„Die Bewegungs- und Sporttherapie bedient sich inhaltlich aller unter Berücksichtigung der aktuellen Beeinträchtigung und der verbliebenen Restfunktionen möglichen Bewegungsformen, Fähigkeiten, Leistungen und Ergebnisse aus dem Bereich des Sports“.*

Laut Kleinagel (2004) gehören zu deren Inhalte: Training der motorischen Hauptbeanspruchungsbereiche, Training der energetisch-konditionellen Fähigkeiten (Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit, (Schnelligkeit wird in den psychiatrischen Kliniken nicht angewandt)) und Training der motorisch-koordinativen Fähigkeiten (Ausdauer-, Kraft-, Beweglichkeits- und Koordinationstraining, Spiele, Gymnastik, Tanz, turnerische Bewegungsformen, Sport

in der Natur und in verschiedenen Elementen (Wasser Sand)). Weitere Tätigkeitsmerkmale von Deimel (1994) sind auch erlebnispädagogische Angebote (Klettern, Kanu/Kajak fahren, Orientierungslauf, Hüttenwanderung, Fahrradtour, Erlebnisparkour in der Sporthalle), Gestalten, Wetteifern und Erholen.

Ad Wilhelmi (1991):

Wilhelmi (1991) beschreibt die Inhalte der Bewegungstherapie etwas anders. Er geht nicht besonders auf die einzelnen Inhalte ein, sondern mehr auf die methodische Gliederung. Für ihn sind vier Begriffe der Bewegungstherapie von Bedeutung:

- *Explorieren:* Bei verschiedenen körperlichen Übungen geht man immer zuerst vom Bekannten zum Unbekannten vor.
- *Üben:* Das ständige Wiederholen einer Bewegung ist sehr wichtig, damit sie verbessert, beziehungsweise gefestigt wird. Dazu gehören regelmäßiges Training der Durchhaltefähigkeit und ein Erleben der Leistungssteigerung.
- *Spielen:* Dies übernimmt die Rolle des sozialen Netzwerkes, da die PatientInnen miteinander interagieren, beziehungsweise kooperieren. Unter anderem sind sie verpflichtet, sich an Normen und Spielregeln zu halten.
- *Leisten:* Dieses gesellschaftlich wichtige Thema wird heute hoch geschätzt. PatientInnen lernen, ihre motorische Fähigkeit als eine Leistung anzusehen. Dies kann sie zusätzlich motivieren. Sie lernen taktische und motorische Leistungen für Spiele kennen (Kleinagel, 2004, S.35-41). Für Burnout-PatientInnen soll aber der Leistungsgedanke eher nachrangig sein.

Ad Hölter (1993)/Grupe (1976):

Hölter stellt sich die Frage, ob es sinnvoll wäre, die therapeutische Arbeit nach Auswahlkriterien zu gliedern und eine Ordnung nach Bedeutungsgeschichten festzulegen. Vieles kann erfahrungsgemäß nicht individuell gestaltet werden. Zu den Auswahlkriterien gehören: Gliederung der PatientInnen nach der Bewegungsintensität, nach der Art der Interaktionen (Einzel- oder Gruppentraining), nach Sport- und Bewegungsformen (Gymnastik, Spiele, Entspannungsübungen, Freizeitsportarten) und nach Erfahrungen (Körper-, Sozial-, Materialerfahrung). Die zweite Form der Gliederung ist die Ordnung nach Bedeutungsgeschichten. Hier teilt Grupe (1976) vier Bedeutungsdimensionen ein:

- Die *instrumentelle* Bedeutung dient einer gezielten Reizsetzung. Diese soll die Gesundheit wiederherstellen, beziehungsweise erhalten.
- Bei der *explorativen* Bedeutung werden mit Hilfe der Bewegung die eigenen Körpererfahrungen, die materiellen Erfahrungen und die sozialen Erfahrungen wiederentdeckt, beziehungsweise erweitert.
- Die *soziale* Bedeutung ist durch die Kommunikation über Bewegung geprägt.
- Die *personale* Bedeutung wird durch die Selbsterfahrung und –verwirklichung über die Bewegung erhalten.

Natürlich ließen sich diese Bedeutungsdimensionen je nach Situation, nach Bewegungsabsicht, nach Lebensalter oder nach unterschiedlichem Krankheitsverlauf noch verändern oder erweitern.

Weiters verfasst Grupe (1976) einen Katalog von Inhalten der Bewegungstherapie und orientiert sich an den Bedeutungsaspekten menschlicher Bewegungshandlungen (siehe Abb. 12):

1. Gesundheit / Wohlbefinden
2. Spielen / Leisten / Kämpfen
3. Entspannung / Kontemplation
4. Kommunikation / Interaktion
5. Exploration / Awareness
6. Expression / Gestaltung
7. Inhalte mit Bezug zu anderen kreativen Medien

Abbildung 12: Inhalte der Bewegungstherapie (mod. n. Grupe, 1976; zit. n. Hölter, 1993, S.29)

Zur Erklärung der Abbildung 12:

Die *Gesundheit/das Wohlbefinden* fördern die physische und die psycho-physische Gesundheit. Das wird mit regelmäßigem Laufen, Radfahren, Schwimmen, Massagen oder Bädern erreicht.

Der Aspekt *Spielen/Leisten/Kämpfen* orientiert sich an einer Leistungsveränderung, die durch Wettbewerbe und Kämpfe erreicht werden kann. Selbst Spiele und Spiele mit Materialien bekommen hier hohe Prioritäten zugeschrieben.

Zur *Entspannung/Kontemplation* gehören unterschiedliche Entspannungstechniken, wie progressive Muskelrelaxion, autogenes Training, meditative Entspannung und Sinnfindung durch Bewegungs- und Ruheformen.

Zum Inhalt der *Kommunikation/Interaktion* zählen Gruppenerlebnisse und Erfahrungen mit anderen Menschen. Diese können zum Beispiel mit kleinen Spielen, New Games, Unternehmungen, Tanz oder erlebnisorientierten Übungen näher gebracht werden.

Zum Aspekt der *Exploration/Awareness* werden die Basisziele der primären Aktivierung zugeordnet (siehe Kapitel 3.4.1).

Als letzter Inhalt wird die *Bewegung mit anderen kreativen Medien* genannt. Dazu gehören die Musik, die Kunst und das Theater, was immer in Verbindung mit körperlicher Bewegung gebracht wird.

Zusammenfassung:

Die Inhalte der Bewegungstherapie stellen vielfältige Spiel-, Sport- und Bewegungsformen dar. Sie können auch anders gestaltet werden und können Alltagsbewegungen, bestimmte gesellschaftliche Erscheinungen oder Freizeitsportarten umfassen. Im Zentrum soll immer die Bewegung und Körperlichkeit stehen. Grundsätzlich ist es für BewegungstherapeutInnen weniger von Bedeutung, viele verschiedene Inhalte zu kennen, sondern die Methoden bei unterschiedlichen PatientInnen richtig anwenden zu können. Ein geschickter Einsatz der Inhalte kennzeichnet einen guten „Handwerker“ (Hölter, 1993, S.28-31).

3.6 Verschiedene bewegungsbezogene Therapiethemen

In der Bewegungstherapie gibt es mehrere Bewegungsthemen, die sich auf psychische Krankheiten konzentrieren. Da Depression und Burnout oft viele Gemeinsamkeiten aufweisen, werden in diesem Kapitel einige Therapiethemen der Depression von Hölter (2011), die sich für die Burnout-Symptomatik als passend erweisen, übernommen. Es werden Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit, Koordination, Körperwahrnehmung und Achtsamkeit näher beschrieben, da sie besonders für die Therapiepläne im Kapitel 4 als wichtig erscheinen.

3.6.1 Ausdauer

Unter dem Begriff „Ausdauer“ versteht Weineck (2002, S.141) Folgendes:

> *„Unter Ausdauer wird allgemein die psycho-physische Ermüdungswiderstandsfähigkeit des Sportlers verstanden“.*

Die Ausdauer hat gleichzeitig auch Erholungs- und Regenerationsfähigkeit. Die Leistungen der Ausdauer sind durch physiologische, psychische und externe Faktoren bestimmt:

- Physiologischer Faktor: Herz-Kreislauf-System, Atmung, Stoffwechselvorgänge, Energiespeicher, etc.
- Psychischer Faktor: Befindlichkeit, Aktivierung, Durchhaltevermögen, Leistungsmotivation, etc.
- Externer Faktor: Tageszeit, Temperatur, Wind, etc.

Einige wenige Studien auf dem Sektor Depression zeigen die größeren Effekte bei aerobem Ausdauertraining. Haffmann et al. (2006), Blumenthal et al. (2007) und Knubben et al. (2007) bewerten die Studien in der Bewegungstherapie als noch sehr schwach. Bis jetzt existieren nur mangelhafte Qualitäten an Studien (Stoll & Ziemainz, 2012, S.30). Untersuchungen von Martinsen (1989), Miyakoda (1990) und anderen weisen auf Ausdauertraining mit stabilisierender Wirkung hin, das eine vegetative Erregbarkeit ausübt. Es kann daher bei vermehrter Bewegung zu einem niedrigeren Sympathikotonus kommen (Reisinger, 2001, S. 52).

Ausdauerbelastungen in der Bewegungstherapie sind typische zyklische Bewegungsabläufe wie Gehen und Laufen, Schwimmen, Nordic Walking, Wandern oder Fahrradfahren. Die Muskelmasse, die dabei eingesetzt wird, sollte mindestens 1/6 der Gesamtmuskelmasse des Körpers betragen, um eine erwünschte Adaption zu erreichen, die allgemeine Ausdauer genannt wird. Hier gilt gemäß einer Empfehlung der medizinischen Fachgesellschaften (American Heart Association, American College of Sports Medicine u. a.), dass unter Einsatz der großen Muskelgruppen mindestens dreimal pro Woche im Ausmaß von 30-40 Minuten ein moderates Training mit Hilfe der Dauermethode durchgeführt werden sollte (Spring et al. 1997, S. 53-55 & Ziegler et al., 2005, S. 844-845). Zu den Trainingsinhalten der Dauermethode gehören kontinuierliche Dauerläufe (Waldlauf, Crosslauf), Tempowechselläufe (Fahrtenspiel), Pyramidenläufe, Minderungsläufe und Intervalldauerläufe (Weineck, 2002, S.166). Die Methode bei psychischen Erkrankungen ist somit immer ein Grundlagenausdauertraining bei geringer bis mittlerer Intensität, was auch aerobe Ausdauer genannt wird. Nach 4-6 Wochen kann man die Trainingsintensität auf 60-80% der maximalen Herzfrequenz erhöhen, um den Effekt der Hyperfrontalität zu spüren (Stoll & Ziemainz, 2012, S.60). Weitere Wirkungen dieses Trainings umfassen eine Verbesserung der Grundlagenausdauer und der Kraftausdauer. Auch ist eine pädagogisch-psychische Wirkung, mit Willensspannkraft, Durchhaltevermögen und Härte gegen sich selbst feststellbar. Dies kann Burnout-PatientInnen sehr helfen (Weineck, 2002, S.167).

Unter anderem soll den PatientInnen verdeutlicht werden, dass sich die erworbenen Leistungen auch auf andere Tätigkeiten positiv auswirken, wie zum Beispiel auf den Beruf oder die Freizeit. Die verschiedenen Aufgaben sollten für die PatientInnen immer zu bewältigen sein, beziehungsweise sollten die Belastungen optimal auf die PatientInnen abgestimmt werden. Überforderungen werden auf jeden Fall vermieden. Um die Motivation des/der PatientIn zu steigern, sollten diese sich immer über die Verbesserung der Leistungen informieren (Hölter, 2011, S.191-192).

3.6.2 Kraft

Eine genaue Definition von „Kraft“, die sowohl physische als auch psychische Aspekte erfasst, bereitet große Schwierigkeiten, da die Arten der Kraft sehr vielfältig sind. Die drei Hauptformen der Kraft und ihre verschiedenen Kraftfähigkeiten und Erscheinungsformen sind die Maximalkraft, die Schnellkraft und die Kraftausdauer, wobei nur die Kraftausdauer für die Arbeit essentiell ist. Weineck (2002, S.237) bestimmt die Kraft folgendermaßen:

> *„Die Kraft tritt in den verschiedenen Sportarten niemals in einer abstrakten „Reinform“, sondern stets in einer Kombination bzw. mehr oder weniger nuancierten Mischform der konditionellen physischen Leistungsfaktoren auf“.*

Die Kraft ist zusammen mit Koordination, Ausdauer und Beweglichkeit eine Grundlage für Körperhaltungen und Bewegungen. Hölter (2011, S.192) schreibt, dass ein Zustand wie die Depression mit einigen anderen Merkmalen (Energie- und Kraftlosigkeit) einhergeht. Auch Burnout-PatientInnen kämpfen mit diesen Erscheinungen. Hierfür wäre es sinnvoll, eine Kräftigung verschiedenster Muskelgruppen durchzuführen, wobei die Koordination immer ein Begleiter des Krafttrainings ist. Aufgrund der Belastung wird in der Bewegungstherapie nur die Kraftausdauer durchgeführt. Hier sollte man Folgendes beachten:

- Damit es zu keinen Fehlhaltungen aufgrund des Krafttrainings kommen kann, ist es wichtig, dass während der Durchführung der Übungen korrigierende Fuß-, Becken-, Wirbelsäulen-, Schulter- und Kopfhaltungen ausgeführt werden.
- Fernerhin ist es wichtig, dass Kraftausdauer und intra- sowie intermuskuläre Koordination zusammengehängt werden. Dies kann man sehr gut mit Auswahl und Art der sportlichen Tätigkeiten bestimmen. Folgend ist eine gute Ausstattung von Fitness-Geräten essentiell, damit die Durchführung und Selbstkontrolle leichter fällt (Hölter, 2011, S.192-193).

Als Therapie eignet sich Kraftausdauertraining, welches in Form eines Sequenztrainings mit 8-10 verschiedenen Übungen zweimal pro Woche durchgeführt werden sollte. Die Wiederholungszahl der einzelnen Übungen ist hoch (mindestens 30), dafür sind die Intensitäten bei 30-50% der maximalen Kraft, um noch eine aerobe Energieversorgung zu haben. Beim Kraftausdauertraining sind immer drei Serien von Nöten und das Tempo sollte während den Wiederholungen zügig sein. Die Pausen betragen zwischen 30-60 Sekunden. Es sollen die großen Muskelgruppen trainiert werden, was vor allem ein Ganzkörpertraining ermöglicht. Es eignen sich das dynamische Krafttraining mit maximaler Wiederholungszahl, als auch das statische Training mit maximalen Haltezeiten. Besonders eignet sich beim Kraftausdauertraining das Zirkeltraining. (Buchbauer & Steininger, 2008, S.6; Weineck, 2002, S.307 & Ziegler et al., 2005, S. 845).

Aufgrund der oft zu hohen Belastungen empfiehlt Prof. Dr. med. Arno Schmidt-Trucksäss, dass die Ausdaueraktivitäten bei Burnout-PatientInnen dem Krafttraining oft vorzuziehen sind

(http://www.clinica-holistica.com/media/archive1/veranstaltungen/Bewegungstherapie_bei_Burnout.pdf).

3.6.3 Beweglichkeit

Die Beweglichkeit, auch Flexibilität oder Biegsamkeit genannt, nimmt ein Mittelmaß zwischen Koordination und Kondition ein. Sie wird nach Weineck (2002, S.488) folgendermaßen definiert:

> *„Die Beweglichkeit ist die Fähigkeit und Eigenschaft des Sportlers, Bewegungen mit großer Schwingungsweite selbst oder unter dem unterstützenden Einfluss äußerer Kräfte in einem oder mehreren Gelenken ausführen zu können“.*

Die Beweglichkeit ist jedoch von einigen Faktoren abhängig, wie zum Beispiel vom knöchernen Bewegungsapparat, vom Zustand der Muskeln, von der intra- und intermuskulären Muskulatur, vom psychischen Allgemeinzustand, vom Alter, vom Gesundheitszustand, von den Umweltbedingungen, von der Ermüdung und von vielen weiteren Einflüssen. Oft fühlen sich depressive Personen und auch Burnout-PatientInnen steif, unelastisch oder eingefroren. Deswegen sind folgende Ziele für das Beweglichkeitstraining bei der Bewegungstherapie wichtig:

- Um aktiv auf die Entspannungsfähigkeit einwirken zu können, ist eine Optimierung der Muskelspannung mit Hilfe der psychophysischen Regulation von Nöten.
- Die Vermittlung der allgemeinen Beweglichkeit für Freizeit, Arbeit und Alltag ist für Burnout-PatientenInnen sehr wichtig.
- Mit Hilfe des Beweglichkeitstrainings können Fehlhaltungen behoben werden.
- Weiters ist es essentiell, dass Übungen für unterschiedliche Arbeitsbereiche vermittelt werden, die immer wieder selbst von den PatientenInnen angewendet werden können. Dies sind zum Beispiel: Entspannungsübungen, Aufwärmübungen, Ausgleichsübungen, Dehnungsübungen etc.
- Natürlich sollte ein Beweglichkeitstraining immer vielfältig vermittelt werden, um die Motivation des/der PatientIn zu steigern.

Das Beweglichkeitstraining zeigt verschiedenste Effekte bei psychischen Erkrankungen. Dies sind Aktivierung, Körperwahrnehmung, Selbstwahrnehmung, aktueller Befindlichkeitsbereich oder auch soziale Kompetenzen. Auch auf der physischen Ebene kommt es zu korrespondierenden Aspekten, wie zu muskulären Lockerungen, was weiters eine positive Gefühlswelt bei den PatientInnen mit sich bringen kann (Hölter, 2011, S.193).

Bei den drei Bewegungsthemen wird die Kondition in der Bewegungstherapie in einem Wechsel von Kraft, Ausdauer und Beweglichkeit durchgeführt. Die Schnelligkeit wird in der Bewegungstherapie nicht angewendet, da sie zu hohe Belastungen mit sich bringt.

3.6.4 Koordination

Die Koordination wurde zwar schon immer in die Bewegungstherapie mit einbezogen, doch hat diese noch nie so einen hohen Stellenwert erreicht. Die Koordination ist eine Grundlage jeder menschlichen Bewegungen und essentiell für motorische Leistungsfähigkeiten. Je besser die koordinativen Fähigkeiten sind, desto weniger Kraft benötigt der Körper. Die gesamten Bewegungen eines Menschen sind ein Wechselspiel sensomotorischer Prozesse. Das Ziel der Koordinationstherapie ist, den Energieaufwand bei einer gleichbleibenden Leistung während einer Muskelarbeit zu reduzieren (Häfelinger & Schuba, 2007, S.9).

Oft ist das Bewegungsverhalten bei psychischen PatientInnen aufgrund der Medikation beeinflusst, was sich zum Beispiel durch eine verlangsamte Reaktionsfähigkeit, Schwin-

del, Müdigkeit oder durch einen niedrigeren Muskeltonus bemerkbar macht. Dies empfinden die Erkrankten natürlich als zusätzlichen Misserfolg. Angesichts dessen ist die Koordinationsschulung bei psychisch erkrankten Personen von Bedeutung. Die Ziele bei depressiven PatientInnen sind:

- Eine Verbesserung der allgemeinen Bewegungskoordination (Differenzierungs-, Kopplungs-, Umstellungs-, Anpassungs-, Rhythmisierungs- und Reaktionsfähigkeit) und auch ein verbesserter Umgang mit Materialien, Partnern oder auch mit Musik.
- Eine Vermittlung von Haltung und Bewegung und motorische Ausdrucksmöglichkeit.

Die Inhalte und Methoden der Koordination in der Bewegungstherapie sind infolgedessen Folgende:

- Auch in der Koordination spielt die Vielfalt der Bewegungsformen eine bedeutende Rolle. Hier kann man nicht nur den Umfang verändern, sondern auch die Kraft, die Richtung, die Zeit oder auch die Dynamik. Für eine weitere Veränderung kann man auch Medien oder Materialien unterschiedlich verwenden.
- Es werden viele Aufgaben von Bewegung, Spiel und Sport herausgenommen, wie Tanz, Gymnastik, kleine Spiele oder auch Sportspiele, die unter leichteren Bedingungen durchgeführt werden.
- Hinzukommend müssen die Bewegungsformen ständig an die Gruppe oder an den/die PartnerIn angepasst werden.
- Man kann auch Bewegungsformen verlangen, wo ein Ausdruck vom inneren Befinden und von Gefühlen aufgezeigt wird. Dies schafft man mit Hilfe von Gymnastik und Tanz.
- Die Reflexion von Bewegungsabläufen und die Selbsteinschätzung von Bewegungshandlungen kann auch miteinbezogen werden.

Die Schwierigkeit der Aufgaben soll so gestellt werden, dass diese für die PatientInnen lösbar sind (Hölter, 2011, S.193-194).

3.6.5 Körperwahrnehmung

Die Körperwahrnehmung wird mit Hilfe von Sinnesrezeptoren wahrgenommen. Dies sind meist Übungen zu den Hautsinnen, zum optischen Sinn und zur Wahrnehmung der inne-

ren Organe. Außerdem spielt die Orientierung des Körpers, bezüglich des Wahrnehmens des Körperbaus und der körperlichen Funktionen, eine bedeutende Rolle. Die Prozesse der Körperwahrnehmung stehen immer im Zusammenhang mit der psychischen Repräsentation der PatientInnen und dem Körperbewusstsein. Es handelt sich um eine Auseinandersetzung mit dem aktuellen Befinden des Körpers, mit der Umwelt und mit der eigenen Identität.

Die Ziele der Körperwahrnehmung bei psychischen Erkrankungen stellen sich wie folgt dar:

- Das Körperbewusstsein soll über Haltung, Ausdruck, Körperbewegungen, Aktivierungszustände und deren zusammenhängende Gefühle geschult werden.
- Die Bedeutung der Körperwahrnehmung soll den PatientInnen klar gemacht werden und dass es eine Grundlage des eigenen Handelns ist.
- Die körperlichen Prozesse sollen mit Hilfe von Reflexionen und Bewertungen verstanden werden.
- Die Einstellungen zum eigenen Körper sollen in Richtung der Zufriedenheit gelenkt werden, was Ängste, Überforderungen und Entfremdung vermindert.

Die Übungen zur Körperwahrnehmung sollen schon von Beginn an in der Bewegungstherapie miteinbezogen werden, damit der Körper mit einer neuen Sensitivität besetzt wird. Die Aufgaben können laut Hölter (2011, S.190) Folgende sein:

- Das Erleben und Berühren des eigenen Körpers, des/der PartnerIn oder von materiellen Dingen spielen bei der Körperwahrnehmung eine bedeutende Rolle. Das kann durch psychomotorische Übungen, Bewegungsspiele mit Körperberührungen, durch Massage oder durch Entspannungsverfahren verbessert werden.
- Die verschiedenen Zustände der Belastung, der Erholung oder der Beanspruchung können zum Beispiel im Verlauf eines Ausdauertrainings vertieft und vermittelt werden.
- Die Auseinandersetzung mit verschiedenen Bewegungsformen kann auch sehr hilfreich sein. Dies sind zum Beispiel: Inhalte der Gymnastik, des Tanzes, der Sportspiele oder sportspezifischer Techniken (Hölter, 2011, S.189-191).

3.6.6 Achtsamkeit

In der Bewegungstherapie ist ein wesentlicher Bestandteil die Bewusstmachung des aktuellen Befindens des Körpers und der allgemeinen Wahrnehmung des Klimas im Raum oder der Beziehung zu anderen TeilnehmerInnen. Aufgrund der Wissenschaften und Forschungen spielt gerade die Mindfulness-Forschung (siehe auch 3.3 Wirkung der Bewegungstherapie – psychologische Erklärungsansätze) eine bedeutende Rolle. Das Ziel der Achtsamkeit ist es, die Selbstwahrnehmung zu verbessern. Dies kann man mit Hilfe von Druckempfindungsübungen, Gleichgewichtsübungen, Spannungsübungen, Atmungsübungen und so weiter regulieren. Unter anderem wird bei den PatientInnen der Fokus des „Grübelns“ auf das „augenblickliche Leben“ gelenkt.

Die Aufgaben des Achtsamkeitstrainings können wie folgt dargestellt werden:

- Die Selbstbeobachtung der eigenen Atmung spielt bei der Achtsamkeit eine große Rolle. Auch Wahrnehmungsübungen in Bezug auf Haltungen im Raum, das Ausprobieren von Variationen des Stehens oder Hinweise auf Veränderungen der Blickrichtung können als Achtsamkeitstraining durchgeführt werden.
- Verschiedene Aktivitäten in der Sporthalle, wie kleine Spiele, können auch sehr dazu beitragen, dass sich der/die PatientIn mit seinem/ihrem aktuellen Befinden befasst. Die Spiele werden so abgeändert, dass sie für jede/n schaffbar sind.
- Weiters kann man unbekannte Bewegungsangebote miteinbeziehen, wie Übungen im warmen Wasser, auf dem Pferd oder auf dem Trampolin.

Beim Achtsamkeitstraining ist es wichtig, dass die PatientInnen unter Anleitung ein Innehalten für einen bestimmten Augenblick erspüren (Hölter, 2011, S.189).

Auch im Kapitel 3.7.5 Human Flow Therapie werden einige Beispiele zur Achtsamkeit angeführt.

3.7 Verschiedene bewegungsbezogene Therapieverfahren

Im Folgenden werden sechs verschiedene bewegungsbezogene Therapieverfahren näher beschrieben, die besonders bei Burnout-PatientInnen erfolgreich zu sein scheinen.

3.7.1 Mototherapie

Die Mototherapie unterstützt nicht nur die Persönlichkeitsentwicklung, sondern hat auch ganzheitliche Vorgehensweisen. Sie behandelt motorische Schwächen und fördert auch

die Auseinandersetzung mit sich selbst und der Umwelt (Haubenberger, 2008, S.70). Die Mototherapie hat folgende erklärte Basisziele:

1. Aktivierung
2. Freizeitgestaltung
3. Vermittlung von Fertigkeit und Wissen und
4. Bewegung als Medium der Psychotherapie

Da die Mototherapie im Kapitel 3.4 Ziele der Bewegungstherapie von Hölter (1993) schon näher beschrieben wurde, wird hier nicht mehr näher darauf eingegangen.

3.7.2 Konzentrative und integrative Bewegungstherapie

Im Bereich der Psychotherapieformen haben sich im Bereich der Kreativität und Nonverbalität neue Richtungen entwickelt. Besonders im Bereich der bewegungsbezogenen Therapien gibt es viele neue psychotherapeutische Methoden (Kirchmann, 1982, S.5). Für das Burnout-Syndrom wurden zwei wichtige Verfahren herausgegriffen: die konzentrative Bewegungstherapie (KBT) und die integrative Bewegungstherapie (IBT).

Ad Konzentrative Bewegungstherapie (KBT):

In der KBT steckt das Wort „konzentrativ“, das bedeutet, dass es sich um eine geistige Sammlung handelt. Es geht um die „Ganzheit“ des Menschen, was Umwelt, Sinn, Körper und Geist inkludiert. Dies kann man sehr gut verbessern, indem man ohne den Sehsinn verschiedene Übungen durchführt (Kirchmann, 1982, S.20).

Die Aufmerksamkeit der PatientInnen wird auf den Körper, der Träger der Lebensgeschichte ist, gerichtet. Durch die bewusste Körperwahrnehmung wird ein Zusammenhang von Wahrnehmung, Bewegung und Handlung dargestellt.

Die KBT stellt ein Gruppenverfahren dar, damit die Zwischenmenschlichkeit gefördert werden kann. Die Grundlagen der KBT sind im neurophysiologischen Ansatz der Gestaltkreislehre zu entdecken. Die Inhalte beschäftigen sich mit dem Wahrnehmen, dem Wählen, dem Entscheiden, dem Verändern und dem Handeln. Verschiedene Dimensionen wie Platz, Raum, Lage, Gang, Stand und Zeit werden ausprobiert, die auf den Körper Wirkung zeigen (Gräff, 2008, S.16-21). Es werden also körperliche, emotionale und kognitive Funktionen des/der PatientIn behandelt, die mit einem Spiel-, Handlungs- und Erfahrungsraum erprobt werden können (Budjuhn, 1992, S.76).

Des Weiteren entwickelt Gräff (2008, S. 263) einen Leitfaden für die Entwicklung des Menschen in der KBT für PatientInnen und TherapeutInnen:

> *„1. Mit zunehmender Differenzierung und Verfeinerung der Sinne nimmt die Fähigkeit des Übenden zu, „wahr"-zunehmen.*
>
> *2. Über die Wahrnehmung lernt er be-„greifen" und er-„kennen".*
>
> *3. Das, worüber er Kenntnis erhalten hat, wird in das (Be-)"Wirken" einbezogen.*
>
> *4. Im Wirken und Bewirken findet er über das Handeln den Grund für Gelingen und Misslingen seines Vorgehens.*
>
> *5. Mit der Möglichkeit, zu unterscheiden, wird er fähiger, sich in der jeweiligen Situation persönlichkeitsadäquat zu entscheiden.*
>
> *6. Mit zunehmender Unabhängigkeit und Verselbstständigung erhöht sich sein Freiheitsraum.*
>
> *7. Er lernt, der eigenen Anlage, seiner Dynamik und dem Rhythmus der Natur gemäß zu leben".*

Das grundlegende Ziel der KBT ist, das Hier und Jetzt bewusst zu erleben und durch Wahrnehmungs- und Bewegungsformen das Eigene zu finden (Gräff, 2008, S. 16-21).

Für das Burnout-Syndrom ergibt sich dadurch eine Linderung der Symptome, wie Konzentrationsschwäche, Entscheidungsunfähigkeit und Gefühle der Sinnlosigkeit (Haubenberger, 2008, S.74).

Ad Integrative Bewegungstherapie (IBT):

Dies sind Verfahren, die aus einer ganzheitlichen und differentiellen psychophysischen Therapie bestehen. Hier wird die Person in ihrer Gesamtheit therapeutisch erfasst und Behandlungstechniken und Methoden werden dabei immer miteinander verbunden. Der Zugang erfolgt über den „Leib", wobei aber nie die Seele oder der Geist des Menschen vernachlässigt werden. Somit sind Körper, Seele und Geist untrennbar miteinander verbunden und bilden immer eine Ganzheit. Bei der Therapie wird an der „Basis" angesetzt, denn das ist die Grundlage der Wahrnehmung, der Empfindung, der Gefühle, des Denkens und des Handelns des Körpers.

Laut Petzold (1996, S. 111) gibt es für die Praxis der IBT drei verschiedene Arten:

- Übungszentriert-funktionale Art:

  Das Ziel dieser Modalität ist es, „richtig“ zu atmen, sich „richtig“ zu bewegen und sich „richtig“ halten zu können. Die Inhalte der übungszentrierten-funktionalen Modalität sind Spannung und Entspannung, Verbesserung der Wahrnehmung, die Schulung zu flüssigen Bewegungsübergängen, Bewegungskorrektur von Fehlhaltungen und auch ein Aufbau der körperlichen Leistung und Spannkraft.

- Konfliktzentriert-aufdeckende Art:

  Traumatische Erlebnisse verursachen oft Muskelverspannungen und fehlerhafte Körperhaltungen. Diese Modalität befasst sich nun in erster Linie mit muskulären Verspannungen und Fehlhaltungen. Diese Blockaden und Erstarrungen werden gelöst, mit dem Ziel, ein gesünderes und harmonischeres Leben zu führen.

- Erlebniszentriert-stimulierende Art:

  Petzold (1996, S.112) sagt Folgendes dazu:

  „Wer seinen Körper hat, steht zu ihm in einer distanzierten Beziehung wie zu einem Objekt, das von der eigentlichen Person losgelöst wird“.

  Das heißt, erst wenn die Person den Körper als zu sich zugehörig erlebt, wird er erst zum Leib. Hier wird an der Persönlichkeit, Selbstverwirklichung und –findung gearbeitet, was durch kreative Bewegungsimprovisation die Wahrnehmungs- und Handlungsfähigkeit steigert. Petzold erwähnt auch, dass der Leib der Ort der Wahrheit ist. Diese Verantwortung der Wahrheit zu übernehmen, heißt, die Grundlage der Arbeit am Leib zu übernehmen. Wenn der Mensch dies schafft, kann er erst in seine Mitte finden.

Die IBT hat das grundlegende Ziel, dass der Mensch sich selbst verwirklichen kann und sich in seiner „guten Gestalt“ findet (Petzold, 1996, S.111-113).

Auch hier kann man mit Hilfe der IBT dem ausgebrannten Menschen wieder positive Einstellung zur Arbeit, ein Stärkegefühl, etc. geben.

3.7.3 Tanztherapie

Die Tanztherapie wurde in den 30er/40er Jahren in den USA wiederentdeckt. Sie wurde zuerst in psychiatrischen Kliniken angewandt. Die BerufstänzerInnen erfanden eine neue nonverbale Psychotherapie, die sehr oft schwer erkrankte psychotische PatientInnen er-

reicht. Das Tanzen gilt seit Urzeiten als heilender Gemeinschaftsritus. Dieser rhythmische Körperausdruck verbindet Menschen unterschiedlicher Herkunft. Beim Tanzen werden hypnotische Glücksgefühle empfunden.

Die heutige Tanztherapie hat das Ziel, mit dem Körper und der Seele eine Einheit zu bilden (Siegel, Trautmann-Voigt & Voigt, 1999, S.9). Sie kann von zwei Seiten aus betrachtet werden. Einerseits als Gebiet der Heilkunde, wo der Tanz therapeutisch eingesetzt wird und andererseits auch im Gebiet der angewandten Tanzpsychologie (Hörmann, 1993, S.5). Generell entwickelte sich die Tanztherapie in verschiedenen Richtungen, wobei es trotzdem zwei grundlegende Annahmen gibt:

> *„a) Körper und Bewegung eines Menschen spiegeln seine charakteristischen Persönlichkeitsmerkmale wieder und weisen auf Störungen und Problembereiche hin und*
>
> *b) über den nonverbalen Kontakt der gemeinsamen Bewegung mit dem Therapeuten, kann ein Patient frühkindliche emotionale Erfahrungen wieder erinnern und durcharbeiten“* (Haubenberger, 2008, S. 76; zit. n. Siegel, 1988, S.76).

Siegel machte jahrelang Erfahrungen im Bereich der Tanztherapie mit unterschiedlichen PatientenInnen in psychiatrischen Einrichtungen und erschuf folgende Leitlinien:

> *„Der Wiederaufbau einer harmonischen Leib/Seele-Einheit muss durch sorgfältige Bewegungsarbeit erfolgen, die neben den motorischen Fähigkeiten den Aufbau eines adäquaten Körperbildes fördert. Katharsis wird als ein Weg zur Rückerinnerung an traumatische Ereignisse erkannt. Die durch eigene Tätigkeit und Selbstbeobachtung gewonnene Einsicht muss auch verbal durchgearbeitet werden. Von Patienten bevorzugte Bewegungsmuster werden als Ausgangspunkt speziell choreographierter Tänze und Bewegungen benutzt. Selbständigkeit wird durch Improvisation gefördert. Muskuläre Hemmungen und Verkrampfungen werden als unbewusster Versuch angesehen, Aggressionen auszudrücken und gleichzeitig zu unterdrücken“* (Haubenberger, 2008, S.76-77; zit. n. Siegel, 1988, S.77).

Entsprechend Siegel stehen die Psychoanalyse und die Tanztherapie im engen Zusammenhang. Die Bewegung selbst als nonverbales Verhalten wird oft viel unbewusster ge-

zeigt/gedeutet, als das Sprechen. Dieses Arbeiten mit der Bewegung ist nicht nur in der Psychoanalyse wichtig, sondern hilft auch in der Therapie.

Das letzte Stadium des Burnouts ist durch ein negatives Gesamtbild des Menschen gekennzeichnet, was auch zum Suizid führen kann. Diese Symptome können mit Hilfe der Tanztherapie aufgearbeitet werden und das Beschwerdebild kann um einiges verbessert werden (Haubenberger, 2008, S.77).

3.7.4 Entspannungsverfahren

Die Entspannungstechniken haben nun in allen Bereichen der Bewegungstherapie Eingang gefunden, vor allem im Bereich der Psychotherapie. Es gibt viele verschiedene körperliche Entspannungsmethoden, die dem Stress entgegenwirken. Die wichtigsten sind autogenes Training, Meditation, progressive Relaxation nach Jacobson, Massage und auch fernöstliche Methoden (Tai Chi, Qigong oder Yoga) (Petzold, 1996, S.25).

Ad autogenes Training:

Das autogene Training von Professor J.H. Schulz ist ein therapeutisches Verfahren mit Übungen zum eigenen Körperbewusstsein. Das Konzentrieren auf die Person selbst oder das Loslassen wird beim autogenen Training gelehrt. Oft fällt das körperliche „Entspannen“ leichter als das psychische „Loslassen“ (Müller, 1995, S.7). Schulz (1932) bezeichnet es auch als „Konzentrative Selbstentspannung“ und beschreibt wie folgt:

> *„Ein vom Selbst (autos) sich entwickelndes (gen=werden) und ein Selbst gestaltendes Üben (Training) soll der Name kennzeichnen“* (Schulz, 1932; zit. n. Müller, 1995, S.11).

Dies stellt eine Lenkung in Richtung des Geistes dar, die mit Hilfe der Körperlichkeit hervorgerufen wird. Beim autogenen Training ist es wichtig, dass alle Nebengedanken ausgeschaltet werden, damit der einzige Gedanke dem körperlichen Geschehen gilt. Dies nennt sich „Einstimmung“, was der Formel „Ich bin ganz ruhig“ folgt. Danach folgen Übungen zur Schwere und Wärme, die den Zustand der Ruhe und Entspannung hervorrufen. Eine Schwere-Übung wäre zum Beispiel die Muskelentspannung. Wenn diese Übungen beherrscht werden, folgen Organübungen. Vor allem diese Übungen sind stressentlastend und wirken bei psychosomatischen Erkrankungen. Die Organübungen beginnen immer mit einer Atemübung. Bei Gestressten kann dies wieder zu einer normalen Atemfrequenz führen. Eine nächste Übung ist die Sonnengeflechtsübung, die einem nervösen

Magen hilft, sich wieder zu normalisieren. Die Herzübung lindert demzufolge auch nervöse, stressbedingte Symptome. Als letzte Organübung wird laut Schulz die Stirnübung genannt.

Ein weiterer Ansatz des autogenen Trainings stellt die Kraft des positiven Denkens dar. Diese positive Botschaft wird ins Unterbewusstsein gegeben und führt dort zum erwünschten Ziel. Diese eigenen Vorsätze und Kräfte helfen vor allem zur Selbstheilung und sind somit sehr wirksam (Müller, 1995, S.11-12).

Ad Meditation:

Diese Entspannungstechnik charakterisiert eine Sonderstellung, da sie aus dem Bereich der Religion stammt (Petermann & Vaitl et al., 2009, S.132). Die Meditation wird oft mit „innerer Ruhe“ gleichgesetzt. Sie stellt eine Öffnung zu sich selbst dar, in die keine Bewertungen einbezogen werden. Die Gründe für eine Meditation können laut Payne (1998, S.20) folgende sein:

- *„um Ruhe zu finden*
- *um bewusster zu leben*
- *um Einsichten zu gewinnen*
- *um sich selbst zu finden*
- *zum ganz leer zu sein*
- *um die Wirklichkeit zu erfahren“.*

Einem/r „Ausgebrannten“ kann beim Vollzug der Meditation wieder geholfen werden in ein normalisiertes Leben zurück zu finden.

Die Meditationsmethoden umfassen Meditation mit Bewegung, christliche Traditionen, fernöstliche Traditionen, Zen, Achtsamkeitsmeditation, Yoga, Benson-Methode, autogene Meditation oder Stressbewältigung durch Achtsamkeit (Petermann & Vaitl et al., 2009, S.132-135).

Ad progressive Relaxation nach Jacobson:

Diese Methode wurde erstmals 1929 von Edmund Jacobson aufgegriffen. Sein Leitgedanke lässt sich am ehesten mit folgendem Zitat verstehen:

> *„Es gibt vielleicht kein allgemeineres Heilmittel als Ruhe“* (Jacobson, 1938, S.1).

Die grundlegende Methode der progressiven Relaxation ist das „Anspannen“ und „Entspannen“ der Skelettmuskeln. Es besteht aus einem Programm, in dem 48 verschiedene Muskelgruppen angespannt und entspannt werden können, was in einer bestimmten Reihenfolge ausgeführt wird. Die Haltung der PatientInnen ist liegend oder sitzend. Es werden in einer Stunde maximal ein bis zwei Muskelgruppen behandelt, wobei der Schwerpunkt auf Spannungslösungen liegt, um Spannungsgefühle zu reduzieren (Payne, 1998, S.70).

Ad Massage:

Jeder/Jede kann von der körperlichen Entspannungstechnik profitieren, da sie nicht nur die mentale Entspannung fördert, sondern auch Muskelverspannungen, Kopfschmerzen oder andere Störungen aufheben kann. Durch diese mechanische Beeinflussung wird dem Körper mehr Energie und Vitalität gegeben. Es gibt unterschiedlich Massagetechniken, die von Kopf bis Fuß durchgeführt werden oder Reflexzonenmassage. Bei Entzündungen, Fieber oder offenen, frischen Wunden ist eine Massage nicht erlaubt (Mc Gilvery et al., 1994, S.99 & Hebenstreit, Ferrari, Meyer-Holz, Lawrenz & Jüngst, 2002, S.47-48).

Ad fernöstliche Methoden:

In den fernöstlichen Traditionen gibt es viele unterschiedliche Meditationstechniken, deren Gemeinsamkeit im Konzentrieren auf andere Gedanken liegt (Reitbauer, 2011, S.23) Hier werden kurz Yoga, Qigong und Tai chi vorgestellt, da sie bei Burnout sehr wirksam sein können. Bei Yoga wird erwähnt, dass die meisten Krankheiten aufgrund falscher Denkweisen, Haltung, Atmung oder Ernährung entstehen. Genau dem wirkt Yoga, auch vorbeugend, entgegen. Das Ziel von Yoga stellt eine innere Befreiung von unterschiedlichen Umweltproblemen und eine Auseinandersetzung mit dem Körper dar (Syre et al., 2010, S.7). Qigong hingegen hat die Fähigkeit, körpereigene Energien wieder zu reaktivieren. Es gibt hier das ruhige Qigong und das Qigong in der Bewegung. Qigong wirkt gegen Stress, Depressionen, Angst, Energielosigkeit, etc. und fördert allgemein das physische und psychische Wohlbefinden. Tai Chi hingegen geht nach dem Prinzip von Yin und Yang vor und hat ebenso einen positiven Effekt auf Körper, Geist und Seele. Tai chi baut auf die Übungen des Qigongs auf und daher sollte immer zuerst Qigong gelernt werden. (https://www.burnout-wegweiser.eu/offers/tai-chi-qigong).

3.7.5 Human Flow Therapie

Der Begründer der Human Flow Therapie ist Falk Mieschendahl, der 2006 damit anfing. Er arbeitete seit 2006 mit über 800 Menschen, die überlastet, unzufrieden und ängstlich waren, in der Therapie zusammen. Seine Idee entwickelte er aus seiner Arbeit als Yoga- und Meditationslehrer. Er war immer auf der Suche nach Freude, Glück und innerer Ruhe und daraus entwickelten sich mehrere simple Kernprinzipien (Haubenberger, 2008, S.77).

Was ist „Human Flow"?

In diesem Begriff steckt das Wort „Flow" und dieser wurde vom Psychologen Mihaly Csikszentmihalyi (2008) geprägt und folgendermaßen interpretiert:

> *„Flow ist Glück, Glück ist Flow. Glück fällt nicht vom Himmel. Die Fähigkeit zum Glücklichsein und flow zu empfinden, steckt in jedem. Mit Konzentration auf das, was man tut, kann man den Zustand des flow erreichen"* (zit. n. Wolfgang Joop).

Csikszentmihalyi bezeichnet „flow" als völliges Aufgehen im Leben oder Einswerden mit einer Aktivität. Der Mensch, der Flow erlebt, erlebt immer wieder diesen Zustand, da er diesem Gefühl nachgehen wird (Csikszentmihalyi, 2008). Es ist ein Zustand mit vollkommener Zufriedenheit und Entspannung, was durch eine Tätigkeit ausgelöst wird und wobei das Zeitgefühl verloren geht. Tolle (2000, S.105) nennt es einen Zustand intensiver Gegenwärtigkeit, wo man völlig frei von Gedanken ist (Haubenberger, 2008, S.78).

Die Human Flow Therapie ist darauf ausgerichtet, dass PatientInnen bald wieder inneren Halt, Sicherheit und Kraft im Körper verspüren. Das Besondere dieser Therapie ist, dass aus sechs verschiedenen Richtungen (Achtsamkeitstraining, Ich-Forschung, Angstbewältigungstraining, Glaubensmusterarbeit, Sinn- & Wertreflexion und Selbst-Mitgefühl-Training) auf die jeweilige individuelle Erschöpfung eingegangen werden kann. Auch wenn die komplette Heilung des Burnouts erst Monate oder sogar Jahre dauern kann, ist die Flow Therapie der erste wichtige Zugang. Das Verstehen und Wissen darüber, dass man selbst nach außen viel ändern kann, bringt neue Perspektiven mit sich. Diese Hoffnung und Zuversicht gibt dem/der PatientIn Kraft für eine positive Veränderung oder sogar für einen Neuanfang.

Ganzheitliches Begleitprogramm:

Dies wird neben der therapeutischen Einzelbegleitung angeboten und hat sich als heilsam erwiesen. Hier geht es um das Erlernen verschiedener Achtsamkeits-Meditationen, die zu mehr Entspannung und Gedankenruhe führen. Es werden vor allem Übungen aus dem Yoga und Tai Chi herausgenommen, die mehr Körperzugang verschaffen. Unter anderem werden begleitende Körpertherapien angeboten, die aus mehreren verschiedenen Massagetechniken bestehen (http://www.humanflow.de/kuren/humanflow-methode.html). Die Flow Therapie ist für Menschen mit einer Lebenskrise geeignet, die unter einer chronischen Erschöpfung durch Stress leiden, die Dauerstress/Burnout haben, die Angststörungen oder eine leichte- bis mittelgradige Depression erleiden

(http://www.humanflow.de/kuren/flowkur-fuer-wen.html).

Achtsamkeitstherapie:

Die Achtsamkeit ist ein Zustand des reinen Wahrnehmens, ohne sich dabei lange in Gedanken zu verlieren. Die grundlegenden Heilwirkungen der Achtsamkeitstherapie sind die Selbstregulation und ein positiver Umgang mit Stress. Dieses Prinzip findet seinen Weg in den bewegten Alltag der Person und der praktische Teil beinhaltet immer eine achtsame Haltung aus dem Wochentag.

Es gibt schon sehr viele Studien über die heilsame Wirkung des Achtsamkeitstrainings, das Verbesserungen bei Angststörungen, bei Depressionen, bei Essstörungen, bei psychosomatischen Schmerzzuständen oder bei Stress bewirkt.

Dieses Achtsamkeitstraining ist in der Human Flow Therapie (= menschliches Fließen) essentiell, da dies den Zustand des Flows bewirkt. Dieser Zustand wird mit Hilfe der Meditationspraxis und des sogenannten Mönchsgangs erreicht. Es bedeutet, etwas Positives für sich selbst zu tun und das auf eine heilsame Art von Mitgefühl

(http://www.humanflow.de/kur-therapie/achtsamkeitstherapie.html).

3.8 Zusammenfassung

Die Bewegungstherapien für Burnout-PatientInnen sind sehr vielfältig. In diesem Kapitel werden zuerst die Begriffe Bewegungstherapie, Mototherapie, Sporttherapie und Trainingstherapie erklärt. Die Bewegungstherapie stellt den Überbegriff der anderen Therapien dar, in die alle bewegungsbezogenen Therapien inkludiert werden. Folgend ist wissenschaftlich bewiesen, dass die Bewegungstherapie sehr viel Wirkung bei psychisch

Erkrankten aufweist. Sie reicht nämlich von physiologischen bis hin zu psychologischen Erklärungsansätzen. Die Ziele der Bewegungstherapie sind ebenfalls sehr vielfältig, wobei die wichtigsten von Gerd Hölter näher gebracht worden sind. Sie sind Aktivierung, die das allgemeine Wohlbefinden steigern soll, Freizeitgestaltung, welche die PatientInnen auf den Alltag außerhalb der stationären Einrichtung vorbereiten soll, Vermittlung von Wissen und die Begleitung einer Psychotherapie.

Außerdem stellen die Inhalte und Methoden der Bewegungstherapie vielfältige Spiel-, Sport- und Bewegungsformen dar. Sie sind grundsätzlich von Bewegung, Körperlichkeit und Gesundheit geprägt. Für BewegungstherapeutInnen ist es wichtig, die Inhalte der Bewegungstherapien richtig anwenden zu können. Es ist für sie weniger von Bedeutung, viele verschiedene Bewegungstherapien zu kennen. Die bewegungsbezogenen Therapiethemen und -verfahren setzen sich aus Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit, Koordination, Mototherapie, integrativer und konzentrativer Bewegungstherapie, Tanztherapie, Entspannungstechniken und Human Flow-Therapie zusammen. Für den Therapieplan erscheinen die Ausdauer und die Kraft am wichtigsten, da hier ein großer Effekt auf Leistungsfähigkeit entsteht, der noch zusätzlich für die Burnout-PatientInnen motivierend bis heilend ist.

4 THERAPIEPLANUNG BEI BURNOUT-PATIENTINNEN

Die Therapieplanung bei psychischen Erkrankungen hat prinzipiell andere Ziele, als eine Trainingsplanung bei gesunden Personen. Das Wichtigste ist, Kranke mit Hilfe von Sport wieder in ein normales Leben zurückzuführen, welches Wohlbefinden zum Ziel hat. Aufgrund der Wirkungen der Bewegungstherapie (siehe Kapitel 3.3) kann dem/der Erkrankten geholfen werden, aus der Krise wieder herauszukommen, indem die Lebensqualität erhöht wird. Die Therapie ist nur dann wirkungsvoll, wenn nach der Einweisung der Sport weitergeführt wird.

4.1 Training bei psychischen Erkrankungen

Prinzipiell wird Training laut Matwejew (1972, S.1) folgendermaßen definiert:

> *„Sportliches Training ist die physisch, technisch-taktische, intellektuelle, psychische und moralische Vorbereitung des Sportlers mit Hilfe von Körperübungen“* (Matwejew, 1972, S.1; zit. n. Weineck, 2002, S.18).

Diese Definition engt den Begriff zwar etwas ein, aber lässt trotz allem die Zustandsveränderung offen.

Das Training ist in verschiedensten Bereichen anzuwenden und benötigt ein bestimmtes Übungsausmaß, um das jeweilige Ziel zu erreichen. Es ist auch laut Martin (1977) eine Zustandsänderung, die physisch, motorisch, kognitiv oder affektiv Änderungen hervorbringt (Weineck, 2002, S.18).

In der Bewegungstherapie wird das Training etwas anders definiert. Frosböse, Nellessen-Martens und Wilke (2010) schreiben Folgendes:

> *„Das Training im sporttherapeutischen Kontext ist die gezielte Förderung des Gesamtorganismus und der Persönlichkeit des Patienten und wird durch eine ganzheitliche, multimodale Vorgehensweise bestimmt, die bereits in der Befunderhebung bzw. Diagnostik beginnt und sich in allen Abschnitten der Therapie wiederfindet. Alle motorischen Eigenschaften (Kraft, Ausdauer, Flexibilität, Koordination) sowie die psychosozialen Komponenten und Aspekte finden Berücksichtigung und sind zusammen systematisch auf einen erfolgreichen Therapieverlauf ausgerichtet“* (Frosböse, Nellessen-Martens, Wilke, 2010; zit. n. Schüle und Huber, 2012, S.242)

Schüle und Huber erläutern, dass es in der Bewegungstherapie weniger wichtig ist, den Grundlagen des Trainings zu folgen, als der morphologischen Zustandsänderung. Viel bedeutender erscheint hingegen die Förderung der Lebensqualität, welche besonders für Burnout-PatientInnen bedeutend ist. Jedoch sollte man in der Bewegungstherapie nicht ganz die Grundprinzipien des Trainings vergessen, um einen adäquaten Trainingsreiz setzen zu können und um motivierende Erfolge für die PatientInnen zu erzielen. Hier schreiben Schüle und Huber (2012, S.245) wieder:

> *„Ein Training sollte immer so gestaltet werden, dass Reize gesetzt werden, die groß genug sind, um die Funktionen zu fördern und Anpassungserscheinungen auslösen, ohne jedoch den Organismus zu überfordern".*

Wichtig scheint hier, dass die PatientInnen nicht überfordert beziehungsweise unterfordert werden (Schüle & Huber, 2012, S.245).

Um ein erfolgreiches Training für die PatientInnen zu erreichen, werden im nächsten Kapitel die Grundlagen des Trainings in der Bewegungstherapie näher beschrieben.

4.2 Grundlagen des Trainings in der Bewegungstherapie

Die allgemeinen Grundlagen des Trainings in der Bewegungstherapie sind für die Erstellung eines Therapieplans für Burnout-PatientInnen sehr wichtig. Da die Therapiepläne das Ergebnis der Arbeit darstellen, wird in diesem Kapitel näher darauf eingegangen.

4.2.1 Planung der Trainingstherapie

Die Planung einer Trainingstherapie ist unerlässlich. Sie sieht laut Spring et al. (1997, S.4) so aus:

1) Funktionsdiagnostik mit Anamnese, Status und Belastungstest
2) Trainingstherapieplanung mit Trainingslehre (siehe Kapitel 4.2.2)
3) Trainingstherapiedurchführung mit Aktivitätstagebüchern
4) Kontrolle des Ziels mit Funktionsdiagnostik

Ad 1) Bevor man mit einer Therapieplanung beginnt, ist es wichtig, über bestimmte Faktoren (Anamnese und Status) der PatientInnen Bescheid zu wissen. Die Faktoren sind gemäß Skinner (1989, S.42) diese: *„Lebensalter, Gesundheitszustand, soziale Kassenzuge-*

hörigkeit und sportliche Vorerfahrung, die gruppenspezifisch und motivationale Einstellung zum Sport sowie die verschiedenen Belastungsreaktionen berücksichtigen".

Unter anderem ist die Gesundheit und Fitness des/der PatientIn von Bedeutung. Bei bestimmten körperlichen Erkrankungen (Bsp.: Herz-Kreislauf-Erkrankungen) könnte das Training für die PatientInnen kontrainduzierend sein. Daher werden vorher immer verschiedene Belastungstests durchgeführt, wie ein Belastungs-EKG und Untersuchungen am Bewegungsapparat (Brooks, 2005, S.920).

Weiters ist eine spiroergometrische Erhebung (Blutdruck, Herzfrequenz, aufgenommener Sauerstoff und abgegebenes Kohlendioxid, Atemfrequenz, Atemzugvolumen und Atemminutenvolumen, Laktat) von Bedeutung, um die Leistungsfähigkeit der PatientInnen zu überprüfen.

Ein zuvor gemachtes Fitnessprofil kann auch den/die Sporttreibende/n optimal auf das jeweilige Ziel vorbereiten. Dazu sind Faktoren der körperlichen Leistungsfähigkeit (Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit), Körperzusammensetzung, Belastungsreaktionen, psychosoziale Voraussetzungen (Training in einer Gruppe oder Alleine, Durchhaltevermögen,…) und sportliche Interessen wichtig. Schwierig ist, dass leistungsschwache beziehungsweise ältere Personen zu Beginn des Trainings große Probleme aufweisen. Umso problematischer wird es dann, einen dafür passenden Therapieplan zu erstellen. Aufgrund dessen verfasste Balke eine Formel für dieses Problem:

$$\textit{Durchschnittliche Belastungsintensität (\% } VO_{2max}\textit{)} = (60 + VO_{2max} \textit{ in METs})/100$$

Nach dieser Formel trainieren untrainierte PatientInnen bei 70% ihrer maximalen Leistungsfähigkeit (bei 7 METs), da sie vorher 10 METs aufweisen und hochtrainierte bei 80% ihrer maximalen Leistungsfähigkeit (bei 16 METs).

Diese Grundkenntnisse der Leistungsphysiologie sind ein wichtiger Bestandteil für die Erstellung eines Therapieplans.

Folgend können Lebensalter und Geschlecht das körperliche Training sehr beeinflussen. Beim Lebensalter kann das biologische Alter oft ein höheres Risiko darstellen als das chronologische. Aus physiologischer Sicht gibt es bezüglich des Geschlechts keine grundlegenden Unterschiede, dies unterscheidet sich eher in der Auswahl der jeweiligen Sportarten der PatientInnen (Skinner, 1989, S.42-49).

Ad 2) Die Trainingstherapieplanung mit Trainingslehre wird im Kapitel 4.2.2 näher erklärt.

Ad 3) Während der Durchführung des Trainings sollte der/die PatientIn Trainingstagebücher führen. Diese sind für die TherapeutInnen ein wichtiger Hinweis, ob das Training für den/die PatientIn angemessen ist.

Weiters ist das objektive Belastungsempfinden des/der PatientIn für den/die TherapeutIn eine wichtige Andeutung für die Trainingssteuerung. Während des Trainings sollten auch immer Kontrolltests durchgeführt werden, um das Trainingsprogramm für die PatientInnen optimal objektivieren zu können (Skinner, 1989, S.50-51).

Eine ärztliche Überwachung wird bei PatientInnen mit geringer Leistungsfähigkeit (8 METs), die ein Risiko von Herzerkrankungen aufweisen, empfohlen.

Grundsätzlich sollte aber immer die Belastungsintensität und Belastungsdauer von den PatientInnen und TherapeutInnen kontrolliert beziehungsweise eingeschätzt werden können, um ein gesundheitliches Risiko zu reduzieren (Skinner, 1989, S.53). Besonders orthopädische Probleme treten oft bei unsportlichen PatientInnen auf.

Ad 4) Nach Abschluss des Therapieplans werden nochmals Kontrolltests des/der PatientIn durchgeführt, um nachzuweisen, ob das Ziel erreicht wurde. Damit können wichtige Schritte für ein weiteres Training außerhalb der Einrichtung gesetzt werden. Weiters sieht der/die PatientIn seine/ihre Trainingserfolge, die sehr motivierend sein können. Die Leistungsfähigkeit kann danach nur dann erhalten bleiben, wenn ein angemessenes Training nach dem Therapieplan weitergeführt wird. Dieser Übergang sollte fließend erfolgen (Spring et al., 1997, S.4).

Ein/e ausgebildete/r TherapeutIn ist für die Trainingsplanerstellung essentiell, da er/sie die Belastbarkeit der PatientInnen am besten beurteilen kann.

4.2.2 Trainingslehre bei Burnout-PatientInnen

Obwohl die Ziele in der Trainingstherapie anders gesetzt sind, unterliegt das Training trotz allem den gleichen Gesetzen, wie beim sportlichen Training. Wichtig erscheint in der Bewegungstherapie, dass der Sport als „Medikament“ eingesetzt wird, welcher nicht über-, beziehungsweise unterdosiert werden sollte. Aufgrund dieser Erkenntnis ist es von Bedeutung, dass die Sporttherapie individuell für die PatientInnen geplant werden muss, um

die beste Wirkung entfalten zu können (Hebenstreit, Ferrari, Meyer-Holz, Lawrenz & Jüngst, 2002, S.45-46).

- Terminologie des Trainings

  Trainingsziele: Die allgemeinen Ziele richten sich immer nach dem Individuum, wo seine Motivation, Neigung und Wünsche berücksichtigt werden. Bei Burnout-PatientInnen sind die psychisch-emotionalen Faktoren genauso zu vernehmen, wie die motorischen Aspekte. Die Trainingsziele der Bewegungstherapie werden von Schüle und Huber (2012, S.244) dieserart zusammengefasst:

  → „Schnellstmögliche Teilhabeoptimierung

  → Beschleunigung des Heilungsprozesses

  → Erhalt bzw. Wiedererlangung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit für die Aufgaben des täglichen Lebens, der Freizeit und des Sports

  → Vergrößerung der individuellen Handlungskompetenz

  → Förderung der Lebensqualität

  → Kompensation irreversibler Schädigung

  → Prophylaxe eines akuten Entlassungssyndroms und anderer Sekundärprobleme

  → Training spezieller Fertigkeiten

  → Entwicklung und Verbesserung der Körper- und Sinneswahrnehmung

  → Prävention vor erneuter Erkrankung

  → Verlangsamung der Reduktion körperlicher und psychischer Leistungsfähigkeit

  → Vorbereitung bzw. Einüben tätigkeitsspezifischer Anforderungen in der Freizeit, im Beruf und im Sport“

  Auf diese Ziele lassen sich danach die individuellen, speziellen Ziele der PatientInnen aufbauen (Schüle & Huber, 2012, S.244).

  Trainingsinhalte: Diese sind Bewegungs- und Übungsformen mit verschiedenen Schwierigkeitsgraden (Schüle und Huber, 2012, S.247). Die Trainingsinhalte werden bei Ausgebrannten sehr vielfältig angewandt.

  Trainingsmethoden: Sie sind planmäßige Methoden zur Verwirklichung gesetzter Trainingsziele. Diese Methoden umfassen zum Beispiel Ausdauertraining, die Dauermethode, Intervallmethode und Wiederholungsmethode (Weineck, 2002, S.22). In der Bewegungstherapie für Burnout-PatientInnen wird hauptsächlich die Dauermethode verwendet.

Trainingshäufigkeit: Dies stellt die Anzahl der Trainingseinheiten in der Woche dar (Mayer, 2006, S.2). Die Trainingshäufigkeit von Burnout-PatientInnen bewegt sich zwischen 3-5 sportlichen Einheiten pro Woche.

Trainingssteuerung: Damit werden alle Maßnahmen zur Verfügung gestellt, die die Leistungsfähigkeit verbessern, das könnte zum Beispiel eine Laktatmessung sein (Mayer, 2006, S.2).

- Belastung und Beanspruchung

Belastungsintensität: Das schwierige an der Belastungsintensität ist, dass es sich dabei um relative Größen handelt, die sich am Ausgangsniveau der PatientInnen orientieren. Die ideale Belastungsintensität entspricht der individuellen, aeroben Leistungsfähigkeit. Das Aufwärmen und Abwärmen von Trainingseinheiten sollte immer eine Intensität von 30-50% der VO_{2max} aufweisen. Bei Untrainierten wird dabei mit einer Intensität von 50-60% des Maximums im Hauptteil der Einheit begonnen. Danach, wenn Trainingseffekte vorliegen, kann die Intensität von 60-70% auf 70-80% gesteigert werden. Zu hohe Belastungen von 85-90% sind in der Bewegungstherapie nicht erwünscht, da sie schon im anaeroben Bereich liegen (Skinner, 1989, S.47).

Belastungsdauer: Das ist die Zeit, wie lange eine Belastung pro Einheit einwirkt. In der Bewegungstherapie ist es günstig, mit einer Aufwärmphase von fünf bis zehn Minuten zu beginnen. Diese wird von der Hauptphase, welche zwischen 15 bis 40 Minuten dauern sollte, abgelöst. Die letzte Einheit, das „Cool-Down“ dauert wieder fünf bis zehn Minuten. Die Belastungsdauer reicht somit von 25 bis 60 Minuten pro Einheit. Wichtig erscheint bei Ausdauerbelastungen, dass zuerst mit 20 bis 30 Minuten gesamt begonnen wird, damit allmählich auf 40 bis 60 Minuten gesteigert werden kann. In der Aufwärmphase wird die Stoffwechselaktivität gesteigert, damit der Körper langsam auf die nächste Belastung vorbereitet wird. Als Beispiele werden hier Gehen, Joggen, verschiedenen Dehnungsübungen oder Übungsaufgaben zur Kraft ausgeführt. Die eigentliche Hauptphase dient der Verbesserung der aeroben Leistungsfähigkeit. Zum Schluss werden ähnliche Übungen durchgeführt wie in der Aufwärmphase. Nur wenn die Hauptphase länger dauert, sollte auch die Abkühlphase etwas länger durchgeführt werden (Skinner, 1989, S.46-47).

Trainingsdichte: Sie ist die zeitliche Abstimmung zwischen Belastung und Erholung. Diese ist bei Burnout-Erkrankten für das Krafttraining und für die Ausdauermethoden von Bedeutung (Mayer, 2006, S.3).

- Trainingsprinzipien

  Die Trainingsprinzipien (TP) sind für die allgemeine Planung und Durchführung des Trainings verantwortlich. Sie können sich unterschiedlich auf viele Bereiche beziehen. Auf der einen Seite beziehen sie sich auf eine Optimierung der Leistungsfähigkeit und auf der anderen Seite sind sie für physisches, psychosoziales uns soziales Wohlbefinden verantwortlich. Da die Leistungsfähigkeit bei Burnout-PatientInnen weniger essentiell erscheint, bezieht sich die Arbeit auf folgende Prinzipien von Hegner, Hotz und Kunz (2005, S.156):

  - *„Soziologisch-pädagogisch-psychologische Trainingsprinzipien*
  - *Biologische Trainingsprinzipien*
  - *Biomechanische Trainingsprinzipien*
  - *Didaktisch-methodische Trainingsprinzipien“*

  Ad soziologische, pädagogische und psychologische TP:

  Um ein soziales Miteinander zu gewährleisten, ist es wichtig, die dafür gestellten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen einzuhalten. Dies bedeutet zum Beispiel, Spielregeln einzuhalten und ein völliges Dopingverbot.

  Das gemeinsame Trainieren in Gruppen kann für Burnout-PatientInnen sehr motivierend sein, da sie sich aufgrund des sozialen Zwanges besser überwinden können, regelmäßig zum Training zu kommen.

  Ad biologische TP:

  Dieses TP ist meist das wichtigste Prinzip in der Literatur. Ist ein trainingswirksamer, überschwelliger Reiz im Training gesetzt worden, wird die Leistungsfähigkeit in der Erholungsphase erhöht (Superkompensation). Zuerst wird die Trainingsbelastung durch Umfang des Trainings und danach durch Intensität gesteigert, wobei Alter und individuelle Voraussetzungen berücksichtigt werden müssen.

  Ad biomechanische TP:

Die Arten der Bewegungsausführungen sind von körperlichen Gegebenheiten (Muskelkraft, Hebelverhältnisse,…) und Umweltbedingungen (Erdanziehungskraft, Schneewiderstand, Luftwiderstand, Wind, …) abhängig. Je mehr diese TP eingehalten werden, umso eher können die Bewegungsaufgaben individuell gelöst werden.

Ad didaktische, methodische organisatorische TP:

Gute SporttherapeutInnen geben von Beginn an klare Informationen über das Training beziehungsweise über die Trainingsaufgaben. Auch während den Übungen sollten die SportlerInnen korrigiert werden.

Dafür wurde ein wichtiger methodischer Aufbau entwickelt, der wie folgt lautet:

→ *„Vom Bekannten zum Neuen!*

→ *Vom Einfachen zum Komplexen!*

→ *Von langsamen zu schnellen Bewegungen!*

→ *Von Teilbewegungen zu Ganzheitsbewegungen!*

→ *Vom Wesentlichen zur Vielfalt"* (Hegner, Hotz & Kunz, 2005, S.156-160).

4.3 Sechs-Wochen-Trainingspläne für Burnout-PatientInnen

Hier werden zwei sechs-Wochen Trainingspläne für Burnout-PatientInnen näher erklärt. Der erste Trainingsplan ist speziell für untrainierte PatientInnen, die normalerweise keinen bis wenig Sport ausüben. Der zweite Trainingsplan unterteilt sich in HobbysportlerInnen und trainierte SportlerInnen, die jeweils unterschiedlich gekennzeichnet werden. Die HobbysportlerInnen führen maximal dreimal pro Woche einen Sport aus und die trainierten SportlerInnen gehen darüber hinaus.

4.3.1 Trainingsplan für untrainierte Burnout-PatientInnen

Diese PatientInnen weisen noch keine Trainingserfahrungen auf. Aufgrund dessen ist das Training an diese untrainierten Burnout-PatientInnen angepasst worden. Es setzt sich vorwiegend aus Ausdauer, Kraft, Koordination und Entspannung zusammen. Der Therapieplan dient als Ideen-Sammlung für Kliniken als auch für PatientInnen. Weiters kann er nur dann seine Wirkung zeigen, wenn die PatientInnen nach den sechs Wochen weiter Sport betreiben. Durch die verschiedenen Möglichkeiten des Therapieplans, Sport zu

betreiben, bekommt der/die PatientIn Ideen für seinen/ihren Lieblingssport, den er/sie auch in Zukunft weiter betreiben soll.

Tabelle 2: *Sechs-Wochen-Trainingsplanübersicht für untrainierte Burnout-PatientInnen:*

Woche 1	Wochentage	Therapieinhalt
	Montag	
	Dienstag	Laufband-Ergometertraining
	Mittwoch	Teamspiele (Koordination)
	Donnerstag	
	Freitag	Entspannung + Vertrauensübungen
	Samstag	Laufband-Ergometertraining
	Sonntag	
Woche 2	Wochentage	Therapieinhalt
	Montag	Fahrrad-Ergometertraining
	Dienstag	Körperwahrnehmung
	Mittwoch	
	Donnerstag	Laufband-Ergometertraining
	Freitag	Atem- und Dehnübungen
	Samstag	
	Sonntag	
Woche 3	Wochentage	Therapieinhalt
	Montag	Laufband-Ergometertraining
	Dienstag	Tanztherapie (Rhythmusgefühl)
	Mittwoch	
	Donnerstag	Fahrrad-Ergometertraining
	Freitag	Autogenes Training und Entspannung zur Musik
	Samstag	
	Sonntag	
Woche 4	Wochentage	Therapieinhalt
	Montag	Nordic Walking
	Dienstag	Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson
	Mittwoch	
	Donnerstag	Laufband-Ergometertraining
	Freitag	Gleichgewichtsschulung und Teamspiele
	Samstag	
	Sonntag	
Woche 5	Wochentage	Therapieinhalt
	Montag	Fahrrad-Ergometertraining
	Dienstag	Krafttraining
	Mittwoch	
	Donnerstag	Nordic Walking
	Freitag	Atem- und Entspannungsübungen für den Alltag
	Samstag	

	Sonntag	
Woche 6	Wochentage	Therapieinhalt
	Montag	
	Dienstag	Laufband-Ergometertraining
	Mittwoch	Krafttraining
	Donnerstag	
	Freitag	Nordic Walking
	Samstag	Teamspiele (Koordination)
	Sonntag	

Sechs-Wochen-Trainingsplan für untrainierte Burnout-PatientInnen:

1. Woche: 2x Grundlagenausdauer, Koordination, Entspannung

1. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Lauftherapie durch Laufband-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Stimmungsaufhellung

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung Kurzes Eingehen am Laufband! Danach werden verschiedene Körperregionen mobilisiert.	Laufband	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten
Hauptteil	30 Min.	Der Patient soll je nach Kondition am Laufband laufen. Die Belastungen sollten immer im aeroben Bereich bleiben. Falls die Belastungen zu hoch werden, wird zwischendurch gegangen.	Laufband	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert (Weineck, 2002,

				S.142).
Schluss	10 Min.	Ausgehen am Laufband und dehnen der beanspruchten Muskulatur.	Laufband	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

2. Einheit:

Thema: Koordination

Schwerpunkt der Einheit: Teamspiele

Ziel der Einheit: Schulung der Konzentrationsfähigkeit und Verbesserung des Sozialverhaltens

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Luftballonspiel: Jede/r PatientIn erhält einen Luftballon, wo die Aufgabe darin besteht diesen möglichst viel mit anderen MitspielerInnen auszutauschen. Ziel dieses Spiels ist die entsprechenden Aktionen jedes Teilnehmers zu zählen (Hölter, 1993, S. 146).	Für jede/n PatientIn einen Luftballon	Niedrige Belastung (aerober Bereich)
Hauptteil	30 Min.	Fliesenlauf mit einem/r PartnerIn: Zwei PatientInnen stehen gemeinsam mit jeweils einem Fuß auf einem Handtuch. Sie versuchen gemeinsam eine Slalomstrecke durch die Halle zu bewältigen. Danach erfolgt eine Reflexion des gemeinsamen Bewegungsrhythmus und der Dauer der Aktivität (Hölter, 1993, S. 147).	Mind. 10 Hüttchen, pro Paar ein Handtuch	Aerobe – anaerobe Belastung Niedrige Belastung

		Ball über die Schnur: Zwei gleichstarke Teams spielen gegeneinander, wo die Aufgabe darin besteht, möglichst oft im eigenen Team hin und her zu spielen bevor der Ball ins gegnerische Feld geworfen wird. Das Ziel der TeilnehmerInnen ist, möglichst viele Ballabgaben im eigenen Team und Würfe in das gegnerische Feld durchzuführen (Hölter, 1993, S. 147).	Zauberschnur, 1 Softball	(Aerober Bereich)
Schluss	10 Min.	Rollenspiel: Gordischer Knoten: Die TeilnehmerInnen stellen sich ganz eng nebeneinander. Danach schließen sie die Augen und fassen sich an irgendwelchen Händen. Nun können die Augen wieder geöffnet werden. Die Gruppe versucht nun diesen „Gordischen Knoten“ wieder zu lösen, ohne dabei die Handfassung auszulassen.		Sehr niedrige Belastung (Aerober Bereich)

3. Einheit:

Thema: Entspannung

Schwerpunkt der Einheit: Entspannung, Vertrauensübungen

Ziel der Einheit: Loslassen und vertrauen lernen

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/	10 Min.	Übungen mit einem Gerät: Mehrere PatientInnen fassen	Pro 5er-Gruppe ein	Sehr niedrige Belastung (Aerober Be-

Aufwärmen		ein Gymnastikseil. Nur eine/r behält die Augen offen und übernimmt die Führung (Hölter, 1993, S.59)	Seil	reich)
Hauptteil	30 Min.	Führen über eine Langbank: Ein Paar fasst gemeinsam einen Stab, wobei eine/r die Augen schließt und der/die andere die Führung übernimmt. Der/Die Geführte versucht auf der Langbank zu gehen (Hölter, 1993, S.59). Gegenseitige Massage mit Massagebällen zu einer Entspannungsmusik	Mehrere Langbänke, pro Paar ein Stab Massagebälle, Radio, Musik	Sehr niedrige Belastung (Aerober Bereich)
Schluss	10 Min.	Atmungs- und Entspannungsübung: Atemtechnik *„Setzen Sie sich bequem hin und schließen Sie die Augen. Ihre ganze Konzentration gilt nun Ihrer Atmung. Atmen Sie ganz ruhig und gleichmäßig. Lassen Sie den Atem ganz ruhig und gleichmäßig ein- und ausströmen. Stellen Sie sich vor, wie Sie mit jedem Atemzug ruhiger und gelassener werden. Jedes Mal, wenn Sie einatmen sagen Sie sich im Gedanken das Wort „Ruhe“ oder „Energie“ vor. Beim Ausatmen stellen Sie sich vor, wie Sie alle negativen Gedanken, Ihre Unruhe und Ihr Stressgefühl einfach ausatmen.*	Pro PatientIn eine Matte	Keine Belastung - Entspannung

		Alles Negative löst sich in Luft auf. *Nach ca. 10 Minuten fühlen Sie sich sicher viel wohler und entspannter*“ (http://gesundheit.unileoben.ac.at/fileadmin/shares/intranet/betriebsrat/gesundheitsfoerderung/Skript%20Stress%201108.pdf, Zugriff am 10.09.2013).		

4. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Lauftherapie durch Laufband-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung Kurzes Eingehen! Danach werden verschiedene Körperregionen mobilisiert.	Laufband	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	30 Min.	Der/Die PatientIn soll je nach Kondition am Laufband laufen. Die Belastungen sollten immer im aeroben Bereich bleiben. Falls die Belastungen zu hoch werden, wird zwischendurch gegangen.	Laufband	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch

				Glucose Metabolismus charakterisiert Regenerativer Ausdauerbereich (70-75% der individuell aeroben-anaeroben Schwelle), ca. 140 Herzschläge (Weineck, 2002, S.142).
Schluss	10 Min.	Ausgehen und dehnen der beanspruchten Muskulatur.	Laufband	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

2. Woche: 2x Grundlagenausdauer, Körpererfahrung, Entspannung

1. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Fahrrad-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung. Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahrrad-Ergometer erwärmt.	Fahrrad-Ergometer	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	30 Min.	Der/Die PatientIn soll je nach Kondition am Fahrrad-Ergometer treten. Die Belastungen sollten immer im aeroben Bereich bleiben (unter 100 Watt). Falls die Belastungen zu	Fahrrad-Ergometer	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energie-gewinnung

		hoch werden, wird zwischendurch mit einer geringeren Watt-Leistung gefahren.		(LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert (Weineck, 2002, S.142).
Schluss	10 Min.	Zum Schluss wird noch ca. 7 Minuten mit 20 Watt am Fahrrad-Ergometer gefahren und danach die beanspruchten Muskulatur gedehnt.	Fahrrad-Ergometer	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

2. Einheit:

Thema: Körperwahrnehmung

Schwerpunkt der Einheit: Selbst- und Fremdwahrnehmung, Grenzen setzen

Ziel der Einheit: Verbesserung der Selbst- und Fremdwahrnehmung

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Übung zur Bewusstwerdung eigner Bedürfnisse: Zur Einstimmung sollen sich alle PatientInnen im Raum je nach Belieben bewegen. Nach einem selbstgewählten Zeitpunkt kann jedoch die Bewegung gestoppt werden. Die eigentliche Übung beruht darauf, dass die PatentInnen sich aufeinander beziehen und auf ihr inneres Befinden achten. Ziel ist es, dass zu jeder Zeit eine Person mit einer bestimm-		Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

		ten Bewegung startet und sobald alle anderen TeilnehmerInnen die Bewegung gesehen haben, greifen sie diese auf. Auch kann jede/r TeilnehmerIn immer mit dieser Bewegung aufhören, wobei wieder alle Teilnehmer die Bewegung danach stoppen (Deimel, 2012, S.38-39)		
Hauptteil	30 Min.	Verschiedene Körperwahrnehmungen: ca. vier Minuten pro Übung - Atmung: Zunächst wird nur der Rumpf beachtet. Die Atmung soll gespürt werden (von innen und von außen mit Hilfe der Hände) - Vorsichtige, langsame Rumpfneigung in beiden Richtungen: jeweils 5 Positionen nach rechts und wieder mit Hilfe von 5 Positionen aufrichten. Das gleiche in die andere Richtung - Ausfallschritt ohne Rumpfbeteiligung - Ausfallschritt mit Rumpfbeteiligung - Die Größe der Bewegung im Gehen variieren: klein machen, groß machen - Es soll im Gehen gezeigt werden, wie der Körper aussieht,		Sehr niedrige Belastungen

		wenn er angespannt ist und wie er entspannt ist. - Krafteinsatz: Zuerst soll der Krafteinsatz reduziert werden (z.B.: mit Hilfe von ganz zarten Bewegungen), danach wird der Krafteinsatz gesteigert (z.B.: mit Hilfe von Stampfen oder Boxen). - Das Tempo wird abwechselnd beschleunigt/ verlangsamt (Deimel, 2012, S.42 – 43).		
Schluss	10 Min.	Das aufrechte Stehen sollt gespürt werden: Der/Die PatientIn soll sich mit dem Rücken zur Wand stehen, dabei sollen die Fersen die Wand berühren. Die Beinstellung ist hüftbreit. Als nächstes sollen das Becken, die Schulterblätter und der Hinterkopf die Wand berühren. Nun soll die aufrechte Köperposition wahrgenommen werden. Zum Schluss soll noch der Brustkorb gedehnt werden, dass auch für eine aufrechte Körperhaltung hilft (vgl. http://guide2healing.com/wp-content/uploads/2011/08/koerperwahrnehmung.pdf, Zugriff am		Keine Belastung

		08.10.2013) Reflexion mit der PatientInnen-gruppe: Welche Übung hat euch besonders geholfen den eigenen Körper wahrzuneh-men?		

3. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Lauftherapie durch Laufband-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Stimmungsaufhellung

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belas-tung
Aufwär-men	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung Kurzes Eingehen! Danach wer-den verschiedene Körperregio-nen mobilisiert.	Laufband	Dauermethode: Mit-telzeitausdauer be-inhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (Wein-eck, 2002, S.142).
Hauptteil	30 Min.	Der/Die PatientIn soll je nach Kondition am Laufband laufen. Die Belastungen sollten immer im aeroben Bereich bleiben. Falls die Belastungen zu hoch werden, wird zwischendurch gegangen.	Laufband	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastun-gen über 8 Minuten durch aerobe Ener-giegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolis-mus charakterisiert Regenerativer Aus-dauerbereich (70-75% der individuell

				aeroben-anaeroben Schwelle), ca. 140 Herzschläge (Weineck, 2002, S.142).
Schluss	10 Min.	Ausgehen und dehnen der beanspruchten Muskulatur.	Laufband	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

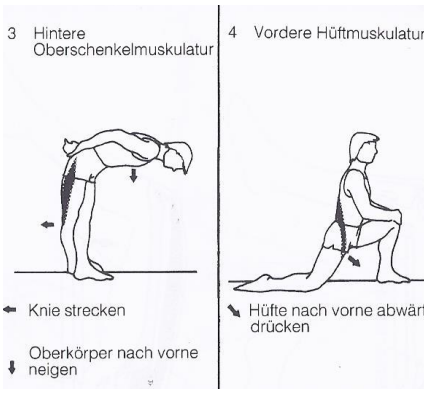
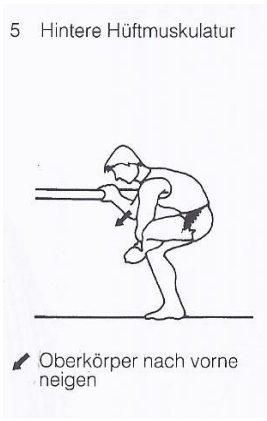
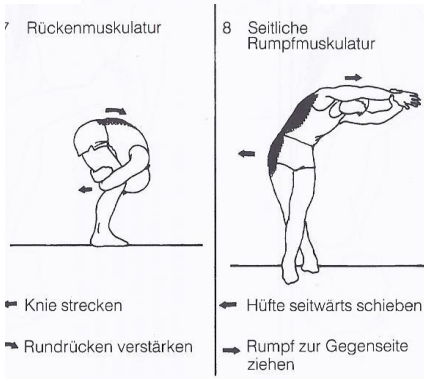
4. Einheit:

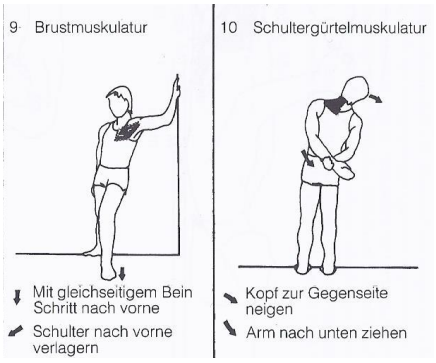
Thema: Entspannung

Schwerpunkt der Einheit: Atem- und Dehnübungen

Ziel der Einheit: Lernen sich zu entspannen

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Langsames Eingehen und dabei bewusst auf die Atmung achten. Folgende Fragen für die PatientIn: Wie atme ich? In den Bauch? Wo spüre ich meine Atmung? Atme ich tief oder leicht?		Keine Belastung
Hauptteil	30 Min.	Verschiedene statische Dehnübungen: pro Übung ca. eine Minute mit 3 Durchgängen: 	Entspannungsmusik, pro PatientIn eine Matte	Keine Belastung

		 3 Hintere Oberschenkelmuskulatur 4 Vordere Hüftmuskulatur Knie strecken Oberkörper nach vorne neigen Hüfte nach vorne abwärts drücken  5 Hintere Hüftmuskulatur Oberkörper nach vorne neigen 6 Innere Hüftmuskulatur Becken schräg nach unten schieben  7 Rückenmuskulatur 8 Seitliche Rumpfmuskulatur Knie strecken Rundrücken verstärken Hüfte seitwärts schieben Rumpf zur Gegenseite ziehen		

		 Abbildung 13: *Stretching-Basisprogramm* (mod. n. Weineck, 2002, S.515)		
Schluss	10 Min.	Zum Abschluss werden die Patienten gebeten sich auf eine Gymnastikmatte zu legen: Folgende Aufgaben für den Patienten (im Sitzen, im Liegen und im Stehen): - Erspüren der Auflagefläche der Matte - Spüren des Körpergewichts, der Schwere - Spüren des Herzschlages - Spüren der Atmung	Pro Patient eine Matte	Keine Belastung

3. Woche: 2x Grundlagenausdauer, Koordination, Entspannung

1. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Lauftherapie durch Laufband-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Stimmungsaufhellung

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung Kurzes Eingehen! Danach werden verschiedene Körperregionen mobilisiert.	Laufband	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	30 Min.	Der/Die PatientIn soll je nach Kondition am Laufband laufen. Die Belastungen sollten in den ersten 25 Minuten im aeroben Bereich bleiben. Falls die Belastungen in dieser Zeit zu hoch werden, wird zwischendurch gegangen. Als nächstes wird fünf Minuten schneller gelaufen. Die letzten 20 Minuten werden wieder im aeroben Bereich gelaufen.	Laufband	Dauermethode: Langzeitausdauer: beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert Regenerativer Ausdauerbereich (70-75% der individuell aeroben-anaeroben Schwelle), ca. 140 Herzschläge Mittelzeitausdauer: Abschnitt einer zunehmenden aeroben - anaerober Belastung (2-8 Minuten) (Weineck, 2002, S.142).
Schluss	10 Min.	Ausgehen und dehnen der beanspruchten Muskulatur.	Laufband	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

2. Einheit:

Thema: Tanztherapie

Schwerpunkt der Einheit: Rhythmusgefühl

Ziel der Einheit: Verhältnis zwischen Entspannung und Anspannung, Ausdruck

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Nähe-Distanz-Regulation: Die Übung erfolgt in einer dreier Gruppe. Eine Person A steht an der Wand und lenkt die andere Person B durch Kommandos „Komm – Stopp – Geh weg!“ zu sich her. Die dritte Person ist der Coach, welcher von der Person A körperlich Zeichen (Husten, Blinzeln, Atemanhalten, Schultern heben,…) wahrnimmt und diese auch befolgt. Ziel ist es, dass die Entfernung zwischen Person A und B stimmig ist und somit für beide eine optimale Entfernung darstellt (Deimel, 2012, S.44-45).		Keine Belastung
Hauptteil	30 Min.	Ein Musikstück wird aufgedreht. Die PatientInnen sollen sich nun zu dieser Musik bewegen. Wenn ein rhythmischer Akzent kommt, sollen die TeilnehmerInnen die Bewegung ändern (z.B.: Sprung, Drehung). Bei gleichbleibendem Rhythmus	Musik	

		soll die Bewegung gleichmäßig sein (Froböse et al., 2002, S.237). Nun gehen die TeilnehmerInnen in dreier Gruppen zusammen: Hier ist die Aufgabe, dass sie zu einem bestimmten Musikstück ihren Alltag rhythmisch darstellen sollen. Danach können die Ergebnisse den Gruppen präsentiert werden.		
Schluss	10 Min.	Die TeilnehmerInnen legen sich auf die Gymnastikmatte und hören der Entspannungsmusik zu. Dies soll die TeilnehmerInnen beruhigen und entspannen.	Gymnastik-matte pro PatientIn Entspannungsmusik	

3. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Fahrrad-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung. Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahrrad-Ergometer erwärmt.	Fahrrad-Ergometer	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und

				acht Minuten (Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	30 Min.	Der/Die PatientIn soll je nach Kondition am Fahrrad-Ergometer treten. Die Belastungen sollten immer im aeroben Bereich bleiben (unter 100 Watt). Falls die Belastungen zu hoch werden, wird zwischendurch mit einer geringeren Watt-Leistung gefahren.	Fahrrad-Ergometer	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energie-gewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert (Weineck, 2002, S.142).
Schluss	10 Min.	Zum Schluss wird noch ca. 7 Minuten mit 20 Watt am Fahrrad-Ergometer gefahren und danach die beanspruchten Muskulatur gedehnt.	Fahrrad-Ergometer	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

4. Einheit:

Thema: Entspannung

Schwerpunkt der Einheit: Autogenes Training und Entspannung zur Musik

Ziel der Einheit: Stressreduktion

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	5 Min.	Jede/r PatientIn darf sich frei zur Musik bewegen (Froböse et al., 2002, S.230-231).	Musik	Individuelle, geringe Belastung
Hauptteil	35	Zuerst wird durch den Raum	Schwung-	Geringe Belastung

	Min.	gegangen und bewusst wahrgenommen: - welche Gegenstände im Raum sind - wie der Raum aussieht - wo Temperaturunterschiede herrschen - wie die eigene Gangart ist - welche Geräusche im Raum wahrgenommen werden Schwungtuch wir gemeinsam mit der Gruppe auseinandergezogen und gespannt: - der Ball wird auf das Tuch gegeben, der zunächst langsam bewegt wird - danach soll versucht werden den Ball immer schneller rollen zu lassen - Die TeilnehmerInnen sollen nun die Bewegung des Balles verfolgen - Als nächstes soll die Atmung bewusst mit eingebunden werden: Wenn das Tuch gleichmäßig schwingt wird eingeatmet und wenn es hochschwingt wird ausgeatmet. - Zuerst legt sich eine Hälfte der	tuch, leichter Ball	

		TeilnehmerInnen unter das Tuch in Rückenlagen und nach einiger Zeit wird gewechselt. Die TeilnehmerInnen sollen den Atemrhythmus beobachten und danach aufnehmen (Froböse et al., 2002, S.230-231).		
Schluss	10 Min.	Jede/r PatientIn legt sich auf eine Gymnastikmatte und hört dem Erzähler, der eine Phantsiereise vorspricht und der Entspannungsmusik zu: *Die blaue Blume:* *Du machst dich auf den Weg, die blaue Blume zu suchen. Du wanderst durch einen dichten Wald. Hohe, schlanke Bäume, die wie Säulen eines Dornes vor dir aufragen. Ihre dichten Kronen aus Blättern wölben sich wie ein Dach über dir. Du gehst über weichen Waldboden. Das Laufen ist hier ganz anders als auf den Straßen der Stadt. Die sind so hart und steinern. Dort werden deine Füße bald müde, aber hier im Wald läufst du über Erde, Moos und Gras. Das tut deinen Füßen wohl.* *Wenn du im Wald bist, nimmst du auch den Duft des Waldes wahr. Es riecht so frisch nach all den Pflanzen. Das Laufen*	Pro PatientIn eine Matte, Entspannungsmusik	Keine Belastung

		durch den Wald macht dir Freude. Der breite Weg endet an einem Dickicht. Ein schmaler Pfad windet sich durch das Grün. Du schlängelst dich da durch. Bald ist das dichte Grün zu Ende, und du stehst auf einen moosigen Pfad. Nach ein paar Schritten schon siehst du Wasser vor dir funkeln. Still und fast unbeweglich liegt es da, wie ein großes Auge. Du gehst weiter auf den See zu und stehst bald an seinem Ufer. Dort lässt du dich auf dem weichen Gras nieder, das noch warm ist von der Sonne des Tages. Du schaust auf das Wasser. Es ist alles so ruhig, so ruhig. Du fühlst die Ruhe auch in dir. Nach einer Weile des Schauens siehst du plötzlich eine Bewegung im Wasser. Du schaust gebannt dort hin. Es steigt etwas aus der Tiefe des Wassers auf. Eine Blume, eine Blume in strahlendem Blau. Sie wächst aus dem Wasser wie ein schlanker Springbrunnen. Ihr hoher Stiel ist umgeben von zarten Blättern. Nun siehst du wie sich die Blume ganz, ganz langsam öffnet. Die Blüte öffnet sich langsam und wie von Zauberhand. Sie hat ein tiefes Blau.		

		Es ist eine Zauberblume, diese blaue Blume. Wer sie einmal erblickt hat, darf sich etwas wünschen. Wünsch dir was. Und träum` ein wenig weiter. (Müller, 1998, zit. n. Froböse et al., 2002, S.230-231).		

4. Woche: 2x Grundlagenausdauer, Koordination, Entspannung

1. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Nordic Walking

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Entspannung

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung: Zuerst wird kurz das Nordic Walking erklärt. Danach werden verschiedene Gelenke mobilisiert und mit den Nordic Walking Stöcken wird gedehnt.	Pro PatientIn ein Nordic Walking Stock	Geringe Belastung
Hauptteil	30 Min.	Nach der Aufwärmung des Körpers wird eine schöne Runde mit den Nordic Walking Stöcken gegangen.	Pro PatientIn zwei Nordic Walking Stöcke	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert (Weineck, 2002,

				S.142).
Schluss	10 Min.	In den letzten zehn Minuten werden statische Dehnungs-übungen durchgeführt.		Keine Belastung

2. Einheit:

Thema: Entspannung

Schwerpunkt der Einheit: Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson

Ziel der Einheit: Schulung der körperlichen Wahrnehmung und Atmung

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belas-tung
Vor-bereitung/ Aufwär-men	10 Min.	Zuerst wird mit der Therapie-gruppe das progressive Muskel-relaxation nach Jacobson be-sprochen und erklärt: Bei diesem Thema geht es dar-um, dass die Muskulatur im Wechsel zuerst angespannt und danach wieder entspannt wird. Die Anspannungsphase (5-7 Sek.) dauert kürzer als die Entspannungsphase (20 Sek.). Der Schwerpunkt liegt somit in der Entspannung. Weiters ist vom Vorteil, dass diese Ent-spannungsmethode leicht zu erlernen ist, welche auch die TeilnehmerInnen selbst zu Hause üben können (Froböse et al., 2002, S.231).		Besprechung im Sitzkreis
Hauptteil	30	Die Muskelentspannung wird dreimal durchgeführt. Nach	Jede/r Teilnehme-	

	Min.	jeder Anspannung erfolgt eine längere Entspannung. Die TeilnehmerInnen setzen sich zu Beginn auf die Matte: 1) Im Sitz: Bei Rechtshänder wird zuerst die gesamte rechte Armmuskulatur angespannt. Die Hand soll eine Faust bilden und an den Körper heran gedrückt werden. Die Linkshänder beginnen zuerst mit ihrer linken Hand 2) Im Sitz: Der andere Arm wird angespannt 3) Im Sitz: Die gesamten Muskeln im Gesicht werden angespannt. Zuerst wird die Nase bewegt, dann der Mund breit gemacht, die Augen zusammen gekniffen und zum Schluss wird mit den Zähnen zusammen gebissen, bis die gesamte Muskulatur im Gesicht angespannt ist. 4) Im Sitz: Die Nackenmuskulatur wird angespannt, indem zuerst das Kinn zur Brust gegeben wird und danach der Kopf nach hinten gegeben wird. Nun kann die Muskulatur angespannt werden. 5) Im Sitz: Die nächsten Muskelgruppen umfassen die	rIn benötigt eine Matte	

		Schultern, der Brustkorb und die Bauchmuskeln. Zuerst werden die Schultern nach hinten beziehungsweise nach unten gezogen. Danach soll die gesamte Rücken- und Bauchpartie angespannt werden. 6) Im Sitz: Die letzte Anspannung geschieht in der gesamten Ober-, Unterschenkel- und Fußmuskulatur des rechten Beines. Die Linkshänder beginnen wieder mit dem linken Bein. Zuerst werden Waden- und Fußmuskeln angespannt, indem die Zehen des rechten Beines gebeugt werden. Danach wird der Fuß nach innen gedreht und die Fußsohle nach unten gedrückt. Die Ferse soll auch so gut es geht nach unten gedrückt werden. Zum Schluss wird dann noch die Oberschenkelmuskulatur angespannt werden. 7) Anderes Bein wird genauso angespannt wie in Übung 6) (Froböse et al., 2002, S.231f).		
Schluss	10 Min.	Im langsamen Gehen soll ein- und ausgeatmet werden. Wichtig ist, dass beim Einatmen die Arme über den Kopf geführt werden sollen und bei der Ausatmung soll sich der/die Patien-		Keine Belastung

		tIn fallen lassen, indem er/sie in sich zusammensinkt. Diese Übung wird mindestens fünf Mal durchgeführt (Froböse et al., 2002, S.232).		

3. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Lauftherapie durch Laufband-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung Kurzes Eingehen! Danach werden verschiedene Körperregionen mobilisiert.	Laufband	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	30 Min.	Der/Die PatientIn soll je nach Kondition am Laufband laufen. Die Belastungen sollten immer im aeroben Bereich bleiben. Falls die Belastungen zu hoch werden, wird zwischendurch gegangen. Nach ca. 15 Minuten kann 10 Minuten das Tempo, je nach Befinden, gesteigert werden. In den letzten 5 Minuten sollte gemütlich ausgelaufen werden.	Laufband	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert Regenerativer Ausdauerbereich (70-75% der individuell aeroben-anaeroben

				Schwelle), ca. 140 Herzschläge Mittelzeitausdauer: Abschnitt einer zunehmenden aeroben - anaerober Belastung (2-8 Minuten) (Weineck, 2002, S.142).
Schluss	10 Min.	Ausgehen und dehnen der beanspruchten Muskulatur.	Laufband	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

4. Einheit:

Thema: Koordination

Schwerpunkt der Einheit: Gleichgewicht und Teamspiele

Ziel der Einheit: Schulung der Konzentrationsfähigkeit und Verbesserung des Sozialverhaltens

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Die einzelnen Gelenke (Fußgelenk, Kniegelenk, Hüftgelenk, Schulter-gelenk, Ellbogengelenk und Kopf-gelenk) werden mobilisiert. Zuerst wird mit langsamen Kreisen begonnen, wobei nach einiger Zeit das Kreisen der Gelenke immer größer und schneller werden soll. Eine Gelenksmobilisation dauert maximal 40 Sekunden.		Aufwärmung der Gelenke
Hauptteil	30	Schulung des Gleichgewichts:	2 Langbänke und	

	Min.	Die beiden Langbänke werden mit der breiten Seite zuerst nach oben aufgestellt. Die Matten werden zur Absicherung rundherum gegeben. Hier bekommen die PatientInnen verschiede Aufgaben, wo sie mit unterschiedlichen Gangarten über die Bank gehen sollen: - Zuerst gerade vorwärts über die Bank gehen - Danach auf den Zehenspitzen gerade über die Bank gehen - Als nächstes sollen die TeilnehmerInnen seitwärts über die Bank gehen. Danach wird die Seite geändert. - Es soll vorsichtig rückwärts über die Bank gegangen werden. - Nun soll nur bis zur Mitte der Bank gegangen werden und danach wird eine halbe Drehung durchgeführt. - Bei der nächsten Übung wird ein Ball hochgeworfen und wieder gefangen, währenddessen über die Bank vorwärts/rückwärts gegangen wird. - Nun wird der Ball den TeilnehmerInnen, die auf der Bank	8 Matten	

		gehen, zugeworfen. Das Ziel ist, dass der Ball gefangen wird. Variationen: Die Übungen können mit einem höherem Tempo durchgeführt werden beziehungsweise die Bank kann so umgedreht werden, dass die breite Seite nach unten sieht (Froböse et al., 2002, S.232).		
Schluss	10 Min.	Teamspiel: Bälle raus Jedes Team bekommt 10 Bälle, welche im jeweiligen Feld verteilt sind. Das Ziel dieses Spiels ist es so wenige Bälle im eigenen Feld zu haben wie es nur geht. Dies schaffen die PatientInnen indem sie die Bälle einzeln ins gegnerische Feld rollen. Nach einer bestimmten Zeit werden die Bälle abgezählt. Das Team das weniger Bälle im Feld hat, hat gewonnen (Froböse et al., 2002, S.232).	20 Tennisbälle	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

5. Woche: 2x Grundlagenausdauer, Koordination, Entspannung

1. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Fahrrad-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung

Vor-bereitung/ Aufwär-men	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung. Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahrrad-Ergometer erwärmt.	Fahrrad-Ergometer	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten
Hauptteil	30 Min.	Der/Die PatientIn soll je nach Kondition am Fahrrad-Ergometer treten. Die Belastungen sollten immer im aeroben Bereich bleiben (unter 100 Watt). Falls die Belastungen zu hoch werden, wird zwischendurch mit einer geringeren Watt-Leistung gefahren.	Fahrrad-Ergometer	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert
Schluss	10 Min.	Zum Schluss wird noch ca. 7 Minuten mit 20 Watt am Fahrrad-Ergometer gefahren und danach die beanspruchten Muskulatur gedehnt.	Fahrrad-Ergometer	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

2. Einheit:

Thema: Krafttraining

Schwerpunkt der Einheit: Kraft- und Dehnübungen

Ziel der Einheit: Spüren des eigenen Körpers und darauf reagieren, Verbesserung der intra- und intermuskulären Koordination

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vor-bereitung/ Aufwär-	10 Min.	Zuerst wird kurz eingelaufen. Danach werden verschiedene Laufübungen durchgeführt (Hopserlauf, Kniehebelauf, Fer-		Niedrige Belastung (aerober Bereich)

men		senlauf, Seitwärtslauf,…). Dann werden die wichtigsten Muskelgruppen kurz angedehnt.		
Hauptteil	30 Min.	Übungen: • Rumpf: Unterarmstütz – Liegestützposition verharren – Beine links/rechts abwechselnd heben • Seitliche Bauchmuskeln: Seitlicher Unterarmstütz links – Füße am Boden, zweite Hand darf vor dem Körper abstützen - Becken heben und senken • Seitliche Bauchmuskeln: Seitlicher Unterarmstütz rechts – Füße am Boden, zweite Hand darf vor dem Körper abstützen - Becken heben und senken • Rumpf: Brückenposition rücklings – nur Schulterblätter liegen auf, Becken heben und senken • Rücken: Bauchlage, Kopf und Hals in der Verlängerung der Wirbelsäule (Blick nach unten), Arme seitlich abwinkeln bzw. nach vorne ausstrecken, Oberkörper heben und senken • Gerade Bauchmuskeln: Crunches: Beine 90° in der Luft abgewinkelt, Lendenwirbelsäule	Pro TeilnehmerInnen eine Turnmatte und eine Springschnur	Hohe Belastung (Anaerober Bereich) Die PatientInnen gehen zu zweit zusammen. Ein/e PatientIn macht die geplanten Kräftigungsübungen, der/die Zweite springt währenddessen Seil. Nach 30 Sekunden wird gewechselt. 30 Sekunden Belastung 5 Sekunden Wechsel 30 Sekunden Belastung 15 Sekunden _ Pause (Währenddessen wird die nächste Übung erklärt) Es werden 2 Durchgänge gemacht.

		auf dem Boden drücken, Hände an die Schläfen legen, Oberkörper heben und senken • Abduktoren: Seitenlage, oberes Bein heben und senken • Adduktoren: Seitenlage, oberes Bein vor dem unteren ablegen, unteres Bein heben und senken • Gesäßmuskel: Vierfüßlerstand, rechtes Bein 90° anwinkeln, Oberschenkel in der Verlängerung der Wirbelsäule, Ferse zieht nach oben • Gesäßmuskel: Vierfüßlerstand, linkes Bein 90° anwinkeln, Oberschenkel in der Verlängerung der Wirbelsäule, Ferse zieht nach oben		
Schluss	10 Min.	Ausgehen + Dehnen		Keine Belastung

3. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Nordic Walking

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Entspannung

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwär-	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung: Zuerst wird kurz das Nordic Walking erklärt. Danach werden	Pro PatientIn ein Nordic	Geringe Belastung

men		verschiedene Gelenke mobilisiert und mit den Nordic Walking Stöcken wird gedehnt.	Walking Stock	
Hauptteil	30 Min.	Nach der Aufwärmung des Körpers wird eine schöne Runde mit den Nordic Walking Stöcken gegangen.	Pro PatientIn zwei Nordic Walking Stöcke	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert (Weineck, 2002, S.142).
Schluss	10 Min.	In den letzten zehn Minuten werden statische Dehnungsübungen durchgeführt.		Keine Belastung

4. Einheit:

Thema: Atem- und Entspannungsübungen

Schwerpunkt der Einheit: Atemübungen für den Alltag

Ziel der Einheit: Kennenlernen verschiedener Atemübungen für den Alltag, Entspannung

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Hauptteil	30 Min.	Verschiedene Atemübungen: Jede/r PatientIn bekommt eine Gymnastikmatte. Im Sitzen: Der Patient versucht eine Bauchatmung durchzufüh-	Pro PatientIn eine Matte	Keine Belastung

		ren, währenddessen er/sie die Hände am Hinterkopf verschränkt. Danach soll die Wirbelsäule aufgerichtet werden. Im Stehen wird nun eine Flankenatmung durchgeführt. Als nächstes werden die Hände auf den Brustkorb gelegt und es soll eine Schlüsselbeinatmung versucht werden. Wichtig ist das die PatientInnen bewusst Aus- und Einatmen. Damit die Bewusstheit des Atmens stärker zum Tragen kommt, können die TeilnehmerInnen beim Einatmen die Arme seitlich Heben und beim Ausatmen Töne wie „Aaaa …“-/Oooo …“ mitwirken. Zum Schluss können sich die PatientInnen auf den Rücken legen und beim Atmen bewusst an wirkende Bilder denken, wie zum Beispiel an eine schlafende Katze, eine Wiese, einen Wald oder an einen Sonnenuntergang (Schüle & Huber, 2012, S.281).		

6. Woche: 2x Grundlagenausdauer, Körpererfahrung, Entspannung

1. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Lauftherapie durch Laufband-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung Kurzes Eingehen! Danach werden verschiedene Körperregionen mobilisiert.	Laufband	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	30 Min.	Der/Die PatientIn soll je nach Kondition am Laufband laufen. Die Belastungen sollten immer im aeroben Bereich bleiben. Falls die Belastungen zu hoch werden, wird zwischendurch gegangen. Nach ca. 15 Minuten kann 10 Minuten das Tempo, je nach Befinden, gesteigert werden. In den letzten 5 Minuten sollte gemütlich ausgelaufen werden.	Laufband	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert Regenerativer Ausdauerbereich (70-75% der individuell aeroben-anaeroben Schwelle), ca. 140 Herzschläge Mittelzeitausdauer: Abschnitt einer zunehmenden aeroben - anaerober Belastung (2-8 Minuten) (Weineck, 2002, S.142).
Schluss	10	Ausgehen und dehnen der be-	Laufband	Niedrige Belastung

	Min.	anspruchten Muskulatur.		(Aerober Bereich)

2. Einheit:

Thema: Krafttraining

Schwerpunkt der Einheit: Kraft- und Dehnübungen

Ziel der Einheit: Spüren des eigenen Körpers und darauf reagieren, Verbesserung der intra- und intermuskulären Koordination

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Zuerst wird kurz eingelaufen. Danach werden verschiedene Laufübungen durchgeführt (Hopserlauf, Kniehebelauf, Fersenlauf, Seitwärtslauf,…). Dann werden die wichtigsten Muskelgruppen kurz angedehnt.		Niedrige Belastung (aerober Bereich)
Hauptteil	30 Min.	Übungen: • Rumpf: Unterarmstütz – Liegestützposition verharren – Beine links/rechts abwechselnd heben • Seitliche Bauchmuskeln: Seitlicher Unterarmstütz links – Füße am Boden, zweite Hand darf vor dem Körper abstützen - Becken heben und senken • Seitliche Bauchmuskeln: Seitlicher Unterarmstütz rechts – Füße am Boden, zweite Hand darf vor dem Körper abstützen -	Pro TeilnehmerInnen eine Turnmatte und eine Springschnur	Hohe Belastung (Anaerober Bereich) Die PatientInnen gehen zu zweit zusammen. Ein/e PatientIn macht die geplanten Kräftigungsübungen, der/die Zweite springt währenddessen Seil. Nach 30 Sekunden wird gewechselt. 30 Sekunden Be-

		Becken heben und senken • Rumpf: Brückenposition rücklings – nur Schulterblätter liegen auf, Becken heben und senken • Rücken: Bauchlage, Kopf und Hals in der Verlängerung der Wirbelsäule (Blick nach unten), Arme seitlich abwinkeln bzw. nach vorne ausstrecken, Oberkörper heben und senken • Gerade Bauchmuskeln: Crunches: Beine 90° in der Luft abgewinkelt, Lendenwirbelsäule auf dem Boden drücken, Hände an die Schläfen legen, Oberkörper heben und senken • Abduktoren: Seitenlage, oberes Bein heben und senken • Adduktoren: Seitenlage, oberes Bein vor dem unteren ablegen, unteres Bein heben und senken • Gesäßmuskel: Vierfüßlerstand, rechtes Bein 90° anwinkeln, Oberschenkel in der Verlängerung der Wirbelsäule, Ferse zieht nach oben • Gesäßmuskel: Vierfüßlerstand, linkes Bein 90° anwinkeln, Oberschenkel in der Verlängerung der Wirbelsäule, Fer-		lastung 5 Sekunden Wechsel 30 Sekunden Belastung 15 Sekunden _ Pause (Währenddessen wird die nächste Übung erklärt) Es werden 2 Durchgänge gemacht.

		se zieht nach oben		
Schluss	10 Min.	Ausgehen + Dehnen		Niedrige Belastung (Abwärmen)

3. Einheit:

Thema: Koordination

Schwerpunkt der Einheit: Teamspiele

Ziel der Einheit: Verbesserung des Sozialverhaltens

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Es werden zwei Teams gebildet. Die Aufgabe besteht nun darin auf einer Bank aneinander vorbeizukommen, ohne dass jemand von der Bank hinunterfällt. Zum Beispiel die Teams stellen sich nach ihrer Körpergröße der Reihe nach auf und wechseln die Plätze so, dass am anderen Ende nun der/die Größte steht (Froböse et al., 2002, S.219).	2 Langbänke	Konzentrationsübung, Wettkampfübung
Hauptteil	30 Min.	Verschiedene Staffelspiele: Zuerst werden 2 Teams gebildet. 1) Einen Stab vor sich herschieben: Die TeilnehmerInnen halten in jeder Hand einen Stab und sollen vor sich einen anderen Stab der am Boden liegt so schnell	Hütchen, 6 Holzstäbe, 2 Tücher	Anaerobe Belastungen

		wie möglich vor sich herschieben. Der Stab wird um einen Wendepunkt herumgeführt. Danach werden die Stäbe dem nächsten Teammitglied übergeben. Ziel ist es das jede/r im Team einmal gelaufen ist und das Team hat dann gewonnen, das als erstes fertig ist. Variation: Um die Schwierigkeit zu erhöhen, könnte die TeilnehmerInnen auch im Slalom laufen. 2) Kleine Staffel: Nun stellen sich zwei TeilnehmerInnen eines Teams gegenüber auf und halten in jeder Hand einen Stab. Auf diesem Stab liegt ein kleiner Ball, der auf den Stäben balanciert. Ziel ist es den Ball so schnell wie möglich eine bestimmte Distanz zu transportieren und danach seinen anderen Teammitgliedern zu übergeben. Das Team hat gewonnen, das als erstes fertig ist. 3) Kleine Staffel mit einem Tuch: Das Tuch, dass vor dem/der ersten TeilnehmerIn im Team liegt, wird mit den Füßen eine bestimmte Distanz vor sich hergeschoben. Gewonnen hat das Team, dass als erstes fertig ist (Froböse et al., 2002,		

		S.226). 4) Die TeilnehmerInnen stellen sich hintereinander auf und sollen einen Ball über den Kopf bis zum letzten Teammitglied weiterreichen. Sobald der/die erste TeilnehmerIn den Ball weitergereicht hat, stellt er/sie sich wieder hinten an. Gewonnen hat das Team, das als erstes alle Plätze gewechselt hat. Variationen: Der Ball wird unter den Beinen durchgegeben oder der Ball wird seitlich weitergegeben (Froböse et al., 2002, S.217).		
Schluss	10 Min.	Nach diesen Staffelspielen wird gemütlich ausgelaufen und die beanspruchte Muskulatur gedehnt.		Niedrige Belastung (aerober Bereich)

4. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Nordic Walking

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Entspannung

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung: Zuerst wird kurz das Nordic Walking erklärt. Danach werden verschiedene Gelenke mobili-	Pro PatientIn ein Nordic Walking	Geringe Belastung

		siert und mit den Nordic Walking Stöcken wird gedehnt.	Stock	
Hauptteil	30 Min.	Nach der Aufwärmung des Körpers wird eine schöne Runde mit den Nordic Walking Stöcken gegangen.	Pro PatientIn zwei Nordic Walking Stöcke	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert (Weineck, 2002, S.142).
Schluss	10 Min.	In den letzten zehn Minuten werden statische Dehnungsübungen durchgeführt.		Keine Belastung

4.3.2 Trainingsplan für HobbysportlerInnen und trainierte SportlerInnen

Zur Erklärung des Therapieplans:

Die beiden Farben (gelb & pink) kennzeichnen jeweils die zwei unterschiedlichen Sportlergruppe (HobbysportlerInnen & trainierte SportlerInnen). HobbysportlerInnen haben vor dem Therapieplan schon 3x pro Woche Sport betrieben und die trainierten SportlerInnen haben zuvor auch schon maximal 4x pro Woche Sport gemacht.

HobbysportlerInnen betreiben im Trainingsplan maximal 4x pro Woche Sport, dass sich aus Kraft- und Ausdauertraining zusammensetzt. Sie sind mit der Farbe Gelb gekennzeichnet. Die Farbe Pink kennzeichnet jeweils die Trainingshäufigkeit und die Trainingsintensität des/der trainierten Sportlers/in. Diese trainieren mindestens 5x pro Woche auch Ausdauer- und Krafteinheiten. Wenn es im Therapieplan beide Gruppen betrifft ist dieser mit keiner Farbe gekennzeichnet.

Tabelle 3: *6-Wochen Therapieplanübersicht für Burnout-PatientInnen (HobbysportlerInnen und trainierte SportlerInnen)*

Woche 1	Wochentage	Therapieinhalt
	Montag	Krafttraining
	Dienstag	Laufband-Ergometertraining
	Mittwoch	
	Donnerstag	Krafttraining
	Freitag	Fahrrad-Ergometertraining
	Samstag	Lauftraining draußen
	Sonntag	
Woche 2	Wochentage	Therapieinhalt
	Montag	Krafttraining
	Dienstag	Fahrrad-Ergometertraining
	Mittwoch	
	Donnerstag	Krafttraining
	Freitag	Laufband-Ergometertraining
	Samstag	Lauftraining draußen
	Sonntag	
Woche 3	Wochentage	Therapieinhalt
	Montag	Krafttraining
	Dienstag	Nordic Walking
	Mittwoch	
	Donnerstag	Lauftraining draußen
	Freitag	Fahrrad-Ergometertraining
	Samstag	
	Sonntag	Lauftraining draußen
Woche 4	Wochentage	Therapieinhalt
	Montag	Krafttraining
	Dienstag	Laufband-Ergometertraining
	Mittwoch	
	Donnerstag	Krafttraining
	Freitag	Lauftraining draußen
	Samstag	
	Sonntag	Fahrrad-Ergometertraining
Woche 5	Wochentage	Therapieinhalt
	Montag	
	Dienstag	Krafttraining
	Mittwoch	Nordic Walking
	Donnerstag	

	Freitag	Krafttraining
	Samstag	Lauftraining draußen
	Sonntag	Fahrrad-Ergometertraining
Woche 6	Wochentage	Therapieinhalt
	Montag	
	Dienstag	Krafttraining
	Mittwoch	Nordic Walking
	Donnerstag	
	Freitag	Laufband-Ergometertraining
	Samstag	Fahrrad-Ergometertraining
	Sonntag	Lauftraining draußen

6-Wochen Therapieplan für Burnout-Patienten (HobbysportlerInnen und trainierte SportlerInnen)

1. Woche: 2x Grundlagenausdauer, 2x Krafttraining, 1x Grundlagenausdauer

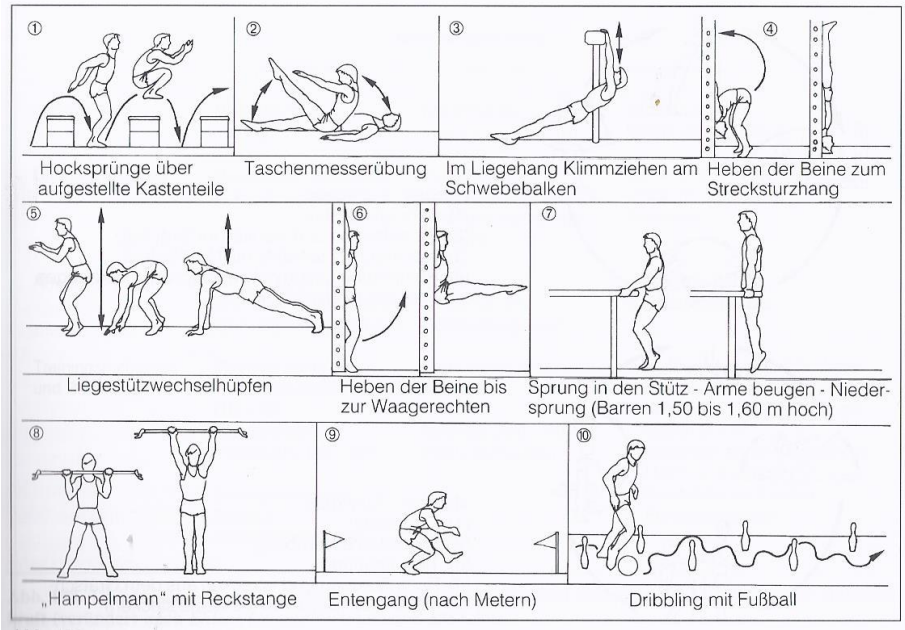
1. Einheit:

Thema: Kraftausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Krafttraining mit Geräten

Ziel der Einheit: Verbesserung der Kraftausdauer

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung. Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahrrad-Ergometer erwärmt.	Fahrrad-Ergometer	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	30 Min.	3 Serien: 8 Übungen mit 20 Wiederholungen oder 30 Sekunden Belastung (Pause → Belastung : Pause = 1 : 2)	3 Kastenteile, Gymnastikmatten,	Krafteinsatz zwischen 30-50% der Maximalkraft (Kraftausdauer)

		3 Serien: 10 Übungen mit 30 Wiederholungen oder 40 Sekunden Belastung (Pause → Belastung : Pause = 1 : 1) Pausen zwischen 30-60 Sekunden  Abbildung 14: Kraftausdauerzirkel (mod. n. Scholich, 1965, S.586, zit. n. Weineck, 2002, S.303) 9. und 10. Übung für trainierte SportlerInnen	Schwebebalken, Sprossenwand, Barren, Reckstange, 10 Kegel, 1 Fußball	
Schluss	10 Min.	Zum Schluss wird noch ca. 7 Minuten mit 20 Watt am Fahrrad-Ergometer gefahren und danach die beanspruchten Muskulatur gedehnt.	Fahrrad-Ergometer	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

2. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Lauftherapie durch Laufband-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Stimmungsaufhellung

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung Kurzes Eingehen am Laufband! Danach werden verschiedene Körperregionen mobilisiert.	Laufband	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten
Hauptteil	30 Min.	Der/Die PatientIn soll je nach Kondition am Laufband laufen. Die Belastungen sollten immer im aeroben Bereich bleiben. Falls die Belastungen zu hoch werden, wird zwischendurch gegangen.	Laufband	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert (Weineck, 2002, S.142). 40-70% der Herzfrequenz (Samitz & Mensink, 2002, S.203)
Schluss	10 Min.	Ausgehen am Laufband und dehnen der beanspruchten Muskulatur	Laufband	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

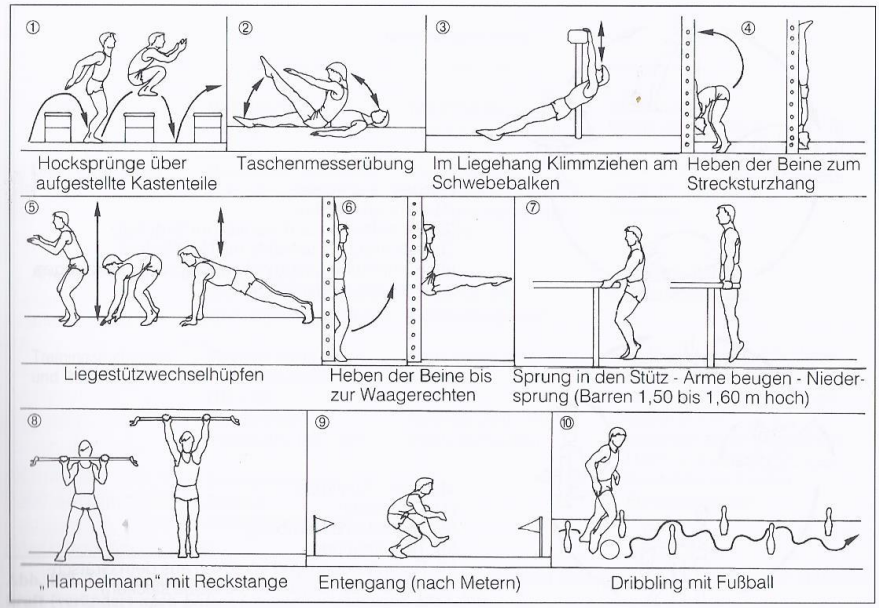
3. Einheit:

Thema: Kraftausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Krafttraining mit Geräten

Ziel der Einheit: Verbesserung der Kraftausdauer

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung. Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahrrad-Ergometer erwärmt.	Fahrrad-Ergometer	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	30 Min.	3 Serien: 8 Übungen mit 20 Wiederholungen oder 30 Sekunden Belastung (Pause → Belastung : Pause = 1 : 2) 3 Serien: 10 Übungen mit 30 Wiederholungen oder 40 Sekunden Belastung (Pause → Belastung : Pause = 1 : 1) Pausen zwischen 30-60 Sekunden	3 Kastenteile, Gymnastik-matten, Schwebebalken, Sprossenwand, Barren, Reckstange, 10 Kegel, 1 Fußball	Krafteinsatz zwischen 30-40% der Maximalkraft (Kraftausdauer) (Samitz & Mensik, 2002, S.204)

		 Abbildung 15: Kraftausdauerzirkel (mod. n. Scholich, 1965, S.586, zit. n. Weineck, 2002, S.303) 9. und 10. Übung für trainierte SportlerInnen		
Schluss	10 Min.	Zum Schluss wird noch ca. 7 Minuten mit 20 Watt am Fahrrad-Ergometer gefahren und danach die beanspruchten Muskulatur gedehnt.	Fahrrad-Ergometer	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

4. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Fahrrad-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vor-	10	Einstimmung und Erwärmung.	Fahrrad-	Dauermethode: Mit-

bereitung/ Aufwärmen	Min.	Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahrrad-Ergometer erwärmt.	Ergometer	telzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	30 Min. 40 Min.	Der/Die PatientIn soll je nach Kondition am Fahrrad-Ergometer treten. Die Belastungen sollten immer im aeroben Bereich bleiben (unter 100 Watt). Falls die Belastungen zu hoch werden, wird zwischendurch mit einer geringeren Watt-Leistung gefahren. Der/Die PatientIn fährt um 10 Minuten länger.	Fahrrad-Ergometer	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert (Weineck, 2002, S.142).
Schluss	10 Min.	Zum Schluss wird noch ca. 7 Minuten mit 20 Watt am Fahrrad-Ergometer gefahren und danach die beanspruchten Muskulatur gedehnt.	Fahrrad-Ergometer	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

5. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauertraining

Schwerpunkt der Einheit: Ausdauertraining draußen

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Ausschüttung der Glückshormone

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vor-	10	Der/Die PatientIn soll zuerst 5		Dauermethode: Mit-

bereitung/ Aufwärmen	Min.	Minuten einlaufen. Dass Tempo wird so gewählt, dass er/sie noch reden kann. Danach werden verschiedene Übungen des Lauf-ABC durchgeführt.		telzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	30 Min.	Der/Die PatientIn versucht 2x14 Minuten auf einer Belastung des Krafteinsatzes zwischen 15-50% durchzulaufen. Dazwischen ist eine zweiminütige Pause vorgesehen (Spring et al., 1997, S.262 & Weineck, 2002, S.143).		Allgemeine aerobe Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen 10-30 Min. Krafteinsatz zwischen 15-50% des Krafteinsatzes, dass eine Energiebereitstellung zw. aerob/anaerob darstellt.
Schluss	10 Min.	Gemütliches Auslaufen mit anschließendem Dehnen der beanspruchten Muskulatur.		Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

2. Woche: 2x Grundlagenausdauer, 2x Krafttraining, 1x Grundlagenausdauer

1. Einheit:

Thema: Kraftausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Krafttraining mit Geräten

Ziel der Einheit: Verbesserung der Kraftausdauer

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Methoden, Belastung
Vorbereitung/	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung. Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahrrad-	Dauermethode: Mit-

Aufwärmen		Ergometer erwärmt.	telzeit-ausdauer be-inhaltet Belas-tungen zwi-schen zwei und acht Minu-ten (vgl. Wein-eck, 2002, S.142).
Hauptteil		3 Serie →10 Wiederholungen, 9 Übungen 3 Serien → 15 Wiederholungen, 11 Übungen Pausen zwischen 30-60 Sekunden Oberarmmuskulatur (Bizeps & Trizeps) Rückenmuskulatur **Übung 3: Trizepsdrücken** Ausführung: – Beine leicht gebeugt in Schrittstellung – schulterbreiter Griff (Pronation) – Unterarme strecken und beugen. **Übung 4: Bizepscurl** Ausführung: – Beine leicht gebeugt in Schrittstellung – schulterbreiter Griff (Supination) – Unterarme beugen und strecken.	40-60% der maximalen Kraft (Kraft-ausdauer= (Samitz & Mensink, 2002, S.204)

Übung 12: Extension

Ausführung:
- Auflage der unteren Extremität bis zum Beckenkamm
- Hüftgelenk ca. 45° gebeugt, Kniegelenk ca. 25° gebeugt
- Arme vor der Brust verschränkt
- Oberkörper bis zur Extension aufrichten (keine Hyperextension!).

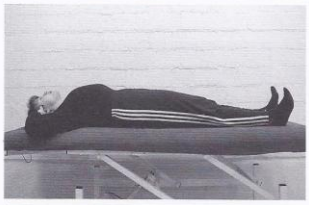
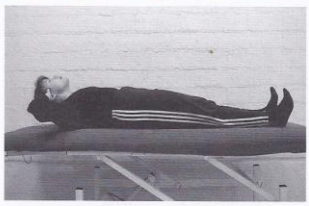
Übung 6: Latissimusziehen in den Nacken

Ausführung:
- aufrechter Sitz
- Beine leicht gegrätscht
- weite Griffbreite
- aus der Streckung der Arme Zug in den Nacken bis zur Ohrhöhe
- Oberkörper bleibt ruhig.

Bauchmuskulatur (gerade und schräge)

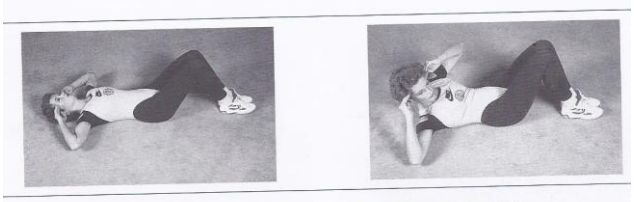
Übung 7: Crunches (Bauchpresse)

Ausführung:
- Rückenlage
- Beine im Kniegelenk angewinkelt
- Fersen während der gesamten Übung auf den Boden gedrückt
- Hände seitlich an die Stirn
- Kinn leicht zur Brust, Schulterblätter anheben (Angulus inferior max. 5 cm).

Übung 7a: Crunches mit gestreckten Beinen

Ausführung:
- Rückenlage, Beine gestreckt
- Fersendruck (Extension) der gestreckten Beine



Übung 13: Crunches der seitlichen Bauchmuskeln

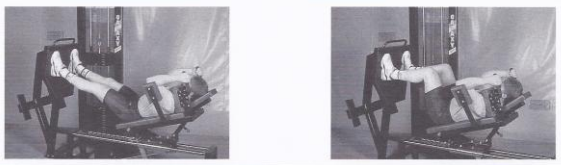
Ausführung:
- Rückenlage
- Beine im Kniegelenk angewinkelt
- Fersen während der gesamten Übung auf den Boden gedrückt
- Hände seitlich an der Stirn
- Kinn leicht zur Brust
- rechtes Schulterblatt anheben und in Richtung des linken Oberschenkels bewegen. Das Schulterblatt hebt etwa 10 cm von der Matte ab
- nach Ablegen dasselbe mit der linken Seite.

Oberschenkelmuskulatur

Übung 62: Einbeinabduktion

Ausführung:
- Stand auf einem Bein
- physiologische Lendenlordose
- Übungsbein gestreckt in Abduktion bewegen (die Hüfte darf nicht ausweichen; keine Lateralflexion)
- in Adduktion berühren sich die Füße leicht.

Übung 62b Alternative: Abduktion im Sitzen

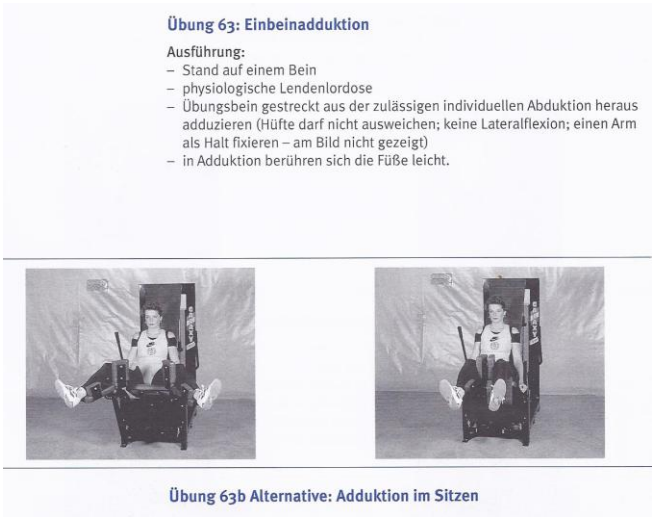


Übung 67: Beinpressen

Ausführung:
- aufrechter Sitz
- Beine stehen hüftbreit auseinander
- Beine strecken, aber im Kniegelenk nicht überstrecken
- Beugung ca. 90°, nicht in Hockstellung im Kniegelenk beugen.

siehe S. 193 Anmerkung und S. 273 Vergleich offenes – geschlossenes System

Außenrotiert (V. medialis) Innenrotiert (V. lateralis)

		 Abbildung 16: Krafttraining mit Geräten (mod. n. Buchbauer & Steininger, 2008, S.10-61)	
Schluss		Zum Schluss wird noch ca. 7 Minuten mit 20 Watt am Fahrrad-Ergometer gefahren und danach die beanspruchten Muskulatur gedehnt.	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

2. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Fahrrad-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung. Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahrrad-Ergometer erwärmt.	Fahrrad-Ergometer	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	30	Der/Die PatientIn soll je nach	Fahrrad-	Dauermethode:

	Min.

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Methoden, Belastung &
Vor-bereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung. Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahrrad-Ergometer erwärmt.	Dauer-methode: Mit-telzeitausdau-er beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minu-ten (vgl. Wein-eck, 2002, S.142).
Hauptteil		3 Serie →10 Wiederholungen, 9 Übungen 3 Serien → 15 Wiederholungen, 11 Übungen Pause zwischen 30-60 Sekunden Oberarmmuskulatur (Bizeps & Trizeps)	40-60% der maximalen Kraft (Kraft-ausdauer= (Samitz & Mensink, 2002, S.204)

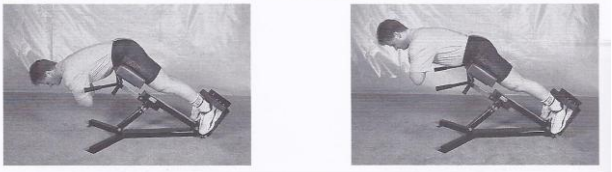
Übung 3: Trizepsdrücken

Ausführung:
- Beine leicht gebeugt in Schrittstellung
- schulterbreiter Griff (Pronation)
- Unterarme strecken und beugen.

Übung 4: Bizepscurl

Ausführung:
- Beine leicht gebeugt in Schrittstellung
- schulterbreiter Griff (Supination)
- Unterarme beugen und strecken.

Rückenmuskulatur



Übung 12: Extension

Ausführung:
- Auflage der unteren Extremität bis zum Beckenkamm
- Hüftgelenk ca. 45° gebeugt, Kniegelenk ca. 25° gebeugt
- Arme vor der Brust verschränkt
- Oberkörper bis zur Extension aufrichten (keine Hyperextension!).

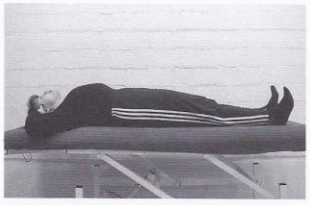
Übung 6: Latissimusziehen in den Nacken

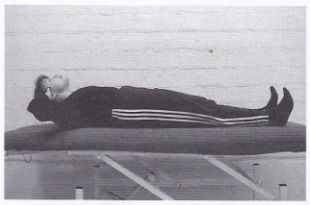
Ausführung:
- aufrechter Sitz
- Beine leicht gegrätscht
- weite Griffbreite
- aus der Streckung der Arme Zug in den Nacken bis zur Ohrhöhe
- Oberkörper bleibt ruhig.

Bauchmuskulatur (gerade und schräge)

Übung 7: Crunches (Bauchpresse)

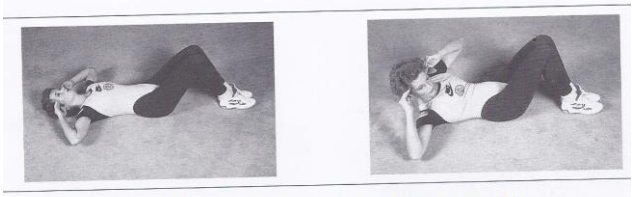
Ausführung:
- Rückenlage
- Beine im Kniegelenk angewinkelt
- Fersen während der gesamten Übung auf den Boden gedrückt
- Hände seitlich an die Stirn
- Kinn leicht zur Brust, Schulterblätter anheben (Angulus inferior max. 5 cm).





Übung 7a: Crunches mit gestreckten Beinen

Ausführung:
- Rückenlage, Beine gestreckt
- Fersendruck (Extension) der gestreckten Beine



Übung 13: Crunches der seitlichen Bauchmuskeln

Ausführung:
- Rückenlage
- Beine im Kniegelenk angewinkelt
- Fersen während der gesamten Übung auf den Boden gedrückt
- Hände seitlich an der Stirn
- Kinn leicht zur Brust
- rechtes Schulterblatt anheben und in Richtung des linken Oberschenke bewegen. Das Schulterblatt hebt etwa 10 cm von der Matte ab
- nach Ablegen dasselbe mit der linken Seite.

Oberschenkelmuskulatur

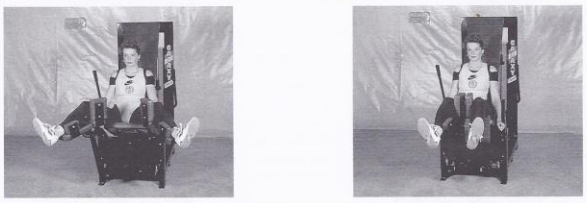
Übung 62: Einbeinabduktion

Ausführung:
- Stand auf einem Bein
- physiologische Lendenlordose
- Übungsbein gestreckt in Abduktion bewegen (die Hüfte darf nicht ausweichen; keine Lateralflexion)
- in Adduktion berühren sich die Füße leicht.

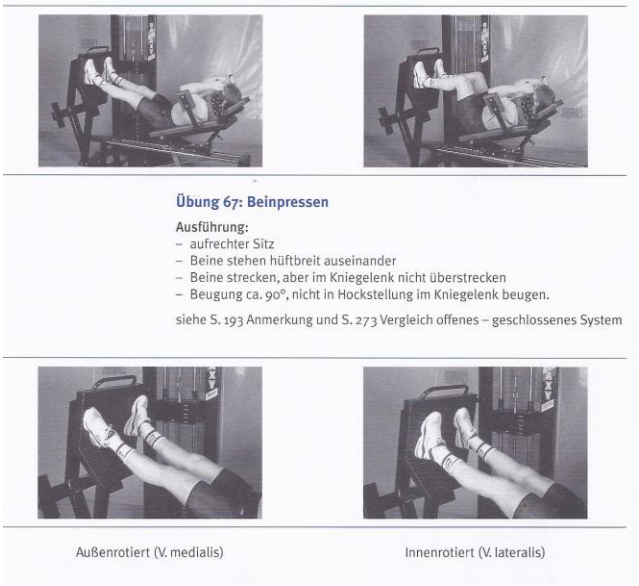
Übung 62b Alternative: Abduktion im Sitzen

Übung 63: Einbeinadduktion

Ausführung:
- Stand auf einem Bein
- physiologische Lendenlordose
- Übungsbein gestreckt aus der zulässigen individuellen Abduktion heraus adduzieren (Hüfte darf nicht ausweichen; keine Lateralflexion; einen Arm als Halt fixieren – am Bild nicht gezeigt)
- in Adduktion berühren sich die Füße leicht.



Übung 63b Alternative: Adduktion im Sitzen

		 Abbildung 18: Krafttraining (mod. n. Buchbauer & Steininger, 2008, S.10-61)	
Schluss		Zum Schluss wird noch ca. 7 Minuten mit 20 Watt am Fahrrad-Ergometer gefahren und danach die beanspruchten Muskulatur gedehnt.	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

4. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Lauftherapie durch Laufband-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Stimmungsaufhellung

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung Kurzes Eingehen! Danach werden verschiedene Körperregionen mobilisiert.	Laufband	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).

Hauptteil	30 Min.	Der/Die PatientIn soll je nach Kondition am Laufband laufen. Die Belastungen sollten immer im aeroben Bereich bleiben. Falls die Belastungen zu hoch werden, wird zwischendurch gegangen.	Laufband	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert Regenerativer Ausdauerbereich (70-75% der individuell aeroben-anaeroben Schwelle), ca. 140 Herzschläge (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Schluss	10 Min.	Ausgehen und dehnen der beanspruchten Muskulatur	Laufband	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

5. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauertraining

Schwerpunkt der Einheit: Extensive Dauermethode

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Verbesserung des Durchhaltevermögens

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwär-	15 Min.	Einstimmung und Erwärmung Kurzes Einlaufen! Danach werden verschiedene Laufschul-		Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und

men		übungen durchgeführt.		acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	30 Min.	Die PatientInnen versuchen 30 Minuten mit etwa 70% der maximalen Sauerstoffaufnahme zu laufen. Dies ist etwa eine Herzfrequenz von 174 Schlägen/min und ist bei den meisten die Schwelle von aerob zu anaerob (Weineck, 2002, S.168).		Extensive Dauermethode, Übergang zur anaeroben Schwelle
Schluss	15 Min.	Gemütliches Auslaufen auf einem Rasen ohne Laufschuhe. Danach wird die beanspruchte Muskulatur gedehnt.		Dauermethode

3. Woche: 3x Grundlagenausdauer, 1x Krafttraining, 1x Grundlagenausdauer

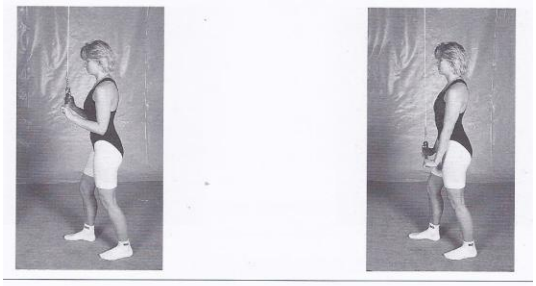
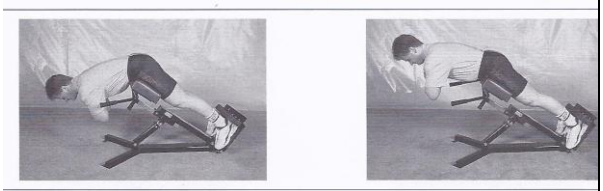
1. Einheit:

Thema: Kraftausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Krafttraining mit Geräten

Ziel der Einheit: Verbesserung der Kraftausdauer

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Methoden, Belastung &
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung. Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahrrad-Ergometer erwärmt.	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil		3 Serie →10 Wiederholungen, 7 Übungen	40-60% der maxima-

		3 Serien → 15 Wiederholungen, 9 Übungen Pause zwischen 30-60 Sekunden Oberarmmuskulatur (Bizeps & Trizeps)  **Übung 3: Trizepsdrücken** Ausführung: – Beine leicht gebeugt in Schrittstellung – schulterbreiter Griff (Pronation) – Unterarme strecken und beugen. **Übung 4: Bizepscurl** Ausführung: – Beine leicht gebeugt in Schrittstellung – schulterbreiter Griff (Supination) – Unterarme beugen und strecken. Rückenmuskulatur  **Übung 12: Extension** Ausführung: – Auflage der unteren Extremität bis zum Beckenkamm – Hüftgelenk ca. 45° gebeugt, Kniegelenk ca. 25° gebeugt – Arme vor der Brust verschränkt – Oberkörper bis zur Extension aufrichten (keine Hyperextension!).	len Kraft (Kraftausdauer= (Samitz & Mensink, 2002, S.204)

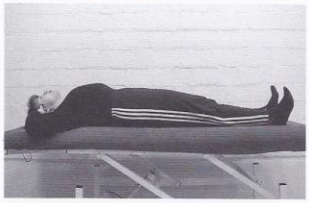
Übung 6: Latissimusziehen in den Nacken

Ausführung:
- aufrechter Sitz
- Beine leicht gegrätscht
- weite Griffbreite
- aus der Streckung der Arme Zug in den Nacken bis zur Ohrhöhe
- Oberkörper bleibt ruhig.

Bauchmuskulatur (gerade und schräge)

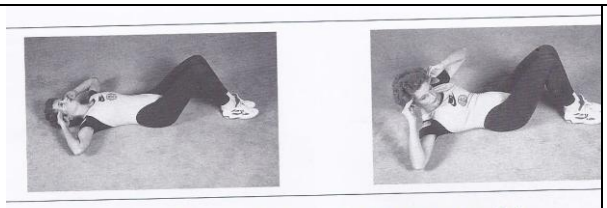
Übung 7: Crunches (Bauchpresse)

Ausführung:
- Rückenlage
- Beine im Kniegelenk angewinkelt
- Fersen während der gesamten Übung auf den Boden gedrückt
- Hände seitlich an die Stirn
- Kinn leicht zur Brust, Schulterblätter anheben (Angulus inferior max. 5 cm).



Übung 7a: Crunches mit gestreckten Beinen

Ausführung:
- Rückenlage, Beine gestreckt
- Fersendruck (Extension) der gestreckten Beine



Übung 13: Crunches der seitlichen Bauchmuskeln

Ausführung:
- Rückenlage
- Beine im Kniegelenk angewinkelt
- Fersen während der gesamten Übung auf den Boden gedrückt
- Hände seitlich an der Stirn
- Kinn leicht zur Brust
- rechtes Schulterblatt anheben und in Richtung des linken Obersc bewegen. Das Schulterblatt hebt etwa 10 cm von der Matte ab
- nach Ablegen dasselbe mit der linken Seite.

Oberschenkelmuskulatur

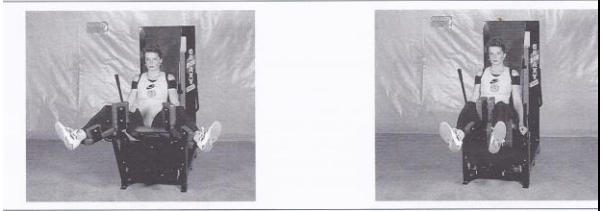
Übung 62: Einbeinabduktion

Ausführung:
- Stand auf einem Bein
- physiologische Lendenlordose
- Übungsbein gestreckt in Abduktion bewegen (die Hüfte darf n ausweichen; keine Lateralflexion)
- in Adduktion berühren sich die Füße leicht.

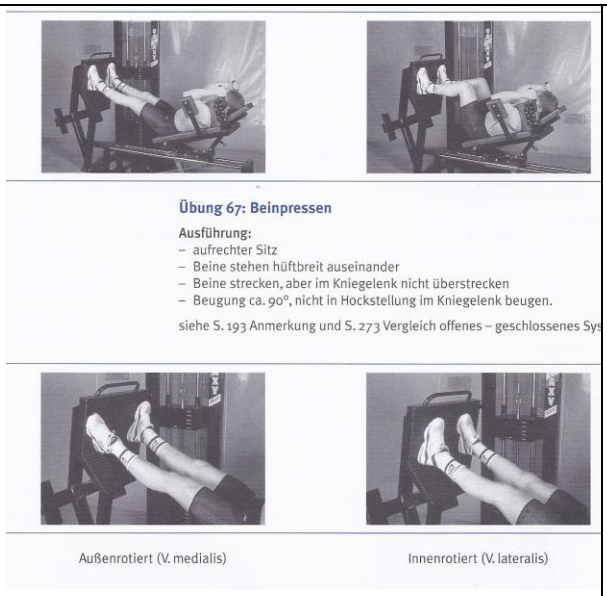
Übung 62b Alternative: Abduktion im Sitzen

Übung 63: Einbeinadduktion

Ausführung:
- Stand auf einem Bein
- physiologische Lendenlordose
- Übungsbein gestreckt aus der zulässigen individuellen Abduktion h adduzieren (Hüfte darf nicht ausweichen; keine Lateralflexion; eine als Halt fixieren – am Bild nicht gezeigt)
- in Adduktion berühren sich die Füße leicht.



Übung 63b Alternative: Adduktion im Sitzen

		 Abbildung 19: Krafttraining (mod. n. Buchbauer & Steininger, 2008, S. 10-61)	
Schluss		Zum Schluss wird noch ca. 7 Minuten mit 20 Watt am Fahrrad-Ergometer gefahren und danach die beanspruchten Muskulatur gedehnt.	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

2. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Nordic Walking

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Entspannung

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung: Zuerst wird kurz das Nordic Walking erklärt. Danach werden verschiedene Gelenke mobilisiert und mit den Nordic Walking Stöcken wird gedehnt.	Pro PatientIn ein Nordic Walking Stock	Geringe Belastung

Hauptteil	40 Min. 50 Min.	Nach der Aufwärmung des Körpers wird eine schöne Runde mit den Nordic Walking Stöcken gegangen (40 Minuten). Nach der Aufwärmung des Körpers wird eine schöne Runde mit den Nordic Walking Stöcken gegangen (50 Minuten).	Pro PatientIn zwei Nordic Walking Stöcke	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert (Weineck, 2002, S.142).
Schluss	10 Min.	In den letzten zehn Minuten werden statische Dehnungsübungen durchgeführt.		Keine Belastung

3. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauertraining

Schwerpunkt der Einheit: Ausdauertraining draußen

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Ausschüttung der Glückshormone

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Der/Die PatientIn soll zuerst 5 Minuten einlaufen. Dass Tempo wird so gewählt, dass er/sie noch reden kann. Danach werden verschiedene Übungen des Lauf-ABC durchgeführt.		Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	23	Der/Die PatientIn läuft 4x5 Minuten auf einer Belastung des		Allgemeine aerobe Mittelzeitausdauer

	Min. 30 Min.	Krafteinsatzes zwischen 15-50%. Dazwischen wird jeweils 1 Minute Pause gemacht Der/Die PatientIn läuft jeweils 18 und 10 Minuten auf einer Belastung des Krafteinsatzes zwischen 15-50%. Dazwischen ist eine zweiminütige Pause vorgesehen (Spring et al., 1997, S.262 & Weineck, 2002, S.143).		beinhaltet Belastungen zwischen 10-30 Min. Krafteinsatz zwischen 15-50% des Krafteinsatzes, dass eine Energiebereitstellung zw. aerob/anaerob darstellt.
Schluss	10 Min.	Gemütliches Auslaufen mit anschließendem Dehnen der beanspruchten Muskulatur.		Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

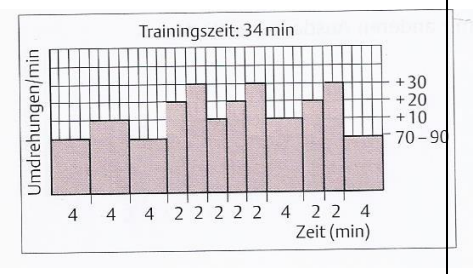
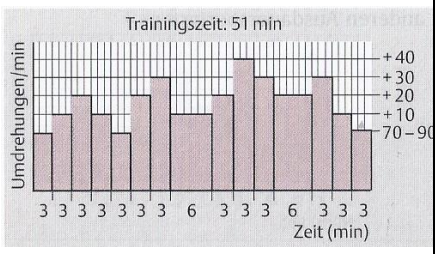
4. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Fahrrad-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Ausschüttung von Glückshormone

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung. Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahrrad-Ergometer erwärmt.	Fahrrad-Ergometer	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).

Hauptteil	30 Min.	Das Trainingsprogramm für HobbysportlerInnen dauert 34 Minuten und richtet sich nach der Abbildung 20:  Abbildung 20: Fahrrad-Ergometertraining (mod. n. Spring et al., 1997, S.268)	Fahrrad-Ergometer	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert (Weineck, 2002, S.142).
	51 Min.	Das Trainingsprogramm für die trainierten SportlerInnen dauert 51 Minuten und richtet sich nach der Abbildung 21:  Abbildung 21: Fahrrad-Ergometertraining (mod. n. Spring et al., 1997, S.270)		Allgemeine aerobe Langzeitausdauer: Die Energie wird noch aerob bereitgestellt und ist zum Teil schon die Grenze zur anaeroben Energiebereitstellung (Spring et al., 1997, S.56)
Schluss	10 Min.	Zum Schluss wird noch ca. 7 Minuten mit 20 Watt am Fahrrad-Ergometer gefahren und danach die beanspruchten Muskulatur gedehnt.	Fahrrad-Ergometer	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

5. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Lauftraining draußen

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Ausschüttung von Glückshormonen

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Der/Die PatientIn soll zuerst 5 Minuten einlaufen. Dass Tempo wird so gewählt, dass er/sie noch reden kann. Danach werden verschiedene Übungen des Lauf-ABC durchgeführt.		Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	50 Min.	Der/Die PatientIn läuft 50 Minuten durch. Das Tempo sollte so gewählt werden, dass der/die PatientIn noch reden kann.		Allgemeine aerobe Langzeitausdauer (> 30 Minuten)
Schluss	10 Min.	Gemütliches Auslaufen mit anschließendem Dehnen der beanspruchten Muskulatur.		Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

4. Woche: 2x Grundlagenausdauer, 2x Krafttraining, 1x Grundlagenausdauer

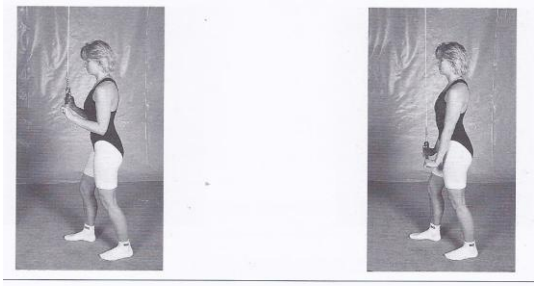
1. Einheit:

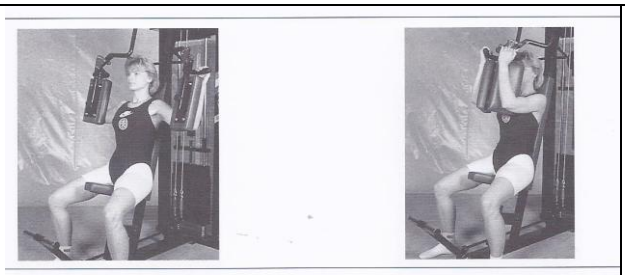
Thema: Kraftausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Krafttraining mit Geräten

Ziel der Einheit: Verbesserung der Kraftausdauer

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Methoden, Belastung &
Vorbereitung/	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung. Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahr-	Dauermethode: Mittelzeitausdauer

Aufwärmen		rad-Ergometer erwärmt.	beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	60 Min.	3 Serie →10 Wiederholungen, 11 Übungen 3 Serien → 15 Wiederholungen, 13 Übungen Pause zwischen 30-60 Sekunden Oberarmmuskulatur & Brustmuskulatur (Bizeps, Trizeps)  **Übung 3: Trizepsdrücken** Ausführung: – Beine leicht gebeugt in Schrittstellung – schulterbreiter Griff (Pronation) – Unterarme strecken und beugen. **Übung 4: Bizepscurl** Ausführung: – Beine leicht gebeugt in Schrittstellung – schulterbreiter Griff (Supination) – Unterarme beugen und strecken.	40-60% der maximalen Kraft (Kraftausdauer= (Samitz & Mensink, 2002, S.204)



Übung 27: Der Butterfly

Anmerkung:
Der klassische Butterfly mit maximaler Außenrotation in Abduktion ist b
Schulterluxationen *kontraindiziert*, da der Humeruskopf sonst wieder in
Luxationsstellung gerät.

Rückenmuskulatur

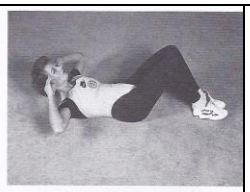
Übung 12: Extension

Ausführung:
- Auflage der unteren Extremität bis zum Beckenkamm
- Hüftgelenk ca. 45° gebeugt, Kniegelenk ca. 25° gebeugt
- Arme vor der Brust verschränkt
- Oberkörper bis zur Extension aufrichten (keine Hyperextension!).

Übung 6: Latissimusziehen in den Nacken

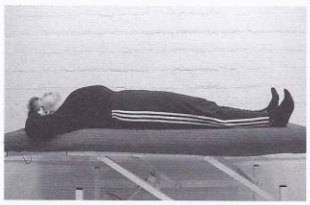
Ausführung:
- aufrechter Sitz
- Beine leicht gegrätscht
- weite Griffbreite
- aus der Streckung der Arme Zug in den Nacken bis zur Ohrhöhe
- Oberkörper bleibt ruhig.

Bauchmuskulatur (gerade und schräge)



Übung 7: Crunches (Bauchpresse)

Ausführung:
- Rückenlage
- Beine im Kniegelenk angewinkelt
- Fersen während der gesamten Übung auf den Boden gedrückt
- Hände seitlich an die Stirn
- Kinn leicht zur Brust, Schulterblätter anheben (Angulus inferior max. 5 cm).



Übung 7a: Crunches mit gestreckten Beinen

Ausführung:
- Rückenlage, Beine gestreckt
- Fersendruck (Extension) der gestreckten Beine

Übung 13: Crunches der seitlichen Bauchmuskeln

Ausführung:
- Rückenlage
- Beine im Kniegelenk angewinkelt
- Fersen während der gesamten Übung auf den Boden gedrückt
- Hände seitlich an der Stirn
- Kinn leicht zur Brust
- rechtes Schulterblatt anheben und in Richtung des linken Oberscher bewegen. Das Schulterblatt hebt etwa 10 cm von der Matte ab
- nach Ablegen dasselbe mit der linken Seite.

Oberschenkelmuskulatur

Übung 62: Einbeinabduktion

Ausführung:
- Stand auf einem Bein
- physiologische Lendenlordose
- Übungsbein gestreckt in Abduktion bewegen (die Hüfte darf nich ausweichen; keine Lateralflexion)
- in Adduktion berühren sich die Füße leicht.

Übung 62b Alternative: Abduktion im Sitzen

Übung 63: Einbeinadduktion

Ausführung:
- Stand auf einem Bein
- physiologische Lendenlordose
- Übungsbein gestreckt aus der zulässigen individuellen Abduktion her adduzieren (Hüfte darf nicht ausweichen; keine Lateralflexion; einen A als Halt fixieren – am Bild nicht gezeigt)
- in Adduktion berühren sich die Füße leicht.

Übung 63b Alternative: Adduktion im Sitzen

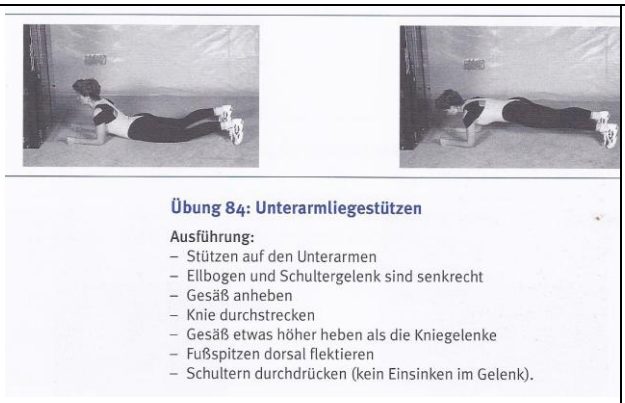
Übung 67: Beinpressen

Ausführung:
- aufrechter Sitz
- Beine stehen hüftbreit auseinander
- Beine strecken, aber im Kniegelenk nicht überstrecken
- Beugung ca. 90°, nicht in Hockstellung im Kniegelenk beugen.

siehe S. 193 Anmerkung und S. 273 Vergleich offenes – geschlossenes Syster

Außenrotiert (V. medialis) Innenrotiert (V. lateralis)

Ganzkörpermuskulatur

		 Abbildung 22: Krafttraining (mod. n. Buchbauer & Steininger, 2008, S. 10-61)	
Schluss		Zum Schluss wird noch ca. 7 Minuten mit 20 Watt am Fahrrad-Ergometer gefahren und danach die beanspruchten Muskulatur gedehnt.	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

2. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Lauftherapie durch Laufband-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Stimmungsaufhellung

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung Kurzes Eingehen! Danach werden verschiedene Körperregionen mobilisiert.	Laufband	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	40 Min.	Der/Die PatientIn soll je nach Kondition am Laufband laufen. Die Belastungen sollten immer	Laufband	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastun-

	50 Min.	im aeroben Bereich bleiben. Falls die Belastungen zu hoch werden, wird zwischendurch gegangen. Der/Die PatientIn läuft um 50 Minuten länger.		gen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert Regenerativer Ausdauerbereich (70-75% der individuell aeroben-anaeroben Schwelle), ca. 140 Herzschläge (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Schluss	10 Min.	Ausgehen und dehnen der beanspruchten Muskulatur	Laufband	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

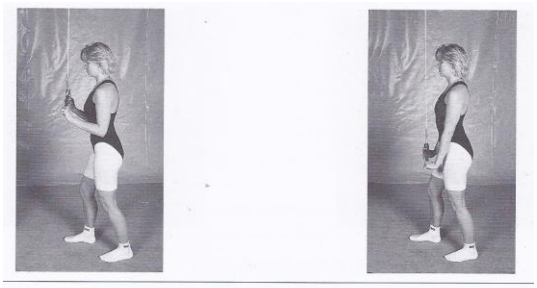
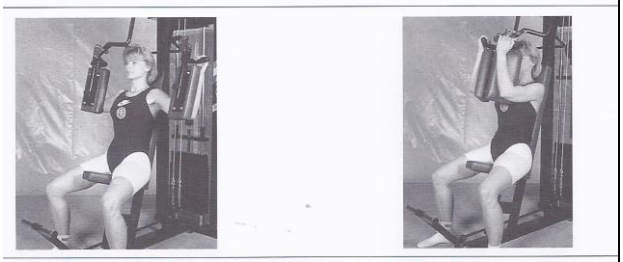
3. Einheit:

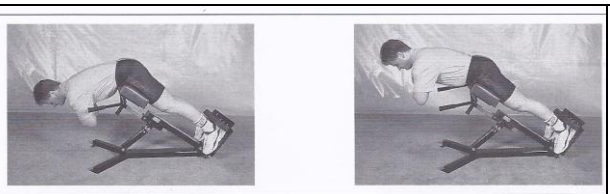
Thema: Kraftausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Krafttraining mit Geräten

Ziel der Einheit: Verbesserung der Kraftausdauer

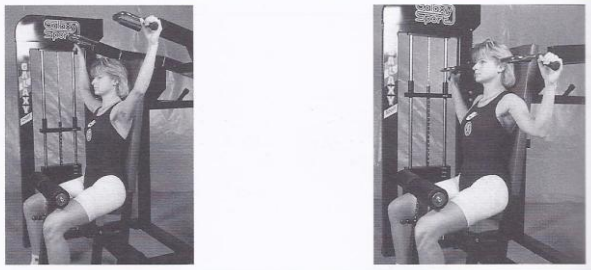
	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Methoden, Belastung &
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung. Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahrrad-Ergometer erwärmt.	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).

Hauptteil	60 Min.	3 Serie →10 Wiederholungen, 11 Übungen 3 Serien → 15 Wiederholungen, 13 Übungen Pause zwischen 30-60 Sekunden Oberarmmuskulatur & Brustmuskulatur (Bizeps, Trizeps)  **Übung 3: Trizepsdrücken** Ausführung: – Beine leicht gebeugt in Schrittstellung – schulterbreiter Griff (Pronation) – Unterarme strecken und beugen. **Übung 4: Bizepscurl** Ausführung: – Beine leicht gebeugt in Schrittstellung – schulterbreiter Griff (Supination) – Unterarme beugen und strecken.  **Übung 27: Der Butterfly** Anmerkung: Der klassische Butterfly mit maximaler Außenrotation in Abduktion ist b Schulterluxationen *kontraindiziert*, da der Humeruskopf sonst wieder ir Luxationsstellung gerät. Rückenmuskulatur	40-60% der maximalen Kraft (Kraftausdauer= (Samitz & Mensink, 2002, S.204)



Übung 12: Extension

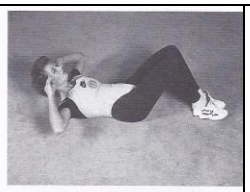
Ausführung:
- Auflage der unteren Extremität bis zum Beckenkamm
- Hüftgelenk ca. 45° gebeugt, Kniegelenk ca. 25° gebeugt
- Arme vor der Brust verschränkt
- Oberkörper bis zur Extension aufrichten (keine Hyperextension!).



Übung 6: Latissimusziehen in den Nacken

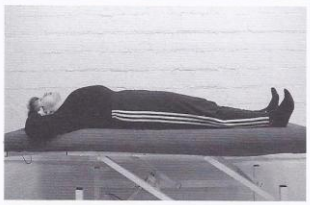
Ausführung:
- aufrechter Sitz
- Beine leicht gegrätscht
- weite Griffbreite
- aus der Streckung der Arme Zug in den Nacken bis zur Ohrhöhe
- Oberkörper bleibt ruhig.

Bauchmuskulatur (gerade und schräge)



Übung 7: Crunches (Bauchpresse)

Ausführung:
- Rückenlage
- Beine im Kniegelenk angewinkelt
- Fersen während der gesamten Übung auf den Boden gedrückt
- Hände seitlich an die Stirn
- Kinn leicht zur Brust, Schulterblätter anheben (Angulus inferior max. 5 cm).



Übung 7a: Crunches mit gestreckten Beinen

Ausführung:
- Rückenlage, Beine gestreckt
- Fersendruck (Extension) der gestreckten Beine

Übung 13: Crunches der seitlichen Bauchmuskeln

Ausführung:
- Rückenlage
- Beine im Kniegelenk angewinkelt
- Fersen während der gesamten Übung auf den Boden gedrückt
- Hände seitlich an der Stirn
- Kinn leicht zur Brust
- rechtes Schulterblatt anheben und in Richtung des linken Oberscher bewegen. Das Schulterblatt hebt etwa 10 cm von der Matte ab
- nach Ablegen dasselbe mit der linken Seite.

Oberschenkelmuskulatur

Übung 62: Einbeinabduktion

Ausführung:
- Stand auf einem Bein
- physiologische Lendenlordose
- Übungsbein gestreckt in Abduktion bewegen (die Hüfte darf nich ausweichen; keine Lateralflexion)
- in Adduktion berühren sich die Füße leicht.

Übung 62b Alternative: Abduktion im Sitzen

Übung 63: Einbeinadduktion

Ausführung:
- Stand auf einem Bein
- physiologische Lendenlordose
- Übungsbein gestreckt aus der zulässigen individuellen Abduktion her adduzieren (Hüfte darf nicht ausweichen; keine Lateralflexion; einen A als Halt fixieren – am Bild nicht gezeigt)
- in Adduktion berühren sich die Füße leicht.

Übung 63b Alternative: Adduktion im Sitzen

Übung 67: Beinpressen

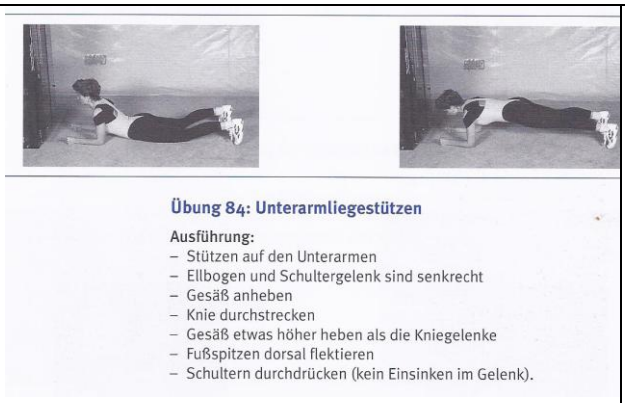
Ausführung:
- aufrechter Sitz
- Beine stehen hüftbreit auseinander
- Beine strecken, aber im Kniegelenk nicht überstrecken
- Beugung ca. 90°, nicht in Hockstellung im Kniegelenk beugen.

siehe S. 193 Anmerkung und S. 273 Vergleich offenes – geschlossenes Syster

Außenrotiert (V. medialis)

Innenrotiert (V. lateralis)

Ganzkörpermuskulatur

		 Abbildung 23: Krafttraining (mod. n. Buchbauer & Steininger, 2008, S. 10-61)	
Schluss		Zum Schluss wird noch ca. 7 Minuten mit 20 Watt am Fahrrad-Ergometer gefahren und danach die beanspruchten Muskulatur gedehnt.	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

4. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauertraining

Schwerpunkt der Einheit: Ausdauertraining draußen

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Ausschüttung der Glückshormone

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Der/Die PatientIn soll zuerst 5 Minuten einlaufen. Dass Tempo wird so gewählt, dass er/sie noch reden kann. Danach werden verschiedene Übungen des Lauf-ABC durchgeführt.		Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	26 Min.	Der/Die PatientIn läuft 7, 8 und 7 Minuten auf einer Belastung		Allgemeine aerobe Mittelzeitausdauer

	30 Min.	des Krafteinsatzes zwischen 15-50%. Dazwischen werden jeweils 2 Minuten Pause gemacht Der/Die PatientIn läuft jeweils 24 und 5 Minuten auf einer Belastung des Krafteinsatzes zwischen 15-50%. Dazwischen ist eine zweiminütige Pause vorgesehen (Spring et al., 1997, S.262 & Weineck, 2002, S.143).		beinhaltet Belastungen zwischen 10-30 Min. Krafteinsatz zwischen 15-50% des Krafteinsatzes, dass eine Energiebereitstellung zw. aerob/anaerob darstellt.
Schluss	10 Min.	Gemütliches Auslaufen mit anschließendem Dehnen der beanspruchten Muskulatur.		Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

5. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Fahrrad-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung. Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahrrad-Ergometer erwärmt.	Fahrrad-Ergometer	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	50 Min.	Der/Die PatientIn soll je nach Kondition am Fahrrad-	Fahrrad-Ergometer	Dauermethode: Langzeitausdauer

		Ergometer treten. Die Belastungen sollten immer im aeroben Bereich bleiben (unter 100 Watt). Falls die Belastungen zu hoch werden, wird zwischendurch mit einer geringeren Watt-Leistung gefahren.		beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert (Weineck, 2002, S.142).
Schluss	10 Min.	Zum Schluss wird noch ca. 7 Minuten mit 20 Watt am Fahrrad-Ergometer gefahren und danach die beanspruchten Muskulatur gedehnt.	Fahrrad-Ergometer	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

5. Woche: 2x Grundlagenausdauer, 2x Krafttraining, 1x Grundlagenausdauer

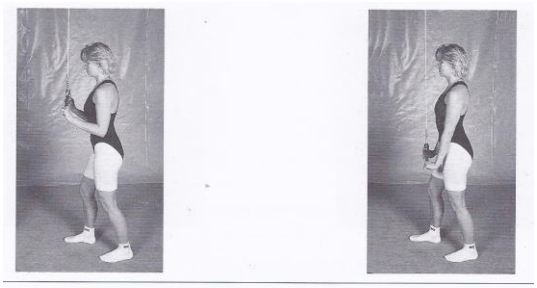
1. Einheit:

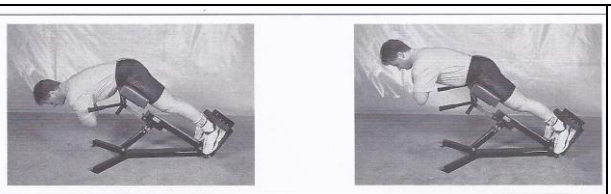
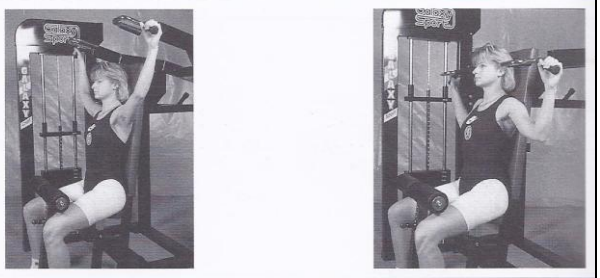
Thema: Kraftausdauer

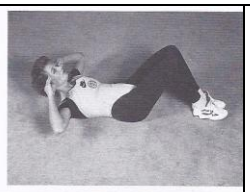
Schwerpunkt der Einheit: Krafttraining mit Geräten

Ziel der Einheit: Verbesserung der Kraftausdauer

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Methoden, Belastung &
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung. Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahrrad-Ergometer erwärmt.	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	60	3 Serie →10 Wiederholungen, 11 Übungen	40-60% der maximalen Kraft (Kraft-

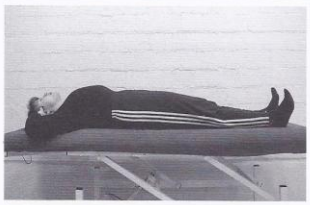
	Min.	3 Serien → 15 Wiederholungen, 13 Übungen Pause zwischen 30-60 Sekunden Oberarmmuskulatur & Brustmuskulatur (Bizeps, Trizeps)  **Übung 3: Trizepsdrücken** **Ausführung:** – Beine leicht gebeugt in Schrittstellung – schulterbreiter Griff (Pronation) – Unterarme strecken und beugen. **Übung 4: Bizepscurl** **Ausführung:** – Beine leicht gebeugt in Schrittstellung – schulterbreiter Griff (Supination) – Unterarme beugen und strecken. **Übung 27: Der Butterfly** **Anmerkung:** Der klassische Butterfly mit maximaler Außenrotation in Abduktion ist b Schulterluxationen *kontraindiziert*, da der Humeruskopf sonst wieder ir Luxationsstellung gerät. Rückenmuskulatur	ausdauer= (Samitz & Mensink, 2002, S.204)

		 **Übung 12: Extension** **Ausführung:** – Auflage der unteren Extremität bis zum Beckenkamm – Hüftgelenk ca. 45° gebeugt, Kniegelenk ca. 25° gebeugt – Arme vor der Brust verschränkt – Oberkörper bis zur Extension aufrichten (keine Hyperextension!).  **Übung 6: Latissimusziehen in den Nacken** **Ausführung:** – aufrechter Sitz – Beine leicht gegrätscht – weite Griffbreite – aus der Streckung der Arme Zug in den Nacken bis zur Ohrhöhe – Oberkörper bleibt ruhig. Bauchmuskulatur (gerade und schräge)	



Übung 7: Crunches (Bauchpresse)

Ausführung:
- Rückenlage
- Beine im Kniegelenk angewinkelt
- Fersen während der gesamten Übung auf den Boden gedrückt
- Hände seitlich an die Stirn
- Kinn leicht zur Brust, Schulterblätter anheben (Angulus inferior max. 5 cm).



Übung 7a: Crunches mit gestreckten Beinen

Ausführung:
- Rückenlage, Beine gestreckt
- Fersendruck (Extension) der gestreckten Beine

Übung 13: Crunches der seitlichen Bauchmuskeln

Ausführung:
- Rückenlage
- Beine im Kniegelenk angewinkelt
- Fersen während der gesamten Übung auf den Boden gedrückt
- Hände seitlich an der Stirn
- Kinn leicht zur Brust
- rechtes Schulterblatt anheben und in Richtung des linken Oberscher bewegen. Das Schulterblatt hebt etwa 10 cm von der Matte ab
- nach Ablegen dasselbe mit der linken Seite.

Oberschenkelmuskulatur

Übung 62: Einbeinabduktion

Ausführung:
- Stand auf einem Bein
- physiologische Lendenlordose
- Übungsbein gestreckt in Abduktion bewegen (die Hüfte darf nich ausweichen; keine Lateralflexion)
- in Adduktion berühren sich die Füße leicht.

Übung 62b Alternative: Abduktion im Sitzen

Übung 63: Einbeinadduktion

Ausführung:
- Stand auf einem Bein
- physiologische Lendenlordose
- Übungsbein gestreckt aus der zulässigen individuellen Abduktion her adduzieren (Hüfte darf nicht ausweichen; keine Lateralflexion; einen A als Halt fixieren – am Bild nicht gezeigt)
- in Adduktion berühren sich die Füße leicht.

Übung 63b Alternative: Adduktion im Sitzen

Übung 67: Beinpressen

Ausführung:
- aufrechter Sitz
- Beine stehen hüftbreit auseinander
- Beine strecken, aber im Kniegelenk nicht überstrecken
- Beugung ca. 90°, nicht in Hockstellung im Kniegelenk beugen.

siehe S. 193 Anmerkung und S. 273 Vergleich offenes – geschlossenes Syster

Außenrotiert (V. medialis)

Innenrotiert (V. lateralis)

Ganzkörpermuskulatur

		 Abbildung 24: Krafttraining (mod. n. Buchbauer & Steininger, 2008, S. 10-61)	
Schluss		Zum Schluss wird noch ca. 7 Minuten mit 20 Watt am Fahrrad-Ergometer gefahren und danach die beanspruchten Muskulatur gedehnt.	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

2. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Nordic Walking

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Entspannung

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung: Zuerst wird kurz das Nordic Walking erklärt. Danach werden verschiedene Gelenke mobilisiert und mit den Nordic Walking Stöcken wird gedehnt.	Pro PatientIn ein Nordic Walking Stock	Geringe Belastung
Hauptteil	40 Min.	Nach der Aufwärmung des Körpers wird eine schöne Runde mit den Nordic Walking Stöcken gegangen (40 Minuten).	Pro PatientIn zwei Nordic Walking	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten

	50 Min.	Nach der Aufwärmung des Körpers wird eine schöne Runde mit den Nordic Walking Stöcken gegangen (50 Minuten).	Stöcke	durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert (Weineck, 2002, S.142).
Schluss	10 Min.	In den letzten zehn Minuten werden statische Dehnungsübungen durchgeführt.		Keine Belastung

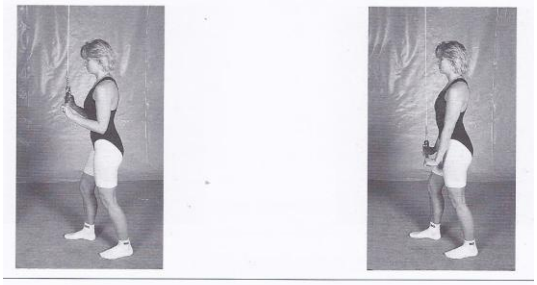
3. Einheit:

Thema: Kraftausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Krafttraining mit Geräten

Ziel der Einheit: Verbesserung der Kraftausdauer

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Methoden, Belastung &
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung. Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahrrad-Ergometer erwärmt.	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	60 Min.	3 Serie →10 Wiederholungen, 11 Übungen 3 Serien → 15 Wiederholungen, 13 Übungen Pause zwischen 30-60 Sekunden Oberarmmuskulatur & Brustmuskulatur (Bizeps, Trizeps)	40-60% der maximalen Kraft (Kraftausdauer= (Samitz & Mensink, 2002, S.204)

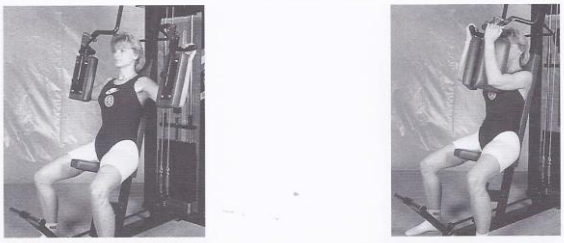


Übung 3: Trizepsdrücken

Ausführung:
- Beine leicht gebeugt in Schrittstellung
- schulterbreiter Griff (Pronation)
- Unterarme strecken und beugen.

Übung 4: Bizepscurl

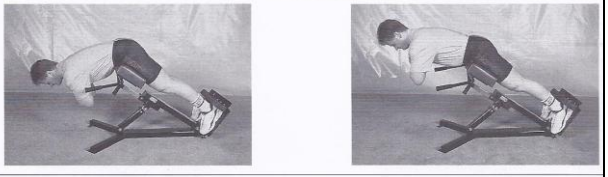
Ausführung:
- Beine leicht gebeugt in Schrittstellung
- schulterbreiter Griff (Supination)
- Unterarme beugen und strecken.



Übung 27: Der Butterfly

Anmerkung:
Der klassische Butterfly mit maximaler Außenrotation in Abduktion ist b
Schulterluxationen *kontraindiziert*, da der Humeruskopf sonst wieder in
Luxationsstellung gerät.

Rückenmuskulatur



Übung 12: Extension

Ausführung:
- Auflage der unteren Extremität bis zum Beckenkamm
- Hüftgelenk ca. 45° gebeugt, Kniegelenk ca. 25° gebeugt
- Arme vor der Brust verschränkt
- Oberkörper bis zur Extension aufrichten (keine Hyperextension!).

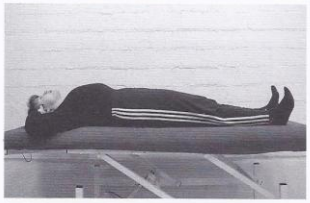
Übung 6: Latissimusziehen in den Nacken

Ausführung:
- aufrechter Sitz
- Beine leicht gegrätscht
- weite Griffbreite
- aus der Streckung der Arme Zug in den Nacken bis zur Ohrhöhe
- Oberkörper bleibt ruhig.

Bauchmuskulatur (gerade und schräge)

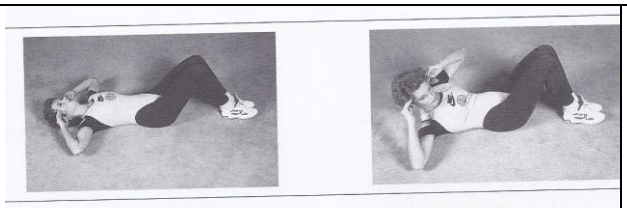
Übung 7: Crunches (Bauchpresse)

Ausführung:
- Rückenlage
- Beine im Kniegelenk angewinkelt
- Fersen während der gesamten Übung auf den Boden gedrückt
- Hände seitlich an die Stirn
- Kinn leicht zur Brust, Schulterblätter anheben (Angulus inferior max. 5 cm).



Übung 7a: Crunches mit gestreckten Beinen

Ausführung:
- Rückenlage, Beine gestreckt
- Fersendruck (Extension) der gestreckten Beine



Übung 13: Crunches der seitlichen Bauchmuskeln

Ausführung:
- Rückenlage
- Beine im Kniegelenk angewinkelt
- Fersen während der gesamten Übung auf den Boden gedrückt
- Hände seitlich an der Stirn
- Kinn leicht zur Brust
- rechtes Schulterblatt anheben und in Richtung des linken Oberscher bewegen. Das Schulterblatt hebt etwa 10 cm von der Matte ab
- nach Ablegen dasselbe mit der linken Seite.

Oberschenkelmuskulatur

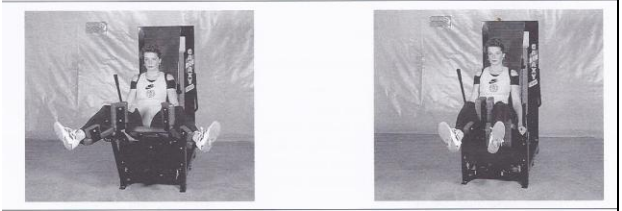
Übung 62: Einbeinabduktion

Ausführung:
- Stand auf einem Bein
- physiologische Lendenlordose
- Übungsbein gestreckt in Abduktion bewegen (die Hüfte darf nich ausweichen; keine Lateralflexion)
- in Adduktion berühren sich die Füße leicht.

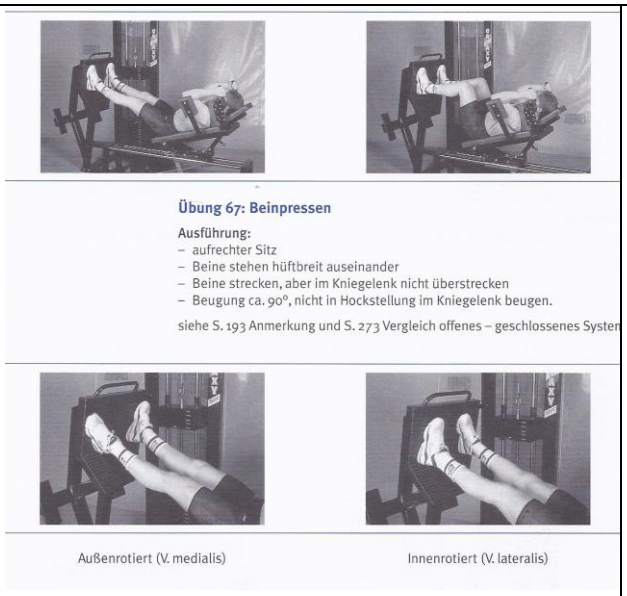
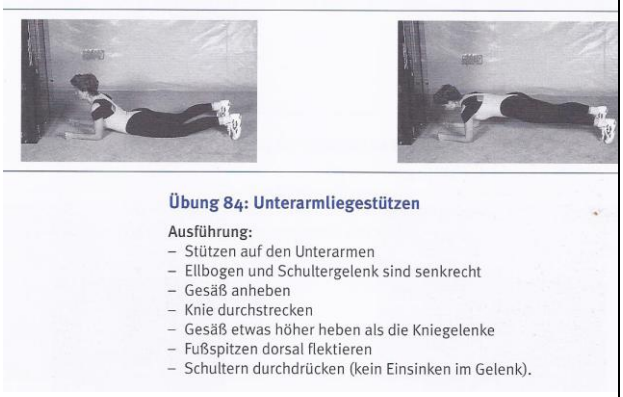
Übung 62b Alternative: Abduktion im Sitzen

Übung 63: Einbeinadduktion

Ausführung:
- Stand auf einem Bein
- physiologische Lendenlordose
- Übungsbein gestreckt aus der zulässigen individuellen Abduktion her adduzieren (Hüfte darf nicht ausweichen; keine Lateralflexion; einen A als Halt fixieren – am Bild nicht gezeigt)
- in Adduktion berühren sich die Füße leicht.



Übung 63b Alternative: Adduktion im Sitzen

		 Ganzkörpermuskulatur  Abbildung 25: Krafttraining (mod. n. Buchbauer & Steininger, 2008, S. 10-61)	
Schluss		Zum Schluss wird noch ca. 7 Minuten mit 20 Watt am Fahrrad-Ergometer gefahren und danach die beanspruchten Muskulatur gedehnt.	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

4. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauertraining

Schwerpunkt der Einheit: Ausdauertraining draußen

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Ausschüttung der Glückshormone

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Der/Die PatientIn soll zuerst 5 Minuten einlaufen. Dass Tempo wird so gewählt, dass er/sie noch reden kann. Danach werden verschiedene Übungen des Lauf-ABC durchgeführt.		Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	29 Min. 40 Min.	Der/Die PatientIn läuft 12, 9 und 6 Minuten auf einer Belastung des Krafteinsatzes zwischen 15-50%. Dazwischen werden jeweils 2 Minuten Pause gemacht Der/Die PatientIn läuft jeweils 20, 10 und 10 auf einer Belastung des Krafteinsatzes zwischen 15-50%. Dazwischen ist eine zweiminütige Pause vorgesehen (Spring et al., 1997, S.262-164 & Weineck, 2002, S.143).		Allgemeine aerobe Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen 10-30 Min. Krafteinsatz zwischen 15-50% des Krafteinsatzes, dass eine Energiebereitstellung zw. aerob/anaerob darstellt.
Schluss	10 Min.	Gemütliches Auslaufen mit anschließendem Dehnen der beanspruchten Muskulatur.		Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

5. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Fahrrad-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung. Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahrrad-Ergometer erwärmt.	Fahrrad-Ergometer	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	50 Min.	Der/Die PatientIn soll je nach Kondition am Fahrrad-Ergometer treten. Die Belastungen sollten immer im aeroben Bereich bleiben (unter 100 Watt). Falls die Belastungen zu hoch werden, wird zwischendurch mit einer geringeren Watt-Leistung gefahren.	Fahrrad-Ergometer	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert (Weineck, 2002, S.142).
Schluss	10 Min.	Zum Schluss wird noch ca. 7 Minuten mit 20 Watt am Fahrrad-Ergometer gefahren und danach die beanspruchten Muskulatur gedehnt.	Fahrrad-Ergometer	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

6. Woche: 3x Grundlagenausdauer, 1x Krafttraining, 1x Grundlagenausdauer

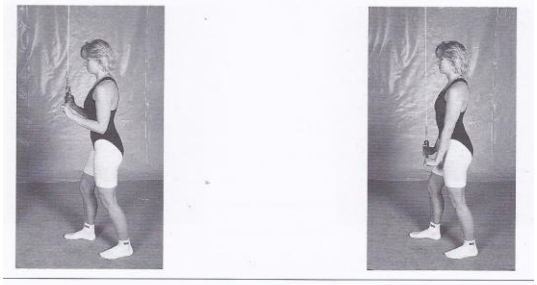
1. Einheit:

Thema: Kraftausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Krafttraining mit Geräten

Ziel der Einheit: Verbesserung der Kraftausdauer

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Methoden, Belastung &
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung. Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahrrad-Ergometer erwärmt.	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	60 Min.	3 Serie →10 Wiederholungen, 9 Übungen 3 Serien → 15 Wiederholungen, 11 Übungen Pause zwischen 30-60 Sekunden Oberarmmuskulatur & Brustmuskulatur (Bizeps, Trizeps)	40-60% der maximalen Kraft (Kraftausdauer= (Samitz & Mensink, 2002, S.204)

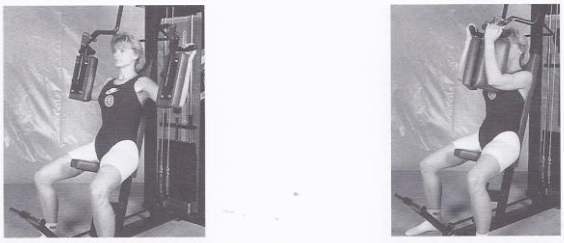


Übung 3: Trizepsdrücken

Ausführung:
- Beine leicht gebeugt in Schrittstellung
- schulterbreiter Griff (Pronation)
- Unterarme strecken und beugen.

Übung 4: Bizepscurl

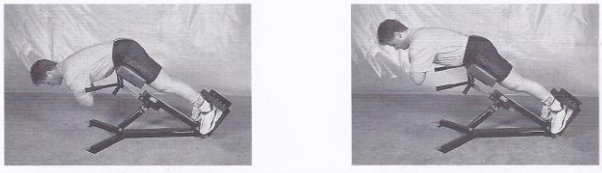
Ausführung:
- Beine leicht gebeugt in Schrittstellung
- schulterbreiter Griff (Supination)
- Unterarme beugen und strecken.



Übung 27: Der Butterfly

Anmerkung:
Der klassische Butterfly mit maximaler Außenrotation in Abduktion ist b
Schulterluxationen *kontraindiziert*, da der Humeruskopf sonst wieder in
Luxationsstellung gerät.

Rückenmuskulatur



Übung 12: Extension

Ausführung:
- Auflage der unteren Extremität bis zum Beckenkamm
- Hüftgelenk ca. 45° gebeugt, Kniegelenk ca. 25° gebeugt
- Arme vor der Brust verschränkt
- Oberkörper bis zur Extension aufrichten (keine Hyperextension!).

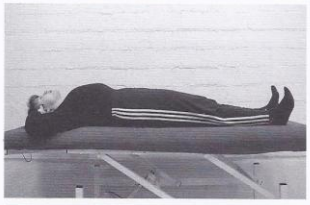
Übung 6: Latissimusziehen in den Nacken

Ausführung:
- aufrechter Sitz
- Beine leicht gegrätscht
- weite Griffbreite
- aus der Streckung der Arme Zug in den Nacken bis zur Ohrhöhe
- Oberkörper bleibt ruhig.

Bauchmuskulatur (gerade und schräge)

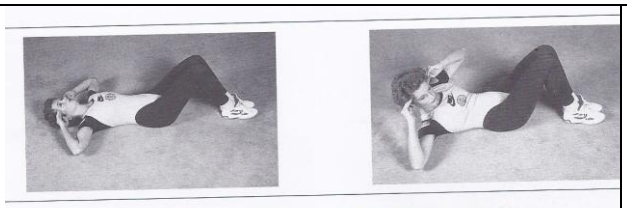
Übung 7: Crunches (Bauchpresse)

Ausführung:
- Rückenlage
- Beine im Kniegelenk angewinkelt
- Fersen während der gesamten Übung auf den Boden gedrückt
- Hände seitlich an die Stirn
- Kinn leicht zur Brust, Schulterblätter anheben (Angulus inferior max. 5 cm).



Übung 7a: Crunches mit gestreckten Beinen

Ausführung:
- Rückenlage, Beine gestreckt
- Fersendruck (Extension) der gestreckten Beine



Übung 13: Crunches der seitlichen Bauchmuskeln

Ausführung:
- Rückenlage
- Beine im Kniegelenk angewinkelt
- Fersen während der gesamten Übung auf den Boden gedrückt
- Hände seitlich an der Stirn
- Kinn leicht zur Brust
- rechtes Schulterblatt anheben und in Richtung des linken Oberschen bewegen. Das Schulterblatt hebt etwa 10 cm von der Matte ab
- nach Ablegen dasselbe mit der linken Seite.

Oberschenkelmuskulatur

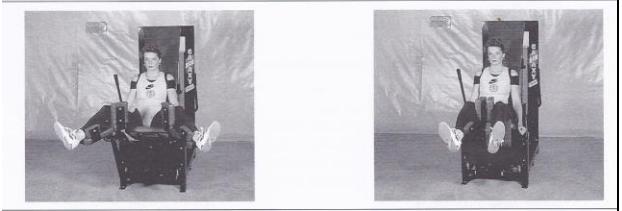
Übung 62: Einbeinabduktion

Ausführung:
- Stand auf einem Bein
- physiologische Lendenlordose
- Übungsbein gestreckt in Abduktion bewegen (die Hüfte darf nich ausweichen; keine Lateralflexion)
- in Adduktion berühren sich die Füße leicht.

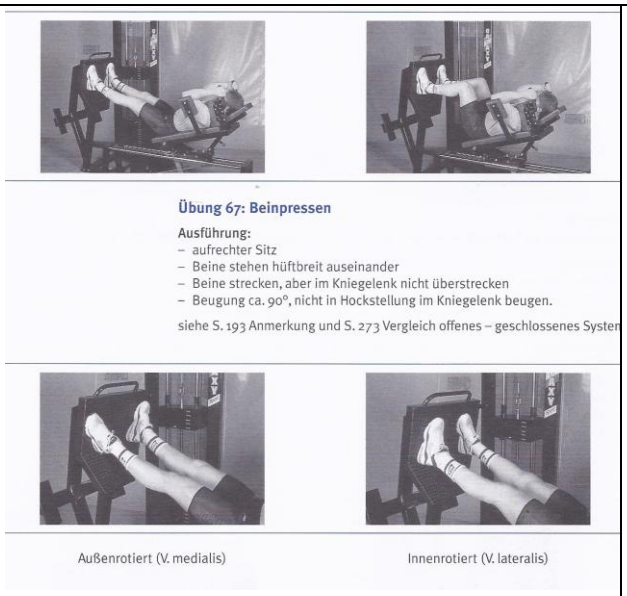
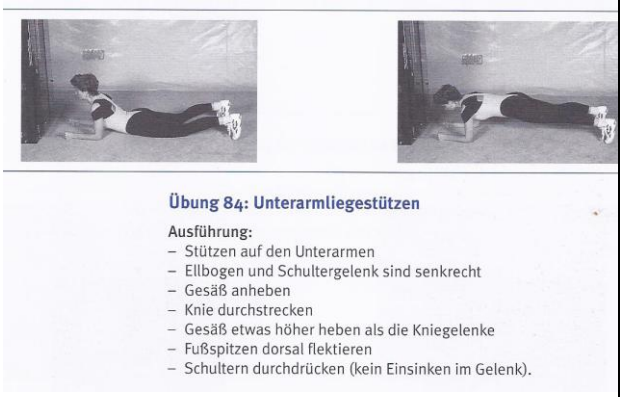
Übung 62b Alternative: Abduktion im Sitzen

Übung 63: Einbeinadduktion

Ausführung:
- Stand auf einem Bein
- physiologische Lendenlordose
- Übungsbein gestreckt aus der zulässigen individuellen Abduktion her adduzieren (Hüfte darf nicht ausweichen; keine Lateralflexion; einen A als Halt fixieren – am Bild nicht gezeigt)
- in Adduktion berühren sich die Füße leicht.



Übung 63b Alternative: Adduktion im Sitzen

		 Ganzkörpermuskulatur  Abbildung 26: Krafttraining (mod. n. Buchbauer & Steininger, 2008, S. 10-61)	
Schluss		Zum Schluss wird noch ca. 7 Minuten mit 20 Watt am Fahrrad-Ergometer gefahren und danach die beanspruchten Muskulatur gedehnt.	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

2. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Nordic Walking

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Entspannung

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vor-bereitung/ Auf-wärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung: Zuerst wird kurz das Nordic Walking erklärt. Danach werden verschiedene Gelenke mobilisiert und mit den Nordic Walking Stöcken wird gedehnt.	Pro PatientIn ein Nordic Walking Stock	Geringe Belastung
Hauptteil	50 Min. 60 Min.	Nach der Aufwärmung des Körpers wird eine schöne Runde mit den Nordic Walking Stöcken gegangen (50 Minuten). Nach der Aufwärmung des Körpers wird eine schöne Runde mit den Nordic Walking Stöcken gegangen (60 Minuten).	Pro PatientIn zwei Nordic Walking Stöcke	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert (Weineck, 2002, S.142).
Schluss	10 Min.	In den letzten zehn Minuten werden statische Dehnungsübungen durchgeführt.		Keine Belastung

3. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Lauftherapie durch Laufband-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Stimmungsaufhellung

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Aufwär-	10	Einstimmung und Erwärmung	Laufband	Dauermethode: Mit-

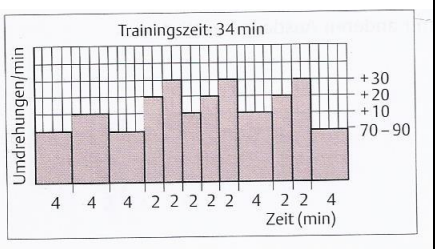
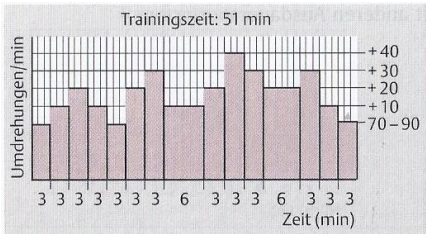
men	Min.	Kurzes Eingehen! Danach werden verschiedene Körperregionen mobilisiert.		telzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	40 Min. 50 Min.	Der/Die PatientIn soll je nach Kondition am Laufband laufen. Die Belastungen sollten immer im aeroben Bereich bleiben. Falls die Belastungen zu hoch werden, wird zwischendurch gegangen. Der/Die PatientIn läuft um 50 Minuten länger.	Laufband	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert Regenerativer Ausdauerbereich (70-75% der individuell aeroben-anaeroben Schwelle), ca. 140 Herzschläge (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Schluss	10 Min.	Ausgehen und dehnen der beanspruchten Muskulatur	Laufband	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

4. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Fahrrad-Ergometertraining

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Ausschüttung von Glückshormone

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Einstimmung und Erwärmung. Die Muskulatur wird ca. 10 Minuten mit ca. 20 Watt am Fahrrad-Ergometer erwärmt.	Fahrrad-Ergometer	Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	30 Min. 51 Min.	Das Trainingsprogramm für HobbysportlerInnen dauert 34 Minuten und richtet sich nach der Abbildung 27:  Abbildung 27: Fahrrad-Ergometertraining (mod. n. Spring et al., 1997, S.268) Das Trainingsprogramm für die trainierten SportlerInnen dauert 51 Minuten und richtet sich nach der Abbildung 28:  Abbildung 28: Fahrrad-Ergometertraining (mod. n.	Fahrrad-Ergometer	Dauermethode: Langzeitausdauer beinhaltet Belastungen über 8 Minuten durch aerobe Energiegewinnung (LZA1 – Belastungszeiten bis 30 Min. durch Glucose Metabolismus charakterisiert (Weineck, 2002, S.142). Allgemeine aerobe Langzeitausdauer: Die Energie wird noch aerob bereitgestellt und ist zum Teil schon die Grenze zur anaeroben Energiebereitstellung (Spring et al., 1997, S.56)

		Spring et al., 1997, S.270)		
Schluss	10 Min.	Zum Schluss wird noch ca. 7 Minuten mit 20 Watt am Fahrrad-Ergometer gefahren und danach die beanspruchten Muskulatur gedehnt.	Fahrrad-Ergometer	Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

5. Einheit:

Thema: Grundlagenausdauer

Schwerpunkt der Einheit: Lauftraining draußen

Ziel der Einheit: Verbesserung der Grundlagenausdauer, Ausschüttung von Glückshormonen

	Zeit	Inhalt, Aufgaben, Zielstellung	Geräte, Materialien	Methoden, Belastung
Vorbereitung/ Aufwärmen	10 Min.	Der/Die PatientIn soll zuerst 5 Minuten einlaufen. Dass Tempo wird so gewählt, dass er/sie noch reden kann. Danach werden verschiedene Übungen des Lauf-ABC durchgeführt.		Dauermethode: Mittelzeitausdauer beinhaltet Belastungen zwischen zwei und acht Minuten (vgl. Weineck, 2002, S.142).
Hauptteil	50 Min.	Der/Die PatientIn läuft 50 Minuten durch. Das Tempo sollte so gewählt werden, dass der/die PatientIn noch reden kann.		Allgemeine aerobe Langzeitausdauer (> 30 Minuten)
Schluss	10 Min.	Gemütliches Auslaufen mit anschließendem Dehnen der beanspruchten Muskulatur.		Niedrige Belastung (Aerober Bereich)

4.4 Zusammenfassung

Das letzte Kapitel umfasst die Therapieplanung für Burnout-PatientInnen. Das Training für „Ausgebrannte“ unterscheidet sich grundsätzlich nur in der Zielformulierung. Da es für die Erkrankten wichtiger ist, mit Hilfe der Bewegungstherapie wieder ein normalisiertes Leben zu führen, als die Leistungsfähigkeit zu steigern.

Folgend wird auf die Grundlagen des Trainings in der Bewegungstherapie eingegangen. Die Planung für einen erfolgreichen Therapieplan ist unabdingbar. Zu beachten ist, dass die Bewegungstherapie auch kontrainduzierend sein kann, wie zum Beispiel bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Außerdem werden die wichtigsten Begriffe der Trainingslehre für Burnout-PatientInnen erklärt, damit im darauffolgenden Kapitel „Sechs-Wochen-Trainingspläne für Burnout-PatientInnen“ alles verständlich ist. Diese Therapiepläne stellen auch das Ergebnis der Arbeit dar. Sie sind speziell für untrainierte PatientInnen, HobbysportlerInnen und trainierte PatientInnen verfasst worden.

5 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

5.1 Zusammenfassung

Vieles wurde schon in den kurzen Zusammenfassungen der Kapitel 2.5, 3.8 und 4.4 erwähnt, trotzdem wird nochmals versucht, eine Gesamtzusammenfassung der Arbeit vorzunehmen.

Das erste Kapitel 2 der Arbeit namens „Burnout-Syndrom“ zeigt die Erkrankung mit ihren vielen verschiedenen Facetten.

Dies zeigt sich schon im Kapitel 2.1 „Zum Begriffsgefüge und Phänomen Burnout“. Obwohl das Phänomen „Burnout“ ein noch sehr junges Forschungsgebiet ist, gibt es bis heute noch keine einheitliche Definition. Die Forschung beginnt in den 1970er Jahre, wobei dieser Zeitraum auch Pionierphase genannt wird. Diese ist hauptsächlich von Freudenberger, Maslach, Cherniss und Pines geprägt. Freudenberger befasst sich mehr mit der individuellen Ebene, wohingegen Maslach bereits ein gewisses System hervorbringt. Cherniss Konzept ergibt sich aus den Interaktionen zwischen Umwelt und Person. Pines überlegt sich ein Stressmodell, dass aber von Burisch sehr kritisiert wird.

Darauffolgend wird die Pionierphase von der empirischen Phase in den 1990er Jahren ersetzt. Die letzte Phase, die sich bis heute fortgesetzt hat, nennt sich Methodenintegration.

Die Vielfalt der Definitionsversuche der drei Pioniere unterscheidet sich auch hinsichtlich der Symptome voneinander.

Symptomatik, Verlauf und Feststellung des Burnouts wurde im Kapitel 2.2 dargestellt. Hier werden die typischen Phasen des Burnouts von Burisch zusammengefasst. Es zeigt sich auch, dass das Burnout-Syndrom viele Überschneidungen mit anderen Forschungsgebieten, wie zum Beispiel „Depression“, aufweist.

Das nächste Kapitel 2.3 nennt sich „Abgrenzungen zu benachbarten Forschungsgebieten“ und beinhaltet Stress, Depression und Frustration und deren Folgen.

Die Prophylaxe/Behandlung und allgemeine Therapien des Burnouts sind im letzten Kapitel 2.4 zum Burnout-Syndrom näher erläutert. Die Prophylaxe des Burnouts ist wiederum sehr vielfältig. Freudenberger hat sehr viele individuelle Tipps zur Vorbeugung zur Verfügung, wohingegen Burisch weitere Interventionen vorschlägt. Für ihn kommen Entspan-

nungstechniken, Sport oder auch Stressmanagement in Frage. Nicht außer Acht gelassen werden darf die soziale Nähe zu Freunden und Familie, was den Betroffenen auch eine große Stütze bietet. Csikszentmihalyi schwört auf den „Flow-Zustand“, der schon mit „vergessenen“ Beschäftigungen Freude und Glück verschafft.

Bei den Behandlungen des Burnout-Syndroms werden Selbstbehandlung, Arbeitsplatzwechsel und soziale Vernetzung genannt.

Zu diesem Kapitel gehören auch die allgemeinen medizinischen Therapien des Burnouts. Sie bestehen aus vielen psychologischen Maßnahmen. Hier werden Medikation und ambulante/stationäre Psychotherapie, körperzentrierte psychotherapeutische Therapie und körperzentrierte Psychotherapie erwähnt. Oft versprechen diese Therapien nur in Kombination eine heilende Wirkung, aufgrund dessen ist es einen Versuch wert, die Bewegungstherapie als heilende Maßnahme in Kliniken einzusetzen.

Um zum Ergebnis der Arbeit „Therapiepläne für Burnout-PatientInnen“ zu kommen, ist es notwendig, auf die Bewegungstherapie für Burnout-PatientInnen näher einzugehen. Dies ist unter dem Kapitel 3 zu finden.

Zuerst wird das Begriffsgefüge „Bewegungstherapie – Mototherapie – Sporttherapie – Trainingstherapie“ im Kapitel 3.1 näher erklärt. Dort stellt sich heraus, dass die Bewegungstherapie, aufgrund der vielfältigen Symptomatik des Burnouts, sehr viele unterschiedliche bewegungsbezogene Therapien zur Verfügung hat. Weiters ist der Begriff „Bewegungstherapie“ der Überbegriff der anderen Therapien.

Im nächsten Kapitel 3.2 wird speziell auf die Bewegungs- und Sporttherapie bei psychosomatischen Erkrankungen eingegangen. Dort wird gesagt, dass die Bewegungstherapie ein Zeichen eines ganzheitlichen Ansatzes und multiprofessionellen Vorgehens darstellt. Folgend zeigt Hölter in seiner Abbildung die Vielfalt der bewegungsbezogenen Therapieverfahren auf. Im Gesamten zielt die Bewegungstherapie für psychische Erkrankungen darauf ab, dass es zu einer Verbesserung der körperlichen Ausgangslage kommt, Nebenwirkungen der Medikamente gemildert werden und das Verhalten auf der psychosozialen Ebene positiv beeinflusst wird.

Die Wirkung der Bewegungstherapie wird im Kapitel 3.3 näher erklärt. Diese beinhaltet einen psychologischen und einen physiologischen Erklärungsansatz bei psychosomatischen Störungen. Beide Ansätze werden in der Bewegungstherapie wegen heilender Wirkungen sehr hoch geschätzt.

Das weitere Kapitel 3.4 nennt sich „Ziele der Bewegungstherapie“. Die Ziele können auch sehr vielfältig sein. Diese werden von Hölter und Schüle/Huber näher gebracht. Hölter beschreibt die Ziele der Bewegungstherapie etwas ausführlicher als Schüle/Huber und nennt mehr Aktivitäten/Wirkungen.

Die Inhalte/Methoden der Bewegungstherapie stellt das nächste Kapitel 3.5 dar. Sie umfassen vielfältige Spiel-, Sport- und Bewegungsformen. Für BewegungstherapeutInnen ist es wichtig, die Inhalte der Bewegungsmöglichkeiten bei den PatientInnen individuell richtig einzusetzen.

Im nächsten Kapitel 3.6 werden die verschiedenen bewegungsbezogenen Therapiethemen näher gebracht. Die für die Bewegungstherapie wichtigsten Themen stellen die Ausdauer und die Kraft dar, da sie auch vorwiegend im Therapieplan vorkommen.

Im Weiteren (Kapitel 3.7) werden verschiedene bewegungsbezogene Therapieverfahren für Burnout-PatientInnen erklärt.

Der letzte Teil heißt „Therapieplanung bei Burnout-PatientInnen“ und wird im Kapitel 4 näher erklärt.

Im ersten Kapitel 4.1 „Training bei psychischen Erkrankungen“ wird das Training in der Bewegungstherapie mit Hilfe von Definitionen näher gebracht. Wichtig ist hier, dass die PatientInnen nicht über- beziehungsweise unterfordert werden, damit es zu einer Leistungssteigerung kommt.

Das vorletzte Kapitel 4.2 heißt „Grundlagen des Trainings in der Bewegungstherapie“.

Die Planung der Trainingstherapie (Kapitel 4.2.1) ist sehr wichtig, aufgrund dessen werden die einzelnen Vorgehensweisen erklärt.

Folgend wird auf die Trainingslehre im Kapitel 4.2.2 näher eingegangen, um die Trainingsprinzipien und Belastungen, die in den Therapieplänen vorkommen, verständlicher zu machen.

Den Schluss dieser Arbeit stellen die Therapiepläne für Burnout-PatientInnen dar.

5.2 Ausblick

In einer weiteren Arbeit zu diesem Thema könnte dem nachgegangen werden, ob Nebenwirkungen bei bewegungsbezogenen Therapieverfahren eintreten.

Weiters unbehandelt bleibt, dass es keine wissenschaftlichen Forschungen darüber gibt, ob körperliche Schädigungen/Erkrankungen mitverantwortlich für die Entstehung des Burnouts sind.

Folgend wird im Burnout nur sehr wenig über verschiedene Charaktere, die Burnout bekommen, gesprochen. Oft bekommen Menschen unter gleichen Bedingungen Burnout, wohingegen andere gesund bleiben.

Hinsichtlich der Bewegungstherapie für Burnout-PatientInnen gibt es noch sehr wenig wissenschaftliche Untersuchungen. In diesem Bereich könnte noch sehr viel geforscht werden, um die optimale Therapie, in der Sport eine Hauptrolle spielt, anzubieten. Folgend wäre die Durchführung der Therapiepläne von Burnout-PatientInnen dieser Arbeit interessant, ob sie auch die Wirkung erzielen, die aufgrund der Theorie versprochen wird.

Sechs bewegungsbezogene Therapieverfahren kommen in der Arbeit vor. Interessant wäre, ob auch andere bewegungsbezogene Verfahren dieselben Wirkungen versprechen und ob somit diese Methoden verworfen werden können.

Es wäre die wesentliche Aufgabe dieses Themas eine umfangreiche empirische Forschung, damit aus den theoretischen Grundlagen Praxis wird. Unter anderem soll die Bewegungstherapie in der Forschung des Burnouts mit integriert werden, damit der häufiger werdenden Krankheit entgegen gewirkt werden kann.

6 LITERATURLISTE

Aronson, E., Pines, A. & Kafry, D. (1983). *Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Buchbauer, J. & Steiniger, K. (2008). *Funktionelles Kraftaufbautraining in der Rehabilitation.* München: Elsevier GmbH.

Budjuhn, A. (1992). *Die psycho-somatischen Verfahren. Konzentrative Bewegungstherapie und Gestaltungstherapie in Theorie und Praxis.* Dortmund: Verlag modernes lernen.

Burisch, M. (2010). *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Zahlreiche Fallbeispiele. Hilfen zur Selbsthilfe.* Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Brooks, A. (2005). *Körperliches Training in der Behandlung psychischer Erkrankungen.* Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 8, 914-921.

Bruckner, M. (2006). *Zeit und Gefühlswelt im Burnout-Syndrom.* Wien: Universität Wien, Fakultät für „Sozialwissenschaften".

Csikszentmihalyi, M. (2008). *Flow. Das Geheimnis des Glücks.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Deimel, H., (2012). *Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung.* Sankt Augustin: Academia Verlag.

Froböse, I., Hartmann, C., Minow, H., Senf, G., Strunk, K., Waffenschmidt, S. & Wilke, C. (2002). *Bewegung und Training. Grundlagen und Methodik für Physio- und Sporttherapeuten.* München: Urban & Fischer Verlag.

Gräff, C. (2008). *Konzentrative Bewegungstherapie in der Praxis.* Stuttgart: Cotta`sche Buchhandlung Nachfolger GmbH.

Haber, P. & Tomasits, J. (2006). *Medizinische Trainingstherapie. Anleitung für die Praxis.* Wien: Springer-Verlag.

Häfelinger, U. & Schuba, V. (2007). *Koordinationstherapie. Propriozeptives Training.* Aachen: Meyer & Meyer Verlag.

Halle, M., Schmidt-Trucksäss, A., Hambrecht, R. & Berg, A. (2008). *Sporttherapie in der Medizin. Evidenzbasierte Prävention und Therapie.* Stuttgart: Schattauer GmbH.

Haubenberger, M. (2008). *Burnout: Entstehung, Symptomatik und Therapie unter besonderer Berücksichtigung körperlicher Aktivität.* Wien: Universität Wien, Zentrum für Sportwissenschaft und Universitätssport.

Hebestreit, H., Ferrari, R., Meyer-Holz, J., Lawrenz, W. & Jüngst, B. (2002*). Kinder- und Jugendsportmedizin. Grundlagen, Praxis, Trainingstherapie.* Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Hedderich, I. (2009). *Burnout. Ursachen, Formen Auswege.* München: Verlag C.H. Beck oHG.

Hegner, J., Hotz, A. & Kunz, H. (2005). *Erfolgreich trainieren!* Zürich: Akademischer Sportverband Zürich und vdf Hochschulverlag AG.

Hillert, A. (2012). *Wie wird Burn-out behandelt? Zwischen Wellness, berufsbezogener Stressprävention, Psychotherapie und Gesellschaftskritik.* Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2, 190-196.

Hölter, G. (1993). *Mototherapie mit Erwachsenen. Sport, Spiel und Bewegung in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung.* Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.

Hölter, G. (2011). *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

Hörmann, K. (1993). *Tanztherapie. Beiträge zur angewandten Tanzpsychologie.* Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie, Verlagsgruppe Hogrefe.

Huber, G. (1990). *Sport und Depression. Ein bewegungstherapeutisches Modell.* Frankfurt: Harri Deutsch.

Jerich, L. (2008). *Burnout. Ausdruck der Entfremdung.* Graz: Leykam Buchverlagsgesellschaft m.b.H. Nfg. & Co. KG.

Kapfhammer, H.P. (2012). *Burnout. Krankheit oder Symptom?* Der Internist, 11, 1276 - 1282.

Keck, M. (2012). *„Ausbrennern“ professionell helfen.* Der informierte Arzt, 05, 48-49.

Kirchmann, E. (1982). *Integrative Therapie. Moderne Methoden der Bewegungstherapie. Konzentrative Bewegungstherapie. Integrative Bewegungstherapie. Rhythmische Bewegungstherapie.* Paderborn: Junfermann-Verlag.

Kleinagel, R. (2004). *Zum Stand der Bewegungs- und Sporttherapie in psychiatrischen und suchttherapeutischen Einrichtungen in Österreich und Schweiz.* Köln: Deutsche Sporthochschule, Institut für Rehabilitation und Behindertensport.

Klinik Pirawarth, Kur- und Rehabilitationszentrum (2011). *Medizinisches Leistungsprofil. Psychosomatische Rehabilitation mit Schwerpunkt Burnout. Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität.* 1-26.

Krause, C. (2011). *Burnout-Prophylaxe.* Tübingen: Regierungspräsidium.

Künzler, A., Böttcher, C., Hartmann, R. & Nussbaum, M. (2010). *Körperzentrierte Psychotherapie im Dialog. Grundlagen, Anwendungen, Integration. Der IKP-Ansatz von Yvonne Maurer.* Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Mayer, M. (2006). *Einführung in die Trainingswissenschaft*. Wien: Sportuniversität.

McGilvery, C., Reed, J., Mehta, M. & Mehta, S. (1994). *Aromatherapie. Massage-Yoga. Ein praktischer Ratgeber zur Anwendung natürlicher Entspannungstechniken und sanfter Heilmethoden.* Köln: DuMont Buchverlag.

Müller, E. (1995*). Insel der Ruhe. Ein neuer Weg zum autogenen Training für Kinder und Erwachsene.* München: Kösel-Verlag GmbH & Co..

Obkircher, S. (1999). *Burnout, Helfer-Syndrom und Berufsunzufriedenheit. Eine Studie zur Theorie des Helfer-Syndroms als Betrag zu einer verbesserten Psychohygiene in den helfenden Berufen.* Wien: Universität Wien, Grund- und integrativwissenschaftlichen Fakultät.

Payne, R. (übers. von Markus Vieten) (1998). *Entspannungstechniken. Ein praktischer Leitfaden für Therapeuten.* Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.

Petermann, F. & Vaitl, D. (2009). *Entspannungsverfahren. Das Praxisbuch.* Basel: Beltz Verlag.

Petzold, H. (1996). *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie.* Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung.

Reisinger, G. (2001). *Sport in der Psychiatrie am Beispiel der Akutpsychiatrie der Landesklinik Gugging.* Wien: Universität Wien, Institut für Sportwissenschaften.

Reitbauer, E. (2011). *Sport- und Bewegungstherapie bei depressiven Erwachsenen.* Amstetten/Mauer: An der Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege.

Samitz, G. & Mensink, G. (2002). *Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. Evidenz basierter Leitfaden für Klink und Praxis.* München: Hans Marseile Verlag GmbH.

Scharnhorst, J. (2012). *Burnout. Präventionsstrategien und Handlungsoptionen für Unternehmen.* Freiburg: Haufe-Leware GmbH & Co. KG.

Schüle, K. & Huber, G. (2012). *Grundlagen der Sport- und Bewegungstherapie. Prävention, ambulante und stationäre Rehabilitation.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH.

Siegel, E., Trautmann-Voigt, S. & Voigt, B. (1999). *Analytische Bewegungs- und Tanztherapie.* München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag.

Skinner, J, Rost, G. & Rost, R. (1989). *Rezepte für Sport und Bewegungstherapie. Belastungsuntersuchungen und Aufstellung von Trainingsprogrammen bei Gesunden und Kranken.* Dortmund: Deutscher Ärzte-Verlag.

Stoll, O. & Ziemainz H. (2012). *Laufen psychotherapeutisch nutzen. Grundlagen, Praxis, Grenzen.* Berlin: Springer Verlag GmbH.

Syre, S., Kristen, K., Wagner, R. & Weidlinger M. (2010). *Trendsportarten. Yoga – Sportmedizinische Aspekte.* SportOrthoTrauma, 26, 7-13.

Tolle, E. (2000). *Jetzt! Die Kraft der Gegenwart. Ein Leitfaden zum spirituellen Erwachen.* Bielefeld: J. Kamphausen Verlag & Distribution GmbH.

Vollmer, H. (1996). *Ich fühle mich fix und fertig. Das Burnout-Syndrom.* Wien: Verlag Carl Ueberreuter.

Weineck, J. (2002). *Optimales Training. Leistungsphysiologische Trainingslehre unter besonderer Berücksichtigung des Kinder- und Jugendtrainings.* Balingen: Spitta.

Waadt, M. & Acker J. (2013). *Burnout. Mit Akzeptanz und Achtsamkeit den Teufelskreis durchbrechen.* Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.

Ziegler, M., Reer, R. & Braunmann, K. (2005). Bewegungstherapie als therapeutisches Prinzip. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 8, 841-847.

Ziegler, M., Reer, R. & Braunmann, K. (2008). *Trainingssteuerung in der Bewegungstherapie.* In M.Halle (Hrsg.), *Sporttherapie in der Medizin. Evidenzbasierte Prävention und Therapie* (S. 27-34). Stuttgart: Schattauer.

Quellen aus dem Internet:

Dr. Lisa Neubauer: Training & Mediation & Beratung (2008, 28. November). Zugriff am 10.09.2013 unter http://gesundheit.unileoben.ac.at/fileadmin/shares/intranet/betriebsrat/gesundheitsfoerderung/Skript%20Stress%201108.pdf

Prof. Dr. med. Arno Schmidt-Trucksäss: Zentrum für Stressfolgeerkrankungen, Fachklinik für Burnout. Zugriff am 30.03.2014 unter http://www.clinica-holistica.com/media/archive1/veranstaltungen/Bewegungstherapie_bei_Burnout.pdf

Guide 2 Healing. Zugriff am 08.10.2013 unter http://guide2healing.com/wp content/uploads/2011/08/koerperwahrnehmung.pdf

Human Flow. Life in balance. Zugriff am 31.03.2014 unter http://www.humanflow.de

Zugriff am 31.03.2014 unter http://www.humanflow.de/kuren/humanflow-methode.html

Zugriff am 31.03.2014 unter http://www.humanflow.de/kuren/flowkur-fuer-wen.html

Zugriff am 31.03.2014 unter http://www.humanflow.de/kur-therapie/achtsamkeitstherapie.html

Wegweiser Burnout. Zugriff am 14.01.2014 unter https://www.burnout-wegweiser.eu/offers/tai-chi-qigong

7 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Transaktionale Burnout-Definition von Cherniss (1980; mod. n. Hedderich, 2009, S. 16) 13

Abbildung 2: Die Überschneidungen des Burnouts (mod. n. Scharnhorst, 2012, S. 15) ...15

Abbildung 3: Symptome des Burnouts nach Maslach und Copenhagen Burnout-Inventory – MBI und CBI (mod.n. Maslach, 2001, zit. n. Krause, 2011, S.4) 19

Abbildung 4: Cherniss Burnout-Modell (1980; mod. n. Burisch, 2010, S. 66) 21

Abbildung 5: Die klinische Bewegungstherapie im Schnittpunkt von Sport- und Bewegungswissenschaft, Medizin und Psychologie (mod. n. Hölter, 2011, S. 77) 51

Abbildung 6: Körper- und bewegungsorientierte Verfahren in der Psychiatrie (mod. n. Hölter, 1993, S.13; zit. n. Kleinagel, 2004, S. 37) 54

Abbildung 7: Erklärungsansätze zur Wirkung der Bewegungstherapie (mod. n. Hölter, 2011, S.176) 55

Abbildung 8: Ziele der Moto-/Bewegungstherapie (mod. n. Hölter, 1993, S.19) 57

Abbildung 9: Vereinfachtes Modell der Salutogenese von Antonovsky (1979; mod. n. Hölter, 1993, S.22) 58

Abbildung 10: Basisziele der Mototherapie (mod. n. Hölter, 1993, S.24) 59

Abbildung 11: Ziele der Sporttherapie (mod. n. Schüle, 1987; zit. n. Schüle und Huber, 2012, S. 31) 61

Abbildung 12: Inhalte der Bewegungstherapie (mod. n. Grupe, 1976; zit. n. Hölter, 1993, S.29) 64

Abbildung 13: *Stretching-Basisprogramm* (mod. n. Weineck, 2002, S.515) 104

Abbildung 14: Kraftausdauerzirkel (mod. n. Scholich, 1965, S.586, zit. n. Weineck, 2002, S.303) 134

Abbildung 15: Kraftausdauerzirkel (mod. n. Scholich, 1965, S.586, zit. n. Weineck, 2002, S.303) 137

Abbildung 16: Krafttraining mit Geräten (mod. n. Buchbauer & Steininger, 2008, S.10-61) 143

Abbildung 17: Fahrrad-Ergometertraining (mod. n. Spring et al., 1997, S.268) 144

Abbildung 18: Krafttraining (mod. n. Buchbauer & Steininger, 2008, S.10-61) 149
Abbildung 19: Krafttraining (mod. n. Buchbauer & Steininger, 2008, S. 10-61) 155
Abbildung 20: Fahrrad-Ergometertraining (mod. n. Spring et al., 1997, S.268) 158
Abbildung 21: Fahrrad-Ergometertraining (mod. n. Spring et al., 1997, S.270) 158
Abbildung 22: Krafttraining (mod. n. Buchbauer & Steininger, 2008, S. 10-61) 164
Abbildung 23: Krafttraining (mod. n. Buchbauer & Steininger, 2008, S. 10-61) 170
Abbildung 24: Krafttraining (mod. n. Buchbauer & Steininger, 2008, S. 10-61) 177
Abbildung 25: Krafttraining (mod. n. Buchbauer & Steininger, 2008, S. 10-61) 182
Abbildung 26: Krafttraining (mod. n. Buchbauer & Steininger, 2008, S. 10-61) 189
Abbildung 27: Fahrrad-Ergometertraining (mod. n. Spring et al., 1997, S.268) 192
Abbildung 28: Fahrrad-Ergometertraining (mod. n. Spring et al., 1997, S.270) 192

8 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Typische Phasen des Burnout-Syndroms (mod. n. Bursich, 2010, S. 25 – 26) 26
Tabelle 2: *Sechs-Wochen-Trainingsplanübersicht für untrainierte Burnout-PatientInnen:* 91
Tabelle 3: *6-Wochen Therapieplanübersicht für Burnout-PatientInnen (HobbysportlerInnen und trainierte SportlerInnen)* 132

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit „Bewegungstherapie für stationäre Burnout-PatientInnen“ selbst verfasst habe und nur die beiliegenden Hilfsmittel verwendet habe. Diese Arbeit wurde daher weder an einer anderen Stelle eingereicht noch von anderen Personen vorgelegt.

Julia Jetzinger

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Julia Jetzinger

Geburtsdatum: 22.10.1987

Geburtsort: Amstetten

Wohnort: Zederleiten 18, 3300 Amstetten

Mail: julia_jetzinger@gmx.at

Staatsbürgerschaft: Österreich

Bildungsweg:

1994-1998 Volksschule Euratsfeld

1998-2002 Gymnasium Amstetten

2002-2007 Höhere Bundeslehr- & Forschungsanstalt „Francisco Josephinum mit der Fachrichtung Lebensmittel- und Biotechnologie“

2008-2014 Lehramtsstudium Bewegung und Sport & Biologie und Umweltkunde

Zusatzqualifikationen:

2008 Erste Hilfe Grundkurs

2009 Staatlich geprüfter Fitnesslehrwart

2009 Ski-Begleitlehrerausbildung

2010 Österreichischer Rettungsschwimmerschein

2011 Berufsausbildung zur diplomierten Masseurin

2013 Ausbildungslehrgang in der Fußreflexzonenmassage

Berufliche Erfahrungen:

2008-2014 Trainerin der Kinderlaufgruppe LCU Raiffeisen Euratsfeld

Seit September 2013 Sport- und Biologielehrerin am Stiftgymnasium Melk