



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Zur Bedeutsamkeit von Trainingstherapien im Grünen
und deren Anwendung im österreichischen
Rehabilitationsvorhaben“

verfasst von / submitted by

Magdalena Eschlböck, Bakk.rer.nat.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree
of

Master of Science (MSc)

Wien, 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 826

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Sportwissenschaft

Betreut von /
Supervisor:

Ass.-Prof. Mag. Dr. Rosa Dikettmüller

ZUR BEDEUTSAMKEIT VON TRAININGSTHERAPIEN IM GRÜNEN UND DEREN ANWENDUNG
IM ÖSTERREICHISCHEN REHABILITATIONSVORHABEN

„Nature is part of us, as we are part of Nature.“

E. O. Wilson

ZUR BEDEUTSAMKEIT VON TRAININGSTHERAPIEN IM GRÜNEN UND DEREN ANWENDUNG
IM ÖSTERREICHISCHEN REHABILITATIONSVORHABEN

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die durch ihre persönliche und fachliche Unterstützung zum Gelingen dieser Masterarbeit beigetragen haben.

Beginnen möchte ich mit meiner Betreuung Frau Ass.-Prof. Mag. Dr. Rosa Diketmüller, die mir mit ihren Ideen und Ratschlägen sowie ihrer Flexibilität und Offenheit sehr geholfen hat.

Herzlich danke ich auch meinen Korrekturlesern Ewald, Elisabeth und Matthias für die Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit.

Ein Dank geht auch an die befragten Therapeutinnen und Therapeuten, die sich zum Teil sehr um dieses Thema annahmen.

Mein besonderer Dank gilt meiner Familie, insbesondere meinem Partner Ewald und meinem Sohn Loan, die mich stets unterstützt, inspiriert und ermutigt haben. Genauso wie meinen Freunden Elisabeth, Daniela und Katharina, die mir bereits viele Jahre in allen Lebenslagen zur Seite stehen.

Und schließlich danke ich all meinen Studienkolleginnen und Studienkollegen, ganz besonders Rosmarie und Rudolf für die unvergessliche Studienzeit.

KURZZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund

Bewegung und Sport in naturnaher Umgebung wirken sich gesundheitsfördernd auf Körper und Psyche des Menschen aus. Eine Verringerung von Herzfrequenz, Cortisol sowie Blutdruck bestätigt die stresssenkende Wirkung von Bewegungsaktivitäten im Grünen (Ochiai et al, 2015). Kognitive und psychische Anpassungen zeigen sich in Konzentrationsfähigkeit (Rogerson et al., 2016), Stimmung (Barton et al., 2009) und Trainingsmotivation (Calogiuri et al., 2016). Die „grüne Trainingstherapie“ wird vereinzelt im psychotherapeutischen Bereich angewandt, in österreichischen Rehabilitationszentren ist sie jedoch kaum verbreitet.

Fragestellung

Es stellt sich daher die Frage, wie der naturnahe Raum im bewegungs-, sport- und trainingstherapeutischen Rehabilitationsprozess und in Rehabilitationszentren in Österreich genutzt wird. Zentrales Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, einen Einblick in die unterschiedlichen Outdoor-Therapiehandhabungen an den verschiedenen Standorten zu gewinnen. Dabei soll speziell auf die unterschiedlichen Indikationsbereiche (Innere Erkrankungen, Orthopädische Erkrankungen, Neurologische Erkrankungen, Pulmologische Erkrankungen) der Rehabilitationszentren geachtet werden. Von besonderem Interesse ist, wie Bewegungs-, Sport- und Trainingstherapien im Grünen konkret umgesetzt werden, welche Voraussetzungen dafür nötig sind und wo Begrenzungen vorliegen. Dieses Wissen dient als Grundlage zur Entwicklung von Checklisten für eine systematische Umsetzung rehabilitativer Praktiken im Outdoorbereich.

Methode

Zum Gewinn möglichst detaillierter Erfahrungswerte über die therapeutische Außenraumnutzung wurde eine Expert/innenbefragung in ausgewählten Rehabilitationszentren durchgeführt. Kriterium für die Auswahl war die Umsetzung rehabilitativer Maßnahmen im Freien. In der Befragung wurde systematisch mittels Leitfadenstruktur vorgegangen und die erhobenen Rohdaten wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet. Gemeinsamkeiten konnten in Typen gruppiert werden, welche schließlich Aufklärung zum Verhalten der Therapeut/innen und Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich Trainingstherapien im Freien gaben.

Ergebnisse

Der Stellenwert, der der Natur innerhalb einer Institution beigemessen wird, sowie das Interesse der Therapeut/innen nehmen Einfluss darauf, ob Trainingstherapien im Außenraum umgesetzt werden. Vorab definierte therapeutische Ziele stehen im Zentrum der Therapieeinheit. Zur ausgeschöpften Nutzung der Umgebungslandschaft sind Vereinbarungen mit den Grundstücksnachbarn oder der zugehörigen Gemeinde von Vorteil. Besonderer Beliebtheit erfreut sich die Aufschließung von (barrierefreien) Wanderwegen rund um Rehabilitationszentren. Die Finanzierung weiterer Außenanlagen (Volleyballplatz, Hartplatz etc.) muss von der jeweiligen rehabilitativen Einrichtung geklärt werden. Für eine Ermöglichung der Trainingstherapie im Außenraum werden diese Investitionen jedoch nicht vorausgesetzt. Die Anforderungen an die Patient/innensicherheit sind geringfügig zu erweitern (telefonische Erreichbarkeit, Sonnenschutz/Beschattung etc.) und in Form von Sicherheitsbestimmungen festzuhalten. Die Rückmeldungen der Patient/innen zur naturnahen Therapie werden von allen Befragten sehr positiv bewertet. Angesichts der Ergebnisse wird die

Trainingstherapie im Außenraum befürwortet. Damit eröffnet sich eine Diskussion über eine mögliche Anwendung in rehabilitativen Einrichtungen, um sowohl den physischen, als auch den psychischen Genesungsverlauf zu unterstützen.

ABSTRACT

Background

Physical activity and sports in natural environment show beneficial effects on human body and mind. Stress-reducing impacts of physical activity in nature result from a decrease of heart rate, cortisol and blood pressure (Ochiai et al., 2015). Cognitive and psychological outcomes express themselves in an increase of directed attention (Rogerson et al., 2016), mood (Barton et al., 2009) and the intention for future exercise behaviour and motivation (Calogiuri et al., 2016). In Austria, to exercise in a green outdoor environment is - in psychological treatment - occasionally applied, however largely unfamiliar to most physical rehabilitative centers.

Purpose

Hence the main question is, to what degree clinical exercise physiology or sports therapy can be applied in a natural outdoor environment and how do Austrian rehabilitation centers address the issue of "green exercise". The purpose of this thesis is to obtain detailed information about strategies for outdoor exercise physiology in different rehabilitation settings (cardiac rehabilitation, orthopaedic rehabilitation, neurorehabilitation, pulmonary rehabilitation). This includes an analysis of already implemented strategies for "green exercise" as well as their requirements and limitations. The acquired knowledge forms the basis upon which a checklist for a systematic implementation of therapeutic exercise in green outdoors was established.

Methods

Detailed information was determined via expert interviews such as clinical exercise physiologists from selected rehabilitation clinics. The chosen institutions include specific rehabilitation centers known for therapeutic practice in outdoor areas. The questionnaire was systematically conducted as guideline-based interview and data were evaluated via qualitative content analysis according to Mayring (2010). Commonalities were grouped to types in order to provide an insight into therapeutic and rehabilitative patterns in a green environment.

Results/Conclusions

All respondents perceived a positive patient feedback concerning "green exercise". The interviewed institutions and their employees have shown a deep connection to nature and sports. However, do therapeutic units need to focus on the defined therapy goals, no matter which environmental conditions are present. Agreements with owners of adjacent land and lanes such as farmers or concerned municipality could extend the capabilities of physical activity in varied landscapes. Accessible hiking trails around the rehabilitative center enjoy great popularity. The establishment of further outdoor facilities (such as beach volleyball fields or hard courts) must be authorized by rehabilitative centers which provide financing. However, fact is that these investments are not necessary to enable clinical exercise physiology or sports therapy in green outdoors. An important thing to note is that with an implementation of "green exercise", security requirements need to be adjusted and extended (accessibility by phone, sun protection/shading etc.) and documented in security regulations. In conclusion, the findings advocate exercise physiology in green outdoor environment and support the clinical application in order to improve both physical and mental health.

INHALTSVERZEICHNIS

1.	EINLEITUNG	13
1.1	PROBLEMAUFRISS	13
1.2.	HINFÜHRUNG ZUR FRAGESTELLUNG	14
2.	REHABILITATIONSORGANISATION	15
2.1.	DER BEGRIFF „REHABILITATION“	15
2.2.	ORGANISATIONSSTRUKTUR IN ÖSTERREICH	16
2.3.	PHASENMODELL DER REHABILITATION	18
3.	GESUNDHEITSBEZOGENE EINFLÜSSE VON NATURUMGEBENEN RÄUMEN AUF DEN MENSCHEN	19
3.2.	MENSCH UND NATUR	19
3.3.	PHYSIOLOGISCHE EINFLUSSFAKTOREN	23
3.4.	PSYCHOLOGISCHE EINFLUSSFAKTOREN	25
4.	DIE EINBINDUNG VON NATUR IN DIE THERAPIE	29
4.1.	ERLEBNISPÄDAGOGIK UND ERLEBNISTHERAPIE (ADVENTURE THERAPY)	29
4.2.	WILDERNESS THERAPY	30
4.3.	GARTENTHERAPIE (HORTICULTURE THERAPY)	30
4.4.	FRILUFTSLIV	31
4.5.	MEDIZINISCHE REHABILITATION – EIN UNANGETASTETES FELD?	32
5.	QUALITATIVE EXPERT/INNENBEFRAGUNG AUSGEWÄHLTER REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN	35
5.1.	METHODIK	35
5.2.	SAMPLING	35
5.2.1.	HERZ-KREISLAUF-ZENTRUM GROß GERUNGS	36
5.2.2.	AUVA REHABILITATIONSZENTRUM HÄRING	36
5.2.3.	LANDESKLINIKUM MAUER	37
5.2.4.	OPTIMAMed REHABILITATIONSZENTRUM RAXBLICK	38
5.3.	ENTWICKLUNG DES LEITFADENS	38
5.4.	TRANSKRIPTIONSFORM	40
5.5.	BESCHREIBUNG DER ERHEBUNGSSITUATION	41
6.	DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE	43
6.1.	AUSWERTUNGSMETHODIK	43
6.2.	DARSTELLUNG DER DATEN	43
6.3.	ERGEBNISDARSTELLUNG	51
7.	TRAININGSTHERAPIE IN DEN GRÜNRÄUMEN DER REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN	55
7.1.	CHECKLISTE FÜR DIE UMSETZUNG VON TRAININGSTHERAPIEN IM GRÜNEN	59
7.1.1.	BEWUSSTSEINSBILDUNG UND KNOW-HOW	59
7.1.2.	INTERESSE SEITENS DER INSTITUTION	60
7.1.3.	INTERESSE SEITENS DER THERAPEUT/INNEN	62
7.1.4.	LANDSCHAFTLICHE EIGNUNG UND KOOPERATIONSBEREITES UMFELD	64
7.1.5.	THERAPIEZIEL BEWAHREN	67
7.1.6.	MATERIALAUSLESE	68
7.1.7.	SICHERHEITSBESTIMMUNGEN UND -MASSNAHMEN	70
7.2.	LIMITATIONEN	71
7.3.	INDIKATIONSBEREICHE IM VERGLEICH	73
7.4.	PLANUNG, ENTWICKLUNG UND FINANZIERUNG	74
8.	ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION	75
9.	LITERATURVERZEICHNIS	79
10.	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	83
	ANHANG	85
	ERKLÄRUNG	131

1. EINLEITUNG

1.1 PROBLEMAUFRISS

Nach Wilsons Biophilie-Hypothese ist der Mensch ein Teil der Natur und die Funktionsfähigkeit des menschlichen Organismus ist in dieser Verbindung begründet (Wilson, 1994, S. 362). Auch in der Gesundheitsprävention und -behandlung konkurriert der technische Wachstum von heute mit dem Naturgedanken von damals. Trotz der enormen medizinischen Bereicherung durch den technischen Fortschritt, werden alternativmedizinische und naturheilkundliche Behandlungen und Methoden wieder groß geschrieben. In der Gesellschaft zeigen sich wiederholt Bewegungen, die an den natürlichen Ressourcen der Erde festhalten, wie etwa biologische Anbau- und Ernährungsweisen sowie die Förderung von Regionalität und Nachhaltigkeit. Krcmarova zufolge (2009, S. 5) sind die Bewegungen hin zur Natürlichkeit und Nachhaltigkeit durch die zunehmenden Folgen der globalen Erwärmung gewachsen oder in der Naturverbundenheit eines Menschen verankert. Die Naturverbundenheit einer Person nimmt zudem auch Einfluss auf das Bewegungs- und Freizeitverhalten und die Auswahl der Umgebung für Erholungszwecke (Calogiuri et al. 2016, S. 101ff).

Forscher/innen wie Wilson, Ulrich, Park, Li, Gladwell, Rogerson, Wooller, Pretty und Calogiuri untersuchten die Einflüsse von körperlicher Aktivität an naturumgebenen Plätzen wie Wäldern oder Wiesen auf den Menschen. Dabei war eine Verringerung der Herzfrequenz, des Cortisols im Blut sowie des Blutdrucks festzustellen, wonach der grünen Umgebung eine stresssenkende Wirkung zugeschrieben werden kann (Ochiai, 2015, S. 15226f). Im Gehirn wurde eine Reduktion der totalen Hämoglobinkonzentration beobachtet, was die entspannende Wirkung von Waldspaziergängen bestätigt (Park, 2003, 126). Zudem sank die Adrenalin-, Noradrenalin- und Dopaminkonzentration in Urin, wenn sich die Proband/innen im Grünen aufhielten (Li, 2011, S. 2848).

Bewegung in naturnaher Umgebung verbessert vor allem auch die Ergebnisse kognitiver, psychischer und mentaler Vorgänge wie Konzentrationsfähigkeit, Stimmung und Trainingsmotivation (Calogiuri, 2013, S. 30; 2015, S. 360ff). Auch die soziale Interaktionszeit ist im Grünen höher als in Räumlichkeiten (Rogerson et al., 2016, S.10). Negative Stimmungen wie Ärger, Depression und Anspannung werden durch Aufenthalte in Parks gemindert, während bestärkende Persönlichkeitsentwicklungen gefördert sowie das Selbstbewusstsein gesteigert werden (Barton, 2009, S. 272). Auch der Ausblick in eine grüne Landschaft wirkt sich positiv auf den Genesungszustand der physisch oder psychisch erkrankten Person aus (Frumkin, 2001, S. 237).

1.2 HINFÜHRUNG ZUR FRAGESTELLUNG

In Österreich befinden sich stationäre Rehabilitationszentren fast ausschließlich in unmittelbarer Nähe zu Wiesen, Wäldern oder Bergen. Für bewegungs-, sport- und trainingstherapeutische Einheiten stehen Bewegungsräume, Kraftkammern oder Sporthallen zur Verfügung. Für die Gangschulung werden häufig die langen Gänge der rehabilitativen Einrichtungen genutzt. Ausdauerspezifisches Training für Patient/innen mit Herz-Kreislauf-Leiden findet bereits weitgehend im Freien statt. Im Gegensatz dazu beschränken sich trainingstherapeutische Einheiten mit anderen Schwerpunkten wie Krafttraining, Gangschulung, Propriozeptions- oder Beweglichkeitstraining zumeist auf Innenräume. In den rehabilitativen Einrichtungen AUVA Häring, LK Mauer, Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs und im Rehabilitationszentrum Raxblick werden jedoch auch diese therapeutischen Inhalte erfolgreich im Freien umgesetzt.

Im Zentrum dieser Arbeit steht die Frage, wie der naturnahe Raum im bewegungs-, sport- und trainingstherapeutischen Rehabilitationsprozess und in Rehabilitationszentren genutzt wird. Dabei sollen die unterschiedlichen Outdoor-Therapiehandhabungen an den verschiedenen Standorten miteinander verglichen werden, mit besonderer Rücksicht auf die Indikationsbereiche der Rehabilitationszentren. Demnach werden bei neurologisch, kardiologisch, pulmologisch, orthopädisch und psychisch erkrankten Patient/innen unterschiedliche Therapiemaßnahmen im Außenraum angewandt.

Von besonderem Interesse ist, wie „grüne“ Trainingstherapien an den Rehabilitationszentren konkret umgesetzt werden und welche Anforderungen an die rehabilitativen Einrichtungen entstehen. Dabei handelt es sich um Sicherheitsbedingungen, Anschaffungen, Grundstücksgegebenheiten und die Frage nach der Finanzierbarkeit.

Schließlich stellt sich die Frage nach dem Sport- und Naturbezug von Therapeut/innen, die naturnahe Therapiemaßnahmen ausführen und wie die Trainingstherapie im Grünen an Rehabilitationszentren angenommen wird.

2. REHABILITATIONSORGANISATION

2.1. DER BEGRIFF „REHABILITATION“

Das Wort “Rehabilitation” leitet sich von dem Wort “Wiederherstellung” ab und meint damit, den Menschen nach einer körperlichen oder geistigen Einschränkung wieder in sein berufliches und soziales Leben zurückzubringen.

Die WHO definiert den Begriff der Rehabilitation wie folgt:

Rehabilitation includes all measures aimed at reducing the impact of disabling and handicapping conditions, and at enabling the disabled and handicapped achieve sozial integration. (WHO, 1982, S. 9)

Die WHO bezieht in der Definition auch das soziale Umfeld und die Angehörigen der/des Betroffenen während des Rehabilitationsprozesses mit ein, um damit eine verbesserte soziale Integration zu gewährleisten (WHO, 1981, S. 9).

In Verbindung mit den Sozialversicherungen wird in der Begriffserläuterung oft die Wiederherstellung der Berufsfähigkeit und selbständige Handlungsfähigkeit betont. Die Rehabilitation soll „Patienten und Patientinnen wieder in die Lage versetzen, möglichst ohne fremde Hilfe ein eigenständiges Leben zu führen, einen Beruf auszuüben oder eine Ausbildung absolvieren zu können“ (Hofmarcher, 2013, S. 213).

Ein Rehabilitationsbelangen ist durch drei Voraussetzungen gekennzeichnet:

- *Rehabilitationsbedürftigkeit:* Patient/innen unterliegen „drohenden oder bereits manifestierten Beeinträchtigungen, wodurch über die kurative Versorgung hinaus ein Maßnahmenpaket erforderlich ist, um Fähigkeitsstörungen oder Beeinträchtigungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu verbessern oder eine Verschlechterung hintanzuhalten“ (ebd., 2013, S. 213).
- *Rehabilitationsfähigkeit:* Patient/innen sind in der psychischen Verfassung, an dem Rehabilitationsprogramm teilzunehmen. Dies schließt die notwendige Motivation und Belastbarkeit dieser Person mit ein (ebd., 2013, S. 213).
- *Rehabilitationsprognose:* Die Entwicklung des erwarteten Rehabilitationsziels wird geprüft (ebd., 2013, S. 213).

2.2. ORGANISATIONSSTRUKTUR IN ÖSTERREICH

Die Rehabilitationsleistungen sind dem österreichischen Gesundheitssystem angepasst. Obwohl das Gesundheitswesen grundsätzlich in der Kompetenz des Bundes liegt, sind die Bundesländer für den stationären Bereich wie Krankenanstalten verantwortlich (Hofmarcher, 2013, S. 8). Das Gesundheitswesen auf Länderebene basiert auf der Zusammenarbeit der Länder mit den Sozialversicherungen, unterstützt von den Landesgesundheitsfonds, welche die Finanzmittel von Bund, Ländern und Sozialversicherungen vereinen (ebd., S. 41).

Die österreichische Sozialversicherung ist in Selbstverwaltung organisiert und gliedert sich grundsätzlich in die Bereiche *Krankenversicherung*, *Pensionsversicherung* und *Unfallversicherung* (Hofmarcher, 2013, S. 42f). Die Krankenversicherung teilt sich nach Ländern bzw. Betrieben und Berufsgruppen auf, wonach es neun Gebiets- bzw. sechs Betriebskrankenkassen und vier Krankenkassen für Selbständige, Bäuerinnen und Bauern, Eisenbahn- und Bergbauarbeiter/innen und öffentlich Bedienstete gibt. Alle Sozialversicherungen gehören dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger an, welcher als Dachorganisation wirkt (siehe Abbildung 1).

Hauptverband der Sozialversicherungsträger			
Pensionsversicherung	Krankenversicherung		Unfallversicherung
Pensions- versicherungsanstalt	9 Gebiets- krankenkassen	6 Betriebs- krankenkassen	Allgemeine Unfall- versicherungsanstalt
Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft			
Sozialversicherungsanstalt der Bauern			
Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau			
Versicherungsanstalt des österreichischen Notariats	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter		

Abbildung 1: Organisationsstruktur der Sozialversicherung (Hofmarcher, 2013, S. 43)

Je nach Rehabilitationsbelangen und beruflicher Situation des/der Antragstellers/in liegt die Zuständigkeit für die Betreuung des/der Patienten/in bei den jeweiligen Versicherungsträgern und wird wie folgt aufgeteilt:

Die *Unfallversicherungsträger* treffen Vorsorge für die Rehabilitation, wenn der Grund für die Beeinträchtigung ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit ist.

Die *Pensionsversicherungsträger* führen Maßnahmen der Rehabilitation durch, wenn die Beeinträchtigung ohne die Gewährung von Leistungen der Rehabilitation voraussichtlich zur Invalidität, zur Berufsunfähigkeit oder zur Erwerbsunfähigkeit führen würde oder bereits dazu geführt hat.

Die *Krankenversicherungsträger* führen Maßnahmen der Rehabilitation in ergänzender Zuständigkeit durch. Damit soll auch für die stationäre medizinische Rehabilitation der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen und der Pensionisten gesorgt werden.

(Hauptverband der österreichischen Sozialversicherung, 2017, S.107f)

Die Errichtung und Führung der Krankenanstalten und Rehabilitationszentren unterliegen somit den zuständigen Versicherungsträgern, wodurch die Versicherungsträger mehrere Einrichtungen mit verschiedenen Indikationsbereichen innehaben. Dazu kommen Vertragspartnereinrichtungen, die einem privatwirtschaftlichen Unternehmen angehören, wie z.B. „OptimaMed Gesundheitseinrichtungen GmbH“ oder „Lebens.med Gesundheitszentren GmbH“. In den Rehabilitationszentren dieser Unternehmen werden Patient/innen verschiedener Versicherungsträger behandelt. Zudem gibt es auch Rehabilitationseinrichtungen, die einen Rehabilitationsaufenthalt mit privater Finanzierung ermöglichen (OptimaMed Rehabilitationszentrum Raxblick GmbH, 2019, Zugriff am 17. Jänner 2019 unter http://www.raxblick.at/angebote/private_rehabilitation.html).

Laut „Gesundheit Österreich GmbH“ gibt es in Österreich derzeit 121 fertig gestellte oder im Bau befindliche Rehabilitationseinrichtungen, wovon 85 stationär und 36 ambulant organisiert sind (Gesundheit Österreich GmbH, 2017, Zugriff am 17. Jänner 2019 unter <https://rehakompass.goeg.at/#/einrichtungen>).

2.3. PHASENMODELL DER REHABILITATION

Um den Patient/innen während des Rehabilitationsverlaufs die geeignetste Behandlung zu gewährleisten, wird der Rehabilitationsprozess in vier Phasen unterteilt. Die Einteilung der Phasen erfolgt nach den Definitionen der WHO und die Zugehörigkeit wird nach der ICF beurteilt (Gyimesi et al., 2016, S. 12).

Phase 1 ist die Frühmobilisation und geht noch im Akutkrankenhaus vonstatten. Sie wird deshalb auch als *Akutrehabilitation* bezeichnet und umfasst physikalische Therapiemaßnahmen.

Phase 2 verlangt ausreichende Stabilität der Patient/innen, um die Anwendung rehabilitativer Therapien im Ausmaß von zwei bis drei Stunden täglich absolvieren zu können. Sie findet im Anschluss an die Akutbehandlung in dafür vorgesehenen *stationären* oder ambulanten Rehabilitationszentren statt.

Phase 3 dient dem Erhalt der Anpassungen aus der Phase 2 und soll zum langfristig gesunden Lebensstil beitragen. Diese Phase erfolgt nur *ambulant*.

Phase 4 ist die langfristige ambulante Nachsorge ohne ärztlicher Aufsicht und in selbständiger Organisation und Verantwortung durchzuführen. Hier ist auch der Begriff *Langzeitrehabilitation* bekannt (Gyimesi et al., 2016, S. 12f).

Das Phasenmodell der Neurorehabilitation wird in fünf Phasen (Phase A-E) eingeteilt und unterscheidet sich durch einen fließenden Phasenübergang vom obigen Phasenmodell (Gyimesi et al., 2016, S. 13f).

3. GESUNDHEITSBEZOGENE EINFLÜSSE VON NATURUMGEBENEN RÄUMEN AUF DEN MENSCHEN

3.1. MENSCH und Natur

„Nature is part of us, as we are part of Nature.“ (Wilson, 1994, S. 362)

Der Biologe und Ameisenforscher Wilson setzt sich in seiner Forschung intensiv mit der menschlichen Beziehung zur Natur oder deren Lebewesen auseinander, wodurch die Biophilie-Hypothese entstand. Die Interaktion zwischen Mensch und Natur erklärt er durch in der Psyche verankerte Mechanismen, die auch heute noch durch die evolutionäre Vergangenheit geprägt sind. Wilson ist demnach der Meinung, dass der Bezug zur Natur in gewissem Maße angeboren und für unsere Spezies evolutionär vorbestimmt sei. Des Forschers Ansicht nach ist der Mensch ein Teil der Umwelt und nur durch die Symbiose mit dieser kann er seine geistige Bandbreite zur Gänze ausschöpfen. Den hohen Stellenwert des Kontaktes zu anderen Lebewesen erklärt sich dieser durch die psychologische und ethnische Herkunft des Menschen und dessen Biosphäre. Das der Biophilie-Hypothese zugrundeliegende Bestreben entstand aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen von Wilsons Forschungsarbeit, die seine Bedenken zur zukünftigen ökologischen Entwicklung miteinschließen. Die Biophilie-Hypothese vermittelt die Bedeutsamkeit der Natur für die Gesundheit des Menschen, gleichermaßen wie der Mensch für die Gesundheit der Natur verantwortlich ist. So beschreibt Krcmarova Wilsons Ansichten wie folgt:

Wilson set the history of humankind to the story of evolution of life on Earth and extracted from it consequences for the current state of natural systems and for the crisis of humankind's relationship with them. Wilson's historical evolutionary perspective, his captivation with the complex relationship between human society and nature as well as his desire to apply the biophilia hypothesis to nature conversation allow us to put the biophilia concept in a new historical field - environmental history. (Krcmarova, 2009, S. 5)

Viele Methoden aus der Psychologie setzen ihren Fokus auf die Umgebung und die Natur. Besonders wirksam erscheint eine Kombination von Stressmanagementstrategien,

Copingprozessen, Achtsamkeits- und Entspannungstraining sowie anderen Symptomanagementmaßnahmen mit der Natur als Therapieplatz (von Lindern et al., 2016, S. 189). Hinzu kommt, dass der Einfluss von Psyche und Sozialem weitgehend mehr in den salutogenetischen Prozess miteinbezogen wird, wie das Biopsychosoziale Modell von Engel (1977, S. 132 ff) belegt.

Neben Studien zur Qualität von Luft, zur Stressreduktion durch Naturnähe und zu sozialen Einflüssen der Natur auf die Gesundheit des Individuums stellt die körperliche Aktivität unter naturnahen Konditionen ein großes Kapitel in der „grünen“ Forschung dar.

Bei der Funktion von grüner Umgebung „als Stimmungsaufheller“ ist immer zu beurteilen, welche Affinität die Person selbst zum Austausch mit der Natur mitbringt. So wurde beispielsweise die „Connectedness to Nature Scale“ entwickelt, um die jeweilige Naturverbundenheit des/der Einzelnen zu beurteilen. Wird den Kindern von heute weniger Zugang zur Natur verschafft, so sinkt auch die Wahrscheinlichkeit, dass diese in ihrer Elternrolle den Zugang zur Natur weitergeben. Hartig et al. (2014, S. 209f) sehen die zunehmende Urbanisierung, die Degradierung der Umwelt und die zunehmende Tendenz an Lebensstilveränderungen als Ursachen für eine mögliche Entfremdung zur Natur. Durch die steigende Verstädterung müssen weitere Distanzen aufgenommen werden, um ins Grüne zu gelangen, was für naturentferntere Generationen durchaus eine Barriere sein kann, so Gladwell (2013, S. 4).

Eine Studie von Fischerlehner (1993, S. 152ff) zeigt, dass Kinder und Jugendliche im Alter von neun bis dreizehn Jahren die Natur bereits als Ort der Ruhe und Erholung sowie als Rückzugsort sehen. Im Wesentlichen aber stellen die Natur und deren Inhalte einen Spielplatz dar, dessen Erfahrungslernen große Bedeutung für die kognitive und kreative Entwicklung sowie für die autonome Handlungsfähigkeit haben. So setzen sich Kinder und Jugendliche, die am Land leben, vermehrt mit Wachstums- und Reifungsprozessen (wie z. B. Reifungsstadien von Obst und Gemüse oder Entwicklungsstadien junger Tiere) sowie Leben und Tod auseinander. Im Vergleich dazu verbinden Stadtkinder Wachstums- und Entwicklungszusammenhänge oft mit Umweltzerstörung, so Fischerlehner (1993, S. 157): „Die Kinder kennen die Regelkreise, Entwicklungs- und Wachstumsvorgänge zwar, doch in einer ‚unzerstörten Form‘ können sie sie nicht oder kaum mehr in ihrer unmittelbaren Umgebung erleben.“ Ein Unterschied hinsichtlich dem Ausmaß der beschriebenen Sinnesempfindungen zeigt sich ebenfalls zwischen Stadt- und Landkindern. Demnach können bei 56% der Landkinder und bei nur 22% der Stadtkinder Geräusch- und Gefühlsbeschreibungen wie „mit nackten Füßen in das feuchte Gras zu steigen“ oder Empfindungen des Tastsinns wie „das samtartige Gefühl von Blütenblättern“ vernommen

werden. Die intensive Naturerfahrung kann zum Verstehen und Wertschätzen der Natur- und Umweltsituation beitragen und zu einer selbständigen Handlungsweise in diesen Belangen helfen. „Erleben von Natur kann Orientierung bieten und eine Hilfe für das Erkennen des eigenen Standpunktes im System der Welt sein.“ (Fischerlehner et al. 1993, S. 175).

Interessant scheint auch der Einfluss, den unterschiedliche Landschaften auf den Menschen haben. Ein langjähriger Forscher auf diesem Gebiet ist Ulrich (1981, S. 548), der besonders bei Landschaften mit Gewässern verbesserte psychologische, als auch physiologische Veränderungen feststellte. Frumkin (2001, S. 237) verglich kulturübergreifende Studien und kommt speziell zu der Erkenntnis, dass savannen-ähnliche Landschaften mit Erhebungen und Weitblick, weichem Gras, vereinzelter Bäumen oder Gruppen von Bäumen und Wasser die beliebteste Umgebungslandschaft der Menschen ist. Gründe dafür sind das Gefühl von Geborgenheit, Sicherheit und Entspannung beim Anblick dieser überschaubaren, aber doch abwechslungsreichen Landschaft (Ulrich, 1993, S. 118). Dies bestätigt auch Wilson, der seine Theorie evolutionsbedingt ableitet:

First, the savanna by itself, with nothing more added, offered an abundance of animal and plant food to which the omnivorous hominids were well adapted, as well as the clear view needed to detect animals and rival bands at long distances. Second, some topographic relief was desirable. Cliffs, hillocks, and ridges were the vantage points from which to make a still more distant surveillance, while their overhangs and caves served as natural shelters at night. During longer marches, the scattered clumps of trees provided auxiliary retreats sheltering bodies of drinking water. Finally, lakes and rivers offered fish, mollusks, and new kinds of edible plants. Because few natural enemies of man can cross deep water, the shore lines became natural perimeters of defense. Put these three elements together: it seems that whenever people are given a free choice, they move to open tree-studded land on prominences overlooking water. (Wilson, 1984, S. 110)

Von Lindern (2013, S. 93) fand beispielsweise heraus, dass nicht jede Umgebung für jeden Menschen das gleiche Wohl mit sich bringt. Demnach geben die Einflüsse des Waldes den Waldarbeiter/innen weniger Erholung, nicht etwa wegen mangelndem Interesse oder mangelnder Vertrautheit, sondern weil der Wald für die Arbeiter keine Differenzierung zum Arbeitsplatz und somit auch keine Erholung darstellt. Als Motivationsantrieb kann die grüne Umgebung sehr viel bewirken, so Gladwell (2013, S. 2), jedoch sind soziale oder freizeitunterhaltende Faktoren größere Anreize für körperliche Aktivität als der Nutzen für die Gesundheit. Auch wird berichtet, dass die wahrgenommene Anstrengung von Übungen bzw. Trainingseinheiten in der Natur geringer ausfällt, was dazu führen kann, dass die Intensität der Trainingseinheit steigt und sie dennoch angenehmer empfunden wird.

Welchen therapeutischen Wirkungsgrad die Natur in klinischen Settings haben kann, fasst Frumkin (2001, S. 237) über mehrere Studien zusammen, darunter solche mit Gefängnisinsassen, deren Depressionsauftreten um 24% höher war als bei jenen Insassen, denen ein Ausblick auf das hügelige Ackerland gewährt wurde. Demnach profitierten auch die Wärter/innen in dieser Studie, indem sie eine geringe Anfälligkeit für Kopfschmerzen angaben. Eine ähnliche Studie befasst sich mit den Auswirkungen des Ausblicks aus dem Krankenzimmer auf den Genesungsfortschritt von Patient/innen nach einer Cholezystektomie-Operation. Der Ausblick aus dem Fenster unterschied sich zwischen belaubten Bäumen und einer braunen Wand. Zu den Resultaten zählte man im ersten Fall eine statistisch signifikant kürzere Aufenthaltsdauer und geringeren Bedarf an Schmerzmittelmedikation. Auch in einer Zahnarztpraxis konnten anhand Blutdruckveränderungen und dem Angstverhalten ähnliche Ergebnisse aufgezeichnet werden.

Nicht nur der Einfluss von Pflanzen wirkt sich gewinnbringend auf die Gesundheit des Menschen aus. Bei einer Studie, in der 6000 kardiovaskulär-erkrankte Menschen untersucht wurden, erzielten speziell jene verbesserte Blutwerte (Blutdruck, Cholesterin, Triglyzeride), welche Haustierbesitzer/innen waren. In einer anderen Studie zeigten Haustierbesitzer/innen eine geringere Anzahl an Arztbesuchen und gaben an, dass sie weniger zu Stress tendieren, wenn ihr Haustier anwesend sei.

3.2. PHYSIOLOGISCHE EINFLUSSFAKTOREN

Die gewinnbringenden Effekte von Bewegung und Sport im Grünen werden anhand der Physiologie des menschlichen Körpers zahlreich deutlich. Insbesondere dienen dazu Parameter wie Blutdruck, Herzfrequenz, Herzfrequenzvariabilität, Cortisol und Gehirnaktivität sowie Hormonkonzentrationen.

Die Waldumgebung wirkt sich besonders positiv auf die physische Gesundheit des Menschen aus. In Japan werden Waldspaziergänge nicht nur zum Freizeitvergnügen betrieben. Auch aus therapeutischen Gründen wird dem sogenannten „Waldbaden oder Shinrin-yoku“ nachgegangen. Park (2007, S. 123) definiert Shinrin-yoku als „making contact with nature and taking in the atmosphere of the forest“.

All human physiological functions have evolved in and adapted to the natural environment. Thus, it can be thought that the physiological functions of the human are made for the forest. (ebd., 2007, S. 123)

Park (2007, S. 126) lies seine Proband/innen zwanzigminütige Spaziergänge im Wald machen, die Kontrollgruppe spazierte in einem Stadtteil von Tokio. Ebenso lies er die Gruppen jeweils an den genannten Orten für 20 Minuten sitzen und die Wald- bzw. die Stadtlandschaft beobachten, denn auch das Beobachten der Waldlandschaft im Zustand körperlicher Ruhe stellt einen Grundbaustein des Shinrin-yoku dar. Am darauf folgenden Tag wechselten die Gruppen ihre Aufträge.

Zur Veranschaulichung der Gehirnaktivität wurde die totale Hämoglobinkonzentration (tHb) der linken präfrontalen Gehirnhälfte gemessen. Die tHb-Werte waren bei den Proband/innen mit Waldaufenthalt signifikant niedriger als bei jenen, die sich in der Stadt aufhielten. Daraus resultiert, dass ein Waldaufenthalt einen geringeren Sauerstofftransport zum präfrontalen Cortex mit sich zieht, was eine verringerte Gehirnaktivität zur Folge hat und somit die entspannende Wirkung von Shinrin-yoku belegt. Ein ähnliches Ergebnis zeigte auch die Cortisolkonzentration unter Einfluss der beiden unterschiedlichen Settings. Das Cortisol wies nach dem Waldaufenthalt eine signifikant geringere Konzentration im Blut auf als nach dem Aufenthalt in der Stadt, was wiederum auf die stresssenkende Wirkung von Shinrin-yoku schließen lässt.

Selbst am Morgen vor dem jeweiligen Aufenthalt wiesen jene Gruppen, die auf den Wald eingestellt waren, geringere tHb- sowie geringere Cortisolwerte auf als die Gruppen mit Stadtbesuchen. Es wird vermutet, dass bereits die Einstellung auf das Waldsetting beruhigend auf den Menschen wirkt.

Ochiai (2015, S. 15226f) untersuchte die Wirkungen vom sogenannten „Waldbaden“ auf den Blutdruck unter Berücksichtigung von Herzfrequenz und Cortisol. Bei allen Proband/innen war nach einem Waldspaziergang eine verringerte Herzfrequenz festzustellen. Der Cortisolgehalt reduzierte sich speziell bei den Teilnehmer/innen, deren BMI unter 25 lag, bei den Menschen mit einem BMI über 25 war ein leichter Anstieg des Cortisollevels zu sehen. Die Forscherin schließt daraus, dass die „Waldtherapie“ bei Blutdruckpatient/innen sowie bei Gesunden zu einer Normalisierung des Stresslevels führt (ebd., 2015, S. 15229).

Eine weitere Studie zur gesundheitsfördernden Wirkung von Bewegung im Wald untersuchte vorrangig kardiovaskuläre und metabolische Parameter. Li (2011, S. 2848) fand hier bei den „Waldgehern“ verglichen zur Stadtgruppe eine signifikante Blutdrucksenkung. Bei der Waldgruppe zeigte sich auch eine deutliche Senkung der Adrenalin-, Noradrenalin- und Dopaminkonzentration im Urin. Im Gegensatz dazu konnte bei der Stadtgruppe im Urin nur eine Dopaminsenkung nachgewiesen werden. Dazu kam eine signifikante Adiponectin-Senkung, welche die Insulinsensibilität beeinflusst und antiatherosklerotisch wirkt. Das DHEA-S Level stieg bei den Waldbesuchen ebenfalls signifikant an, während es auf die Stadtgruppe keinen Einfluss hatte. Diesem Prohormon, das zu den Steroidhormonen zählt, wird eine anti-depressive Wirkung nachgesagt (Hahner, 2011, S. 41). Zudem kommt eine kardioprotektive, anti-adipöse und anti-diabetische Wirkung (Björnerem et al., 2004 zit.n. Li, 2011, S. 2851).

Die Blutanalysen zeigten auch, dass ein Tag im Wald einem Anstieg der natürlichen Killerzellen um etwa 40% mit sich bringt. Bei manchen Teilnehmer/innen war dieser Anstieg noch bis zu 30 Tage nach dem Waldaufenthalt messbar.

Pretty (2005, S. 326f) zeigte seinen Proband/innen während des Trainings landschaftliche sowie urbane Bilder und untersuchte deren Auswirkungen auf den Blutdruck. Im durchschnittlichen und im systolischen Blutdruck fand er bei den landschaftlichen Bildern jeweils eine signifikante Senkung, während bei den Bildern der bebauten Flächen nur ein leichter Abfall oder sogar (bei sehr „unfreundlichen“ Bildern) ein Anstieg im Blutdruck zu sehen war. Pretty stellte auch eine Kontrollgruppe zusammen, welche während des Trainings keine Bilder zu Gesicht bekam. Der Trainingseffekt wirkte sich zwar ebenso gewinnbringend auf Blutdruck und Selbstwirksamkeit aus, jedoch konnten alle anderen Abbildungen, ob „freundlich“ oder „unfreundlich“ bzw. ländlich oder städtisch, eine größere Blutdrucksenkung erzielen, als dies ohne Bilder möglich war.

Calogiuri (2013, S. 279) untersuchte Unterschiede im Vitamin D-Level (25-OH-D) und der Cortisolkonzentration bei einer Indoor-Trainingsgruppe und einer Outdoor-Trainingsgruppe. Ausgehend vom Anfangswert stieg die 25-OH-D Konzentration der Outdoor-Trainingsgruppe nach der Sporteinheit im Freien an, während sich bei der Indoorgruppe, verglichen mit dem Ausgangswert, ein Abfall des Vitamin D-Levels zeigte. Auch das Cortisol im Urin war bei den Outdoor-Sportler/innen im Vergleich zur Indoorgruppe deutlich niedriger (Calogiuri, 2013, S. 42).

Gladwell (2016, S. 5) zeigte die Auswirkungen von einem Mittagsspaziergang im Grünen auf die Herzfrequenzvariabilität (HRV) während des Schlafens, um in weiterer Folge auf den Einfluss von Naturspaziergängen auf die Entspannungsfähigkeit des autonomen Nervensystems zu schließen. Die nächtliche HRV der Proband/innen war nach Gladwells „grünem Spaziergang“ signifikant höher als bei jenen Proband/innen, die im bebauten Gelände spazierten. Auch die noch spezifischeren HRV-Parameter rMSSD und SD1 zeigten signifikant höhere Werte beim „grünen Spaziergang“, was eine vermehrte parasympathische Aktivität und somit eine verbesserte Regenerationsfähigkeit während der Nacht deutlich macht.

Sichtlich mehr erforscht sind die Einflüsse von Bewegung und Sport im Grünen auf die psychische Gesundheit des Menschen.

3.3. PSYCHOLOGISCHE EINFLUSSFAKTOREN

Die Natur ist für den Menschen oft Ausgleichs- und Erholungsort, um verbrauchte Energiereserven wieder aufzutanken, Ruhe und Rückzug zu finden oder seinem Körper etwas Gutes zu tun. Der grüne Raum liefert dem menschlichen Individuum oft eine Bedürfnisbefriedigung, die ihm im Alltag fehlt. Kaplan (1989, S. 177) definierte mit dem Begriff „Restorative Environment“ eine erholsame und wohltuende Umgebung, welche einen „Ausbuch“ aus stressigen und eintönigen Alltagssituationen schafft. Er war der erste, der die Theorie der Aufmerksamkeitslenkung in einen Zusammenhang mit der Natur brachte (Kaplan, 1995, S. 174). Wenn er von der „erholsamen Umwelt“ spricht, so setzt sich diese aus vier Komponenten zusammen:

- Dem *Wegsein* vom Alltag, wofür Naturräume oftmals als Zufluchtsort für Entspannung und Freizeitverhalten gelten.
- Die Umgebung übt eine gewisse *Faszination* auf den Menschen aus, ohne damit dessen gesamte Aufmerksamkeit zu erfordern.

- Naturräume bringen einen *Umfang* an Vielfalt mit sich, obgleich es nicht die räumliche Ausdehnung ist, die diese Weite ausmacht.
- Als letzte und vierte Komponente spricht Kaplan von der *Vereinbarkeit* (sei es mit sich selbst oder mit der Umwelt), die viele Menschen in der Natur verstärkt wahrnehmen.

Aus seinen Erkenntnissen und vorangegangenen Studien zu Umgebungen und Informationsverarbeitungen leitete Kaplan die „Attention Restoration Theory“ ab. Sie besagt, dass in Folge eines Aufenthalts in der Natur eine verbesserte Aufmerksamkeit des Individuums besteht (Ohly, 2016, S. 306). Das gesteigerte Konzentrationsvermögen durch Sport im Grünen lässt sich anhand der „Perceived Restorativeness Scale“ erheben. Sie drückt die Faszination und das „Frei-Sein“ des Kopfes mit verschiedenen „Items“ aus (Kaplan, 1995, S. 175).

Viele Studien aus dem Bereich des „Public Health“ oder der „Environmental Sciences“ lehnen an Kaplans „Attention Restoration Theory“ an, darunter Calogiuri et al. (2016, S. 101ff), welche sich in ihrer Studie speziell für die Reduktion von Stress am Arbeitsplatz interessierte. Mit der „Perceived Restorativeness Scale“ wurde erhoben, wie die Umwelt von den Proband/innen wahrgenommen wurde und wie sich diese auf die Entspannungsfähigkeit der Proband/innen auswirkte. Die „Physical Activity Affect Scale“ (PAAS) misst typische Emotionen (z.B. ruhig, energiegeladen, müde oder mürrisch) die im Zusammenhang mit dem Bewegungsverhalten auftreten. Ebenso wurde die „Connectedness to Nature Scale“ (CNS) zur Messung der Naturverbundenheit angewandt und eine Befragung zum Freizeitverhalten durchgeführt. Die Proband/innen wurden aus zwei unterschiedlichen Unternehmen herangezogen und in eine Indoor- und eine Outdoorgruppe unterteilt, welche jeweils dasselbe Trainingsprogramm durchliefen. Die Auswertung der Fragebogenerhebung ergab, dass die Proband/innen in ihrer körperlichen Aktivität sehr unterschiedlich verteilt waren. Hinsichtlich der PAAS konnten in der Outdoorgruppe deutlich mehr positive Affekte gemessen werden als in der Indoorgruppe. Die Naturgruppe intendiert vermehrt zur Weiterführung der Sportart (Radfahren im Grünen) als die Laborgruppe (Radfahren am Ergometer).

Calogiuri et al. (2013, S. 30, 2015, S. 360ff) beschäftigten sich auch in früheren Studien mit dem potentiellen Einsatz von Training in der Natur. Es wurde die „Physical Activity Affective Scale“ (PAAS) zur Untersuchung einer affektiven Veränderung im Trainingsverhalten erhoben. Dazu kamen eine Skala, die die Intention, auch zukünftig sportlich aktiv sein zu wollen, beschreibt, sowie eine Skala zur Naturverbundenheit der Proband/innen. Und schließlich der „Godin's Leisure Time Exercise Questionnaire“ (LTEQ)

zur Erhebung des bewegungsbezogenen Freizeitverhaltens. Die Teilnehmer/innen bekamen über zehn Wochen ein 25-minütiges Ausdauertraining am Fahrrad und ein 20-minütiges Krafttraining mit Therabändern zugeteilt, wobei es eine Indoor- und eine Outdoorgruppe gab. Die Ergebnisse zeigten bei der Natur-Gruppe vermehrt positive Stimmung sowie eine gesteigerte Intention, auch zukünftig sportlich aktiv zu sein. Auch der LTEQ spricht für die Natur-Gruppe. In der qualitativen Befragung befürworteten die Proband/innen das Naturumfeld, wenn es um Bereiche wie Vergnügen/Genuss, Motivation und Vereinbarkeit mit dem Training ging.

Ebenso zu den Forschern/innen der sogenannten „green exercise“ zählen Rogerson et al. (2016, S.6 ff), die sich in ihrer Studie sowohl mit psychologischen, als auch mit sozialen Einflüssen des „grünen“ Trainings auf die Gesundheit des Menschen beschäftigten. In Anlehnung an Kaplans Theorie testeten sie die Konzentrationsfähigkeit mit Zahlenreihentests. Nach erfolgreichem Fahrradfahren im Grünen hatte die Outdoorgruppe signifikant bessere Ergebnisse bei den Zahlenreihentests als die Gruppe, die im Labor radelte. Um soziale Einflüsse von Naturlandschaften während eines Fahrrad- bzw. Ergometertrainings zu erheben, traten die Proband/innen in Zweiergruppen an und es wurde jeweils die Zeit gemessen, in der soziale Interaktionen (also Unterhaltung oder Lachen) stattfanden. Vergleicht man die Ergebnisse wiederum zwischen den Gruppen, die im Freien und am Ergometer trainierten, so ließ sich auch hier eine signifikant längere soziale Interaktionszeit bei der Outdoorgruppe feststellen. In einer früheren Studie untersuchten Rogerson et al. (2015, S. 173ff) die Resultate von 5-Kilometer-Läufen in vier verschiedenen Naturlandschaften. Dabei steigerte sich das psychische Wohlbefinden nach der körperlichen Aktivität und negative Stimmungen wie Spannung, Depression, Ärger und Verwirrung nahmen nach dem Lauf signifikant ab, im Vergleich zum Zeitpunkt vor dem Lauf. Vergleicht man die verschiedenen Naturlandschaften miteinander, so konnte kein signifikanter Unterschied der untersuchten Stimmungsvariablen festgestellt werden. Auch konnte nachgewiesen werden, dass naturverbundene Personen mehr von der sportlichen Aktivität im Grünen profitierten als jene, bei denen ein geringeres Level an Naturverbundenheit gemessen wurde.

In einer Studie von Barton et al. (2009, S. 269) wurden mittels der „Rosenberg Self-Esteem Scale“ und dem „Profile of Mood States Test“ (POMS) Selbstwertgefühl und Stimmungsbefinden wie Ärger, Depression, Verwirrtheit, Anspannung und Vitalität untersucht. Zwischen den Personen, die gerade im Naturpark angekommen waren und jenen, die wieder abreisten, gab es ein signifikant gesteigertes Selbstwertgefühl bei den Personen, die bereits einige Zeit im Naturpark verbracht hatten. Zusätzlich konnte bei allen

Stimmungsvariablen eine signifikante Verbesserung ermittelt werden. Die Mehrheit der Parkbesucher/innen bewegte sich während des Aufenthalts. Auch der Vergleich Bartons (2011, S. 94) zwischen Bewegung bzw. Sport im Grünen und Freizeittätigkeiten eines Sozialvereins (Schach, Bingo, Musik und Spiele) zeigte positivere Ergebnisse in Stimmung und Selbstwertgefühl bei den bewegungsaktiven Menschen.

Tyrväinen et al. (2014, S. 5) verglichen ebenfalls das psychologische Befinden der Proband/innen mittels Skalen zwischen urbanen und bewaldeten Landschaften. Die Testungen wurden im Sitzen und im langsamen Gehen durchgeführt. Subjektiv wahrgenommenes Erholungsempfinden, die Vitalität ebenso wie die positive Stimmung waren bei den bewaldeten Landschaften höher als in der Stadt. Negative Emotionen wie etwa das Inkohärenzgefühl waren in der Stadt am höchsten ausgeprägt.

In einer Studie von Akers et al. (2012, S. 8664) wurden kognitive Einflüsse von Farben im Training untersucht. Die Autoren stellten fest, dass grüne Landschaftsbilder vermehrt positive Stimmung wecken und eine niedrigere wahrgenommene Anstrengung der Übung bewirkten als andere Farben. Ähnlich zeigte auch Pretty (2005, S. 327ff) seinen Proband/innen unterschiedliche Landschaftsbilder während dem Training. Zur Messung des Selbstwirksamkeitsgefühls wendete er die Rosenberg- Skala an. Besonders bei Bildern mit grünen Landschaften konnte eine verstärkte Selbstwirksamkeit wahrgenommen werden.

Es stellt sich auch die Frage, inwieweit die physische Interaktion mit der Natur am mentalen und körperlichen Gesundheitsprozess beteiligt ist und welche Differenzen sich zur simulativen Naturbetrachtung ergeben (Pearson, 2014, S. 2f). Um die Einflüsse der sensorischen Informationen auf den/die Trainierende/n zu testen, nahm Wooller (2015, S. 7) bei drei verschiedenen Gruppen jeweils die sensorische, die auditorische und die olfaktorische Komponente während des Trainings aus dem Umfeld. Am deutlichsten konnten die Einflüsse des Verzichts auf die Sinnesorgane an der Stimmung veranschaulicht werden. Zum Erstaunen von Wooller wurde im Besonderen beim Aussetzen der auditorischen und olfaktorischen Komponente ein Stimmungsabfall vernommen. Er vermutete, dass die ausgeprägte visuelle Vorstellungskraft das fehlende Bild beim Vorhandensein der anderen beiden Sinnesreize selbständig gut zu ergänzen weiß.

4. DIE EINBINDUNG VON NATUR IN DIE THERAPIE

4.1. ERLEBNISPÄDAGOGIK UND ERLEBNISTHERAPIE (ADVENTURE THERAPY)

Die *Erlebnispädagogik* fand ihre Anfänge bereits im 19. Jahrhundert, in der Reformpädagogik. Sie orientierte sich stark an Jean-Jacques Rousseaus Rückbelaufung zur Natur sowie an den Einflüssen von Gutsmuths, Kant und Bode. Am Anfang des 20. Jahrhunderts entwickelten Gaulhofer und Streicher das „natürliche Turnen“, welches Kindern zu mehr Autonomie verhelfen sollte (Schwider, 1972, S. 52 f). So wie sie heute bekannt ist, wurde die Erlebnispädagogik in den 1930er Jahren von Kurt Hahn geprägt. Er setzte sich für eine Persönlichkeitsbildung durch Erlebnislernen ein, wobei die körperliche Bewegung dabei eine zentrale Rolle hatte, da er eine Abnahme des natürlichen Bewegungsbedürfnisses wahrnahm. Auch die Gruppe als soziales Gefüge nimmt in Hahns Erlebnispädagogik eine tragende Position ein, da seiner Ansicht nach ein Mangel an Sorgsamkeit und menschlicher Anteilnahme bestand. Sein Bestreben für die Einführung dieser pädagogischen Form lag therapeutischen Ansätzen zu Grunde (Gilsdorf, 2004, S. 16).

Die *Erlebnis- oder Abenteuertherapie* (im englischen Sprachraum „Adventure Therapy“) umfasst „Aktivitäten des Erfahrungslernens, die Risikobereitschaft fordern und in denen die Herausforderungen von der Natur bereitgestellt werden“ (Crisp, 1998, S.58). Die Erlebnistherapie kennzeichnet sich durch folgende Bestandteile (Gilsdorf, 2004, S. 38):

- *Erfahrungsorientierung*: Der Lernprozess des Erfahrungslernen steht im Mittelpunkt und ist Basis für die Gesprächsführung.
- *Ganzheitlichkeit*: Das Zusammenspiel von kognitiven, emotionalen und behavioralen Einflüssen bietet die optimale Handlungs- und Entscheidungsgrundlage.
- *Wachstumsorientierung*: Durch die Orientierung an den vorhandenen Ressourcen werden optimale Lernerfolge erzielt.
- *Selbstorganisation*: Das Verständnis von therapeutischen Hintergründen fördert selbstgesteuertes Handeln und Anwenden des Gelernten.

Die Erlebnistherapie, so wie sie von Hahn selbst bezeichnet wurde, findet am meisten Anwendung in psychotherapeutischen Feldern wie Alkohol- und Drogenmissbrauch, Gewalt- und Sexualtaten, Therapie von Essstörungen, aber auch in der Therapie gefährdeter Jugendlicher oder in der Familientherapie (Gillis, 1994, S. 41).

Die Erlebnistherapie basiert auf der Arbeit mit Gruppen und ist zumeist nur ein Bestandteil einer psychotherapeutischen Behandlung. Der Schwerpunkt liegt bei der Auswahl und Gestaltung der Aktivität, sodass der therapeutische Sachverhalt (Angstkontrolle, Selbstwirksamkeit, Selbstkontrolle) getroffen wird und in der Gesprächsführung weiter behandelt werden kann (Crisp, 1998, S. 58). Zu den Aktivitäten zählt etwa Klettern in unterschiedlichen Höhen oder Wassersportarten wie Kanufahren und damit verbundene Problemlöse-Aufgaben.

4.2. WILDERNESS THERAPY

Die „*Wilderness Therapy*“ stellt eine Alternative zur „Adventure Therapy“ dar und ist im nordamerikanischen Raum am weitesten verbreitet. Sie grenzt sich von der Adventure Therapy vor allem dadurch ab, dass das Erfahrungslernen im Rahmen von Expeditionen in isolierten, natürlichen Landschaften vonstatten geht und die Versorgung und Unterbringung mit einschließt. Die Selbstversorgung in der Wildnis ist ein Teil des Therapiekonzeptes und wird deshalb auch bei den Expeditionen forciert, in denen nicht karnpiert wird (Crisp, 1998, S. 59).

In der Wilderness Therapy wird der Fokus auf soziale Interaktion und Gruppenkohäsion gelegt (Crisp, 1998, S. 59). In der Psychotherapie wird diese Therapieform auch als „Ritual des Übergangs“ bezeichnet, da die Wilderness Therapy überwiegend an Jugendliche und junge Erwachsene gerichtet ist, die Schwierigkeiten mit dem Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter haben. Darunter fallen innere Konflikte wie die Suche nach der Identität oder dem persönlichen Stil, die Orientierung an Werten oder die Platzsuche in der Erwachsenenwelt (Gilsdorf, 2004, S. 87). Auch psychische Störungen treten häufig in diesem Altersabschnitt auf, worauf sich Jugendliche zunehmend von den naturnahen Landschaften distanzieren (Barton et al., 2016, S. 2). Die Wilderness Therapy konzentriert sich speziell auf die Stärkung von Werten wie Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Selbstverständnis, Selbstkontrolle, Selbstsicherheit, Selbstermächtigung und auf die Entscheidungsfindung (Barton et al., 2016, S. 3).

4.3. GARTENTHERAPIE (HORTICULTURE THERAPY)

Die *Gartenherapie* umfasst gärtnerische Tätigkeiten wie das Kultivieren und Pflegen von Pflanzen in Rehabilitationszentren zu therapeutischen Zwecken. Zur Behandlung von psychischen Erkrankungen etablierte sich das Gärtnern bereits im 19. Jahrhundert, seit

1950 wird die Gartentherapie auch in Rehabilitationszentren und Kliniken angewandt (American Horticultural Therapy Association, 2019, Zugriff am 21. Jänner 2019 unter <http://www.ahta.org/horticultural-therapy>). Neben dem psychischen Behandlungsfeld findet die Gartentherapie auch Anwendung in der neurologischen Behandlung von Demenz-, Post-Insult- oder chronischen Schmerzpatient/innen oder bei traumatischen Schädigungen der Extremitäten oder des Rückenmarks (Detweiler et al., 2012, S. 101). Das therapeutische Gärtnern unterstützt die kognitive und psychische Rehabilitation, indem sie hilft, neue Fähigkeiten zu erlernen und Verlorene wieder zu erlangen sowie Stress zu reduzieren und die Entspannungsfähigkeit zu verbessern (Detweiler et al., 2012, S. 101). Auch die physischen Fähigkeiten wie Kräftigung, Koordination, Gleichgewicht und Ausdauerleistungsfähigkeit werden in der Gartentherapie gefordert (American Horticultural Therapy Association, 2019, Zugriff am 21. Jänner 2019 unter <http://www.ahta.org/horticultural-therapy>).

Der Begriff „*Therapiegarten*“ ist vor allem im englischen Sprachraum („horticultural therapy garden“) von einer therapeutisch aufgeschlossenen Grünfläche („therapy garden“) abzugrenzen, da es sich im ersteren Fall um eine Garten- und Beetfläche handelt, die speziell zur therapeutischen Pflanzenkultivation bzw. -pflege geschaffen wurde (Relf, 2005, S. 236). Diese Gärten können beispielsweise Hochbeete beinhalten, die von der Höhe eines Rollstuhles aus bedient werden können und dessen Wege barrierefrei sind. Im zweiten Fall („therapy garden“) wird von einer Grünfläche gesprochen, die durch Wege, Flächen oder Sportgeräte zur Nutzung für Therapeut/innen anderer Therapiefelder wie der Trainingstherapie oder Physiotherapie aufgeschlossen wurden.

4.4. FRILUFTSLIV

„*Friluftsliv*“, nur unzureichend übersetzt mit „Freiluftleben“ oder „Leben im Freien“, ist eine besondere Form der Naturzugewandtheit in Norwegen. Die daraus entstandene Tradition führt die Menschen in die freie Natur, um diese dort aktiv zu erleben. Friluftsliv entwickelte sich in den skandinavischen Ländern zu einem Lebensstil, indem die Freude an der Identifikation mit der freien Natur zum Ausdruck kommt (Faarlund, 2007, S. 56). Das Erleben dieser Naturverbundenheit steht jedoch nicht mit dem „Adrenalinkick“ eines Abenteurersporterlebnisses gleich (Gelter, 2000, S. 79). Friluftsliv basiert auf alten, kulturellen Lebensweisen (d.h. etwa die Fortbewegung mit dem Kajak oder Schi), die an den technischen Standard der Gegenwart angepasst wurden. Damit entstand ein breit gestreutes Verständnis von Friluftsliv und auch die Motive für die Ausführung von

Friluftsliv-Aktivitäten unterscheiden sich subjektiv. Darunter verstehen sich Aktivitäten wie kajaken, Schi fahren, wandern oder jagen, fischen, Pilze oder Beeren sammeln, handwerkliche Tätigkeiten mit Naturmaterialien sowie weitere Aktivitäten, die im engen Kontakt mit der Natur vonstatten gehen. Die Philosophie des Friluftsliv wird neben Norwegen auch in anderen skandinavischen Ländern verfolgt. Zudem gibt es zahlreiche Länder, die ein ähnliches Gedankengut verfolgen bzw. sich mit der Friluftsliv-Philosophie identifizieren, darunter viele Teile Kanadas (Henderson, 2007, S. 141ff), Tschechien (Martin et al., 2007, S. 197ff), Teile der Vereinigten Staaten (Gilligan, 2007, S. 220), dem Vereinigtem Königreich (Loynes, 2007, S. 264) sowie Australien und Neuseeland.

Der Lebensstil nimmt Einfluss auf das Sozialverhalten, die Kulturkritik, das ökologische Bewusstsein sowie auf den psychischen und physischen Gesundheitszustand (Tordsson, 2007, S. 66ff). Die positiven Auswirkungen auf den psychischen Gesundheitszustand nach einer Friluftsliv-Exkursion zeigten Mutz et al. (2016, S. 110) anhand einer Reduktion von Stress sowie vermehrter Lebenszufriedenheit, Fröhlichkeit, Aufmerksamkeit und Selbstwirksamkeit der Proband/innen. Viele Autor/innen aus dem Forschungsbereich des Public Health lehnen an die Friluftsliv-Philosophie an. Darunter Mitten (2009, S. 5), die die Übertragung des Friluftsliv-Gedankenguts auf den rehabilitativen Bereich diskutiert.

4.5. MEDIZINISCHE REHABILITATION – EIN UNANGETASTETES FELD?

In Österreich findet eine intensive oder längerfristige therapeutische Behandlung in stationären Rehabilitationszentren statt. In dieser Form kann den Patient/innen eine krankheitsspezifische und adäquate Versorgung gewährleistet werden. Die Patient/innen befinden sich hier bereits in der Phase 2 des Rehabilitationsverlaufes, welche die notwendige Belastbarkeit für die anzuwendenden Therapiemaßnahmen voraussetzt (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2012, S. 12f).

Ähnlich wie in Norwegen herrscht auch in Österreich eine gewisse Naturverbundenheit, die sich an Sonntagnachmittagsspaziergängen, Alpinismus und Heimat-/Bergfilmen zeigt. Kur- oder Rehaeinrichtungen, die zur mehrtägigen Erholung und Wiederherstellung der körperlichen Ressourcen dienen, sind vorrangig an ländlichen und naturumgebenen Örtlichkeiten stationiert. Bewegungs-, sport- und trainingstherapeutische Maßnahmen im Grünen werden bei diversen Rehabilitationszentren unterschiedlicher Indikationsbereiche angewandt. Darunter befinden sich Reha-Einrichtungen mit physischen und psychischen Behandlungsbereichen wie beispielsweise das AUVA-Rehabilitationszentrum Häring (für Rückenmarksverletzungen, Extremitätenverletzungen und Amputationen sowie

Polytraumen) und das psychiatrische Landeskrankenhaus Mauer. An diesen Einrichtungen findet die Trainingstherapie wechselweise im Freien statt. Auch in kardiologisch-angiologischen Rehabilitationszentren wird im Außenraum trainiert, da hier die Verbesserung der Ausdauerleistungsfähigkeit im Vordergrund steht. Die meisten anderen Rehabilitationszentren in Österreich führen die Therapieeinheiten allein in den dafür vorgesehenen Räumlichkeiten aus.

5. QUALITATIVE EXPERT/INNENBEFRAGUNG AUSGEWÄHLTER REHABILITATIONSEINRICHTUNGEN

5.1. METHODIK

Ziel dieses Forschungsvorhabens war es, einen Einblick zu gewinnen, welche Anforderungen die Therapieeinheiten im Grünen an die Rehabilitationszentren und die Therapiegestaltungen stellen. Im Zentrum stand dabei der Gewinn von qualitativ hochwertigen Aussagen und Erkenntnissen erfahrener Expert/innen jener Einrichtungen, wo die Trainingstherapie bereits im Freien angeboten und praktiziert wird. Hierfür eignete sich die qualitative Befragungsmethode mittels Experten/inneninterviews am besten. Diese erfolgte nach vorangegangener Erstellung eines Leitfadens, über welchen die Befragung strukturiert wurde. Die Aussagen der einzelnen Expert/innen gaben Einsicht in Themen wie beispielsweise die Aufschließung der Grünflächen, worüber bisweilen keine Informationen vorlagen. Die Befragung fand vor Ort an den jeweiligen Einrichtungen statt, erfolgte persönlich, anonymisiert und wurde mittels Tonmaterial aufgezeichnet.

5.2. SAMPLING

Die Samplingauswahl setzte sich aus Rehabilitationseinrichtungen oder Kliniken zusammen, die ihre Sport-, Bewegungs- oder Trainingstherapien gezielt nach draußen verlagern. Befragt wurden Therapeut/innen zu deren Motiven und ihrer persönlichen Einstellung zu Training im Freien sowie über die wahrgenommenen Effekte bei den Patient/innen und darüber, welche Probleme und Risiken eine Therapie im Freien mit sich bringen kann. Bei den ausgewählten Institutionen war eine Affinität zur Naturnähe und deren Integration in das Therapiegeschehen bekannt. Zudem wurden in diesen Institutionen Flächen oder Grünflächen für die Therapie zur Verfügung gestellt bzw. aufgeschlossen. Diese Informationen konnten in vorangegangenen Praktika oder Patient/innenberichten gewonnen werden. Um einen vergleichenden Querschnitt über das Rehabilitationsfeld in Österreich zu gewährleisten, wurde ebenso darauf geachtet, dass im Sample Einrichtungen mit verschiedenen Indikationsbereichen (also etwa Inneren Medizin, Orthopädie oder Neurologie) vertreten sind. Daraus leitete sich letztlich die Auswahl der folgenden vier Rehabilitationseinrichtungen und Kliniken ab.

HERZ-KREISLAUF-ZENTRUM GROSS GERUNGS

Das Rehabilitationszentrum in Groß Gerungs (siehe Abbildung 2) gehört zur Gruppe der Sonderkrankenanstalten und ist auf Erkrankungen des Herzens und der Gefäße spezialisiert. Dazu zählen Herzinfarkte, Zustände nach Herz-Operationen, chronische, entzündliche sowie koronare Herzerkrankungen, Herzinsuffizienz und Hypertonie. Der Standort befindet sich im niederösterreichischen Waldviertel im Bezirk Zwettel. Neben Bewegungstherapien wie Trainingstherapie und Physiotherapie haben die Bereiche Ernährung, physikalische Therapie und mentale Gesundheit eine umfassende Bedeutung für dieses Erkrankungsbild.



Abbildung 2: Herz-Kreislauf-Zentrum in Groß Gerungs, Niederösterreich (Herz-Kreislauf Zentrum Groß Gerungs, 2019, Zugriff am 21. Jänner 2019 unter <https://www.herz-kreislauf.at/unser-haus.html>)

AUVA REHABILITATIONSZENTRUM HÄRING

Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt AUVA (siehe Abbildung 3) behandelt Patient/innen nach Unfällen und Verletzungen aus dem orthopädischen sowie neurologischen Bereich. Im Standort Haring werden demnach Betroffene mit Amputationen, Polytraumen oder Extremitätenverletzungen sowie Patient/innen mit Rückenmarksverletzungen und Querschnittslähmungen betreut. Das Rehabilitationszentrum befindet sich in der Region Inntal im Bezirk Kufstein in Tirol. Zu den oben erwähnten Bewegungstherapien kommen hier speziell Therapien wie Logopädie, Ergotherapie, psychologische und soziale Beratung sowie der pflegerische Bereich und die Orthopädietechnik hinzu.



Abbildung 3: AUVA Rehabilitationszentrum in Bad Häring, Tirol (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, 2019, Zugriff am 21. Jänner 2019 unter <http://www.rzhaering.at/portal27/auvarehabbadhaeringportal/content?contentid=10007.673576&viewmode=content>)

LANDESKLINIKUM MAUER

Im Landesklinikum Mauer (siehe Abbildung 4) werden vorrangig Personen mit psychischen Erkrankungen und psychiatrischen Störungen behandelt. Aber auch Patient/innen mit neurologischen Erkrankungen wie Multiple Sklerose, Epilepsie, Schlaganfällen oder Schädel-Hirn-Traumen kommen hier unter. Einen weiteren großen Bereich nimmt die Schmerztherapie ein, worunter Bandscheibenproblematiken, degenerative Wirbelsäulenerkrankungen und Schmerzzustände bei Polyneuropatien fallen. Während in der Neurologie vorrangig physiotherapeutische Interventionen zum Einsatz kommen, wird die Sport- und Trainingstherapie bei den psychischen Erkrankungsfeldern vermehrt eingesetzt. Zu den Bewegungstherapien kommen natürlich psychologische und psychiatrische Behandlungen sowie diverse Therapieangebote aus dem psycho-sozialen Feld (z.B. Gartentherapie oder Beschäftigungstherapie) hinzu. Das Klinikum ist im niederösterreichischen Mostviertel im Bezirk Amstetten lokalisiert.



Abbildung 4: Landesklinikum in Mauer, Niederösterreich (Landeskliniken-Holding, 2018, Zugriff am 21. Jänner 2019 unter <https://mauer.lknoe.at/landesklinikum-mauer/das-landesklinikum-mauer.html>)

OPTIMAMED REHABILITATIONSZENTRUM RAXBlick

Das Rehabilitationszentrum Raxblick (siehe Abbildung 5) unter der Führung des Unternehmens „OptimaMed Gesundheitseinrichtungen GmbH“ befindet sich in den Wieneralpen auf etwa 800 Metern Höhe und gehört zur Gemeinde Prein an der Rax in Niederösterreich. Die besondere Lage bietet eine optimale Grundlage, um pulmologische Erkrankungen funktioneller und chronischer Art (wie etwa COPD oder Asthma bronchiale) zu behandeln. Zudem werden Patient/innen mit Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates oder orthopädisch-postoperativen Zuständen therapiert. Neben den Bewegungstherapien werden weitere Behandlungsbereiche der physikalischen Therapie sowie Ergotherapie, Diätologie und eine psychologische Betreuung angeboten.



Abbildung 5: *OptimaMed Rehabilitationszentrum in Prein a. d. Rax, Niederösterreich* (OptimaMed Rehabilitationszentrum Raxblick GmbH, 2019, Zugriff am 21. Jänner 2019 unter <http://www.raxblick.at/home.html>)http://www.raxblick.at/information/reha_ablauf.html)

5.3. ENTWICKLUNG DES LEITFADENS

Mittels eines vorgefertigten Leitfadens wurde das Expert/inneninterview strukturiert begleitet. Der Aufbau der Fragen erlaubte es, zuerst die Interessen der befragten Person sowie der Einrichtung und weiterfolgend die Handhabung der therapeutischen Interventionen an der jeweiligen Einrichtung kennen zu lernen, um daraus eine Überleitung zur therapeutischen Außennutzung herzustellen. Dieser Aufbau sollte eine Vergleichbarkeit zwischen den befragten Institutionen ermöglichen und wesentliche Kriterien der Outdoor-Therapie kennzeichnen.

Zu Beginn erfolgte eine kurze einleitende Aufklärung über die Hintergründe und den Zweck der Befragung. Die Befragten wurden über die Anonymisierung ihrer Daten aufgeklärt und um Einverständnis zur Tonaufzeichnung gebeten.

Im ersten Abschnitt **Zur Person: Sport- und Naturbezug** konzentrierten sich die Fragen in erster Linie auf die Interessen der interviewten Person. Darunter befanden sich Fragen zum Ausmaß und zur Art der Bewegungsaktivität sowie das Umfeld, in dem der Sport praktiziert wird. Besonders interessant erschien hier die Frage, welche Rolle die Umgebung bei der sportlichen Betätigung spielt und welchen Stellenwert der Natursport einnimmt. Ergänzend dazu konnte die Beschreibung der Wohnumgebung und der Hobbys der interviewten Personen Einblick in deren Naturbezug schaffen. Die Antwort auf die Frage, inwieweit sich die Bewegung im beruflichen Alltag wiederfindet, sollte eine Vergleichsgrundlage für die späteren Fragen zu den Trainingstherapieeinheiten darstellen.

Der zweite Abschnitt beinhaltete grundsätzliche Informationen über **Rahmenbedingungen**, unter welchen die therapeutischen Einheiten an den jeweiligen rehabilitativen Einrichtungen stattfinden. Mit den Fragen zur Gründung der Einrichtung und der Beschäftigungsdauer der befragten Person wurde der Themenabschnitt eingeleitet. Darauf folgten detaillierte Fragen zur Aufbereitung der Therapieeinheiten hinsichtlich Dauer, Durchführungsort, Gestaltungs- und Entscheidungsfreiraum. Des Weiteren wurden die Proband/innen zur interdisziplinären Zusammenarbeit befragt, wie etwa hinsichtlich bereichsübergreifender Besprechungen sowie der Umsetzung etwaiger Beschlüsse und deren Nutzung für Patient/innen.

Der nächste Fragenkomplex erhob die landschaftliche **Umgebung** des Rehabilitationszentrums und dessen **soziales Umfeld**. Dafür wurden die Interviewten aufgefordert, die Umgebungslandschaft zu beschreiben. Das Vorhandensein von Grünflächen und deren Begehungsmöglichkeit für die Patient/innen sollte hier beschrieben werden. Die Therapeut/innen wurden aufgefordert, Wohlfühlorte sowohl aus Sicht der Patient/innen, als auch aus ihrer Sicht zu schildern und gegebenenfalls Fehlendes aus diesen beiden Sichtweisen zu äußern. Freizeitangebote seitens des Rehabilitationszentrums tragen bekanntermaßen zum sozialen Verhalten bei, welche hinsichtlich Angebotsart und -ort sowie Frequentierung beschrieben werden sollten. Zur Verstärkung der Aussagekraft wurde auch hinterfragt, inwieweit der/die interviewte Therapeut/in an den Angeboten teilnimmt bzw. wie viel Zeit diese/r an den Wohlfühlorten verbringt. Um diesen Fragenkomplex abzuschließen wurden die Interviewten dazu aufgefordert, für ihre persönliche Lieblingsumgebung - Wald, Wiese oder Park - zu argumentieren.

Im Zentrum des Leitfadens stand die Thematik der **Trainingstherapieeinheiten im Grünen**. Die Therapeut/innen wurden aufgefordert, das Potenzial für die therapeutische Nutzung der Außenflächen zu beurteilen. Darunter fiel sowohl die persönliche

Einschätzung und Einstellung zum Sachverhalt „Therapie im Freien“, als auch geschilderte Bereicherungen und Begrenzungen aus Patient/innensicht. Hier sollten Informationen zur Aufschlüsselung der Grünflächen sowie den daran beteiligten Personen hervorgehen. Dazu kam der Sicherheitsaspekt und die damit verbundenen Anforderungen, die an die medizinische Notfallversorgung zu stellen sind. Die Befragten wurden gebeten, eine typische Trainingstherapieeinheit im Freien zu beschreiben. Dies umfasste Angaben zur Häufigkeit und zum Verhältnis zwischen Indoor- und Outdoor-Einheiten, Entscheidungsfaktoren für und gegen eine Outdoor-Einheit sowie Besonderheiten der verschiedenen Indikationsfelder. Des Weiteren sollten die Therapeut/innen Problematiken, die sie in Verbindung mit einer Trainingstherapieeinheit im Freien sehen, nennen und von persönlichen Erlebnissen schwieriger Situationen und wie diese gelöst wurden, berichten. Schließlich sollten die Interviewten die allgemeine Stimmung während der der Outdoor-Einheiten beurteilen und Angaben dazu machen, wie die Patient/innen die Einheiten angenommen haben. Mit der Frage, ob auch andere Therapiefelder die Natur oder Grünflächen für ihre Therapieeinheiten nutzen, schließt der Fragenabschnitt ab.

Im letzten Teil der Befragung wurde die **Zufriedenheit** der interviewten Personen eruiert. Dies bezog sich auf die Berufswahl, die Arbeitspraxis, die Arbeitsplatzwahl und den Arbeitgeber. Fragen nach Situationen des Zweifels sowie der Zufriedenheit rundeten dieses Thema und somit auch das Interview ab.

5.4. TRANSKRIPTIONSFORM

Die durchgeführten Interviews wurden mittels Tonaufnahme aufgezeichnet und im Anschluss verschriftlicht. Für die Analyse der erhobenen Rohdaten wurde die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) herangezogen, da sich eine systematische Vorgehensweise in der Auswertung am geeignetsten mit der Leitfadenstruktur kombinieren lies. Aus dem Material heraus wurden induktiv Kategorien gebildet, welche sich zu den jeweiligen Befragungen zuordnen liesen. Ziel der Kategorienbildung war es, das Textmaterial vor allem inhaltlich zu strukturieren, aber auch zu typisieren. Dabei entstanden Charakteristika, die den befürwortenden Typen von jenem unterscheiden, der den Außenraum nur gelegentlich nutzt. Zudem wurden Gemeinsamkeiten und Unterschiede in den Therapiehandhabungen kategorisiert und die Ressourcenverfügbarkeit und -nutzung verglichen. Auch Informationen über Sicherheitsbedingungen und Limitationen wurden zusammengefasst.

5.5. BESCHREIBUNG DER ERHEBUNGSSITUATION

Wie bereits erwähnt bestanden die Kontakte zu den Rehabilitationszentren zum Großteil aus vorangegangenen Praktika, die die Autorin an den Institutionen absolviert hatte. Die Praxiserfahrung schuf eine optimale Möglichkeit, einen Einblick in das Rehabilitationsgeschehen und die Umsetzung naturnaher Trainingstherapien zu erhalten. Auch die Situationsabhängigkeit von Wetterbedingungen, Gesundheitsschwankungen, Patient/innenstimmungen etc. konnten dabei je über einen Zeitraum von einem Monat beobachtet werden. Von Vorteil war zudem, dass ein längerer Aufenthalt vor Ort ermöglicht hatte, das Personal kennenzulernen und daraus die passendste Person bzw. Informant/in für die Befragung auszuwählen. Als besonders geeignet erwiesen sich Personen mit langjähriger Berufserfahrung am vorliegenden Rehabilitationszentrum und ausreichender persönlicher Erfahrung mit der Patient/innenarbeit im Freien. Die vorangegangene Zusammenarbeit im Praktikum erleichterte eine harmonische und lockere Interviewsituation. Grundsätzlich herrschte bei allen Interviews eine angenehme und lockere Atmosphäre, die Befragten waren durchaus am Thema interessiert. Die Auswahl der übrigen Einrichtungen erfolgte mittels telefonischer Kontaktaufnahme, nachdem ehemalige Patient/innen von den positiv erlebten Therapien im Freien berichteten. Die Berichte wurden mit den auf der Homepage präsentierten Informationen verglichen und eine Bestätigung dieser Information wurde bei einer telefonischen Auskunft mit der zuständigen Person eingeholt. Hierfür wurde speziell der Kontakt zu Sportwissenschaftler/innen und Physiotherapeut/innen in leitender Tätigkeit gesucht, da die Dauer der Beschäftigung und die damit verbundene Erfahrung am Institut zu diesem Zeitpunkt noch nicht bekannt war. Zudem wurde damit auch das Wissen über die Organisation und Entwicklung der Rehabilitationseinrichtung vorausgesetzt.

Die Örtlichkeiten, in welchen die Interviews durchgeführt wurden, variierten zwischen Innenräumen wie Büros oder Aufenthaltsräumen und Außenräumen wie Gärten. Im Anschluss an das Interview wurde das Gelände begangen, die therapeutisch aufgeschlossenen Grünflächen besichtigt und die für den Rehabilitationsbetrieb beschriebenen Wanderwege erkundet. Die Befragungen fanden im Zeitraum von Jänner bis April 2017 statt.

6. DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE

6.1. AUSWERTUNGSMETHODIK

Zur Auswertung der in den Expert/inneninterviews erhobenen Daten wurde wie bereits angesprochen die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) herangezogen. Diese Auswertungsmethode schafft die Möglichkeit, das Textmaterial auf die für die Forschungsfrage relevanten Inhalte zu reduzieren und diesbezüglich Interessantes hervorzuheben. In einer ersten und zweiten Reduktion wurden bedeutungsgleiche oder nicht inhaltstragende Textpassagen gestrichen bzw. Antwortähnlichkeiten zusammengefasst. Die Informationen der Aussagen konnten dadurch miteinander verglichen und auf Gemeinsamkeiten untersucht werden. Diese Gemeinsamkeiten ließen sich oft über mehrere Fragen übergreifend in Typen gruppieren, welche schließlich eine Aufklärung zum Verhalten der Therapeut/innen und Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich Trainingstherapien im Freien geben sollten (Gläser & Laudel, 2009, S. 197ff).

6.2. DARSTELLUNG DER DATEN

Das durchschnittliche Alter der befragten Personen liegt bei 40 Jahren, wobei die Streuung groß ist (24 J.; 52 J.). Die Wohnorte befinden sich im oberösterreichischen Mühlviertel, im niederösterreichischen Mostviertel, im niederösterreichischen Industrieviertel und im tiroler Lechtal. Unter den Befragten absolvierten zwei Personen den sportwissenschaftlichen universitären Abschluss, eine Person das Diplom zur Psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege mit Zusatz zum staatlich geprüften Volleyballtrainer und eine Person die Hochschule für Physiotherapie.

Hinsichtlich des oben beschriebenen Leitfadens konnten zu einzelnen Fragen bzw. zu den Fragenabschnitten induktiv Typen gebildet werden, welche nun in den jeweiligen Passagen veranschaulicht werden.

Zur Person: Sport- und Naturbezug

Mittels der qualitativen Inhaltsanalyse konnten zwei Typen identifiziert werden: der „sehr sportliche“ und der „eher bewegungsaktive“. Beim ersten Typ war Sporttreiben (mehr als vier Mal pro Woche) die meist genannte Angabe bei den Freizeitaktivitäten oder Hobbys. Sport und Bewegungsdrang fand sich auch in den Freizeitinteressen des „eher bewegungsaktiven“ Typen wieder, wie beispielsweise Spaziergänge und Wanderungen

mit dem Hund oder Gärtnern bzw. Bastelarbeiten am Haus. Wöchentlich sind die „eher bewegungsaktiven“ Typen zwei bis vier mal sportlich aktiv.

Personen in leitender Position sind im beruflichen Alltag weniger bewegungsaktiv als Therapeut/innen, die vorrangig im Kontakt mit Patient/innen stehen. Die Nähe zum Natursport ist unter den Befragten des zweiten Typs stark ausgeprägt. Sie nannten vorwiegend Bewegungsaktivitäten, die im Freien ausgeübt werden können und bei denen auch die Landschaft eine große Rolle spielt. Der Outdoorsport wird in dieser Gruppe dem Indoorsport vorgezogen.

Zur „sehr sportlichen“ Gruppe gehören jene, deren Hauptsportart hauptsächlich indoor durchführbar ist und deren Sportstätten bzw. -räume vorwiegend im urbanen Raum verfügbar sind. Die Natur dient dieser Gruppe eher zum Ausgleichs- und Erholungszweck.

Die Naturverbundtheit der Therapeut/innen wurde mit Fragen zu deren Wohnort und -umgebung sowie Hobbys und Freizeitvorlieben erhoben. Drei der Befragten leben bewusst in einer naturnahen Wohnumgebung und messen dieser auch in ihrer Beschreibung einen besonderen Stellenwert bei. Zwei dieser Befragten betreiben ihre Freizeitaktivitäten auch vorwiegend in der Natur. Lediglich eine Person wohnt im urbanen Raum, ihre Hobbys stehen nicht in Verbindung mit der Natur.

Rahmenbedingungen

Bis auf eine Person haben alle Befragten langjährige Berufserfahrung an den jeweiligen Rehabilitationszentren und konnten auch organisatorische Erweiterungen mitverfolgen oder waren gar in die entsprechenden Entscheidungsprozesse involviert. Dies stellt ein wesentliches Qualitätskriterium dieser Befragung dar, da es sich hier auch um Entscheidungen im Zuge des Sportstättenbaus handelte.

In drei Rehabilitationszentren wird das klassische Rehabilitationsprogramm angeboten, darunter Physiotherapie, Ergotherapie, Elektrotherapie, Diätologie und die Sport- bzw. Trainingstherapie. Dazu kommen fachbereichsspezifische Therapien wie Prothesenanpassung, Rollstuhltraining und psychotherapeutische Intervention. Lediglich das Landesklinikum Mauer mit dem Fachbereich der Psychiatrie und Psychotherapie bietet zudem noch ein alternativ-medizinisches Therapieprogramm wie tiergestützte Therapie, Gartentherapie, Gestaltungs- und Malthherapie oder Beschäftigungstherapie an.

Die Trainingstherapieeinheiten umfassen einen Zeitrahmen von 30 bis 60 Minuten, wobei wiederum das Landesklinikum Mauer eine Ausnahme darstellt, da die dortigen Therapieeinheiten nicht kürzer als 60 Minuten sind.

Die Gestaltung der Therapieeinheit steht dem Großteil der befragten Therapeut/innen frei, mit der Voraussetzung, dass die vorab definierten Therapieziele erfüllt werden. Lediglich eine Einrichtung legt die Gestaltung der Einheiten vorab in der Gruppe fest. Im Gegensatz dazu steht der psychiatrische Bereich, welcher die Sporttherapie selbständig arbeiten lässt, um für die Patient/innen ein Gefühl von Normalität und Therapieabwesenheit zu schaffen:

Wir versuchen auch bewusst, die Krankheit nicht zu thematisieren, weil für uns ist es wichtig, dass der Patient auch sieht, er ist nicht nur der kranke, depressive Patient, sondern er ist auch der Mensch, der auch komplett normale, natürliche und gesunde Anteile hat. Und wir probieren eigentlich hauptsächlich, mit den gesunden Anteilen zu arbeiten. Das System, was da ist, zu stärken, um das andere besser auszuhalten. (M83, 149)

Bereichsübergreifende Besprechungen werden sehr gesondert gehandhabt: Zum einen sprechen sich die Therapeut/innen untereinander täglich ab, zum anderen werden ein bis zwei Mal wöchentlich systematisch alle Patient/innen unter Anwesenheit des/der leitenden Arztes/Ärztin sowie den Therapeut/innen verschiedener Therapiefelder konferiert.

Umgebung und Soziales

Alle Rehabilitationszentren sind von Grünflächen wie Wälder und Wiesen umgeben, die für die Patient/innen zugänglich und mit Wegen und Sitzplätzen versehen sind. An den beiden Rehabilitationszentren AUVA Häring (siehe Abbildung 6) und LK Mauer wurden die Außenflächen so gestaltet, dass die Therapeut/innen die Therapien sowohl drinnen als auch draußen abhalten können. Dabei nutzen sie Wiesenflächen, Laufbahnen, barrierefreie Rundwege, Hartplätze, Sandplätze, Leichtathletikanlagen, Stocksportanlagen, Fahrräder bzw. Handbikes und Wanderwege.



Abbildung 6: Aufgeschlossene Therapieflächen, Wege und Sportanlagen rund um das Rehabilitationszentrum Häring (nach freundlicher Übermittlung des RZ Häring)

In den anderen beiden Einrichtungen wurden jeweils Motorikparks errichtet, die für Therapieeinheiten und Freizeit Zwecke genutzt werden können. Unter einem „Motorikpark“ (siehe Abbildung 7) versteht man ein „Outdoor-Bewegungsareal“ mit zumeist aus Holz gefertigten Übungselementen, die „unter idealer Einbeziehung der Natur“ in Form eines Parkours oder via Stationen aufgebaut sind (Motorik Dreams GmbH, 2017, Zugriff am 21. Jänner 2019 unter <http://www.motorikdreams.com/der-motorikpark/konzept/>). Dabei sollen die motorischen Grundfähigkeiten Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit, Koordination und Beweglichkeit trainiert werden, vor allem aber wird auf Kräftigung, Gleichgewichts- und Propriozeptionsschulung, Koordinationstraining und Sensorikwahrnehmung abzielt. Die Übungen sind erklärt und beschildert, sodass auch eine selbständige Nutzung des Motorikparks möglich ist.



Abbildung 7: Motorikpark des Herz-Kreislauf-Zentrums Groß Gerungs (Quelle: Autorin)

Auf die Frage hinsichtlich der Freizeitmöglichkeiten und -angebote des Rehabilitationszentrums wussten die Therapeut/innen nur begrenzt Bescheid, da sie diese selbst nicht oder nur selten wahrnehmen. Zwei der befragten Therapeut/innen führen ein Mal jährlich eine organisatorische Funktion an Freizeitveranstaltungen aus. Es handelt sich dabei um Sportveranstaltungen, die aus Eigeninitiative der Therapeut/innen entstanden sind. Sie geben an, dass dieses Angebot von den Patient/innen gut angenommen wird. Veranstaltungen mit dem Ziel der Unterhaltung wie mit Kabarettist/innen oder Künstler/innen, Tanzabende oder Töpferkurse werden in den dafür vorgesehenen Veranstaltungsräumen abgehalten. Alle befragten Rehabilitationszentren berichten auch von einem Veranstaltungsprogramm im Außenraum. Dabei handelt es sich um Sportveranstaltungen wie Sportfeste, Beachvolleyballturniere, Motorikpark-Kurse, (Schneeschuah-)Wanderungen und Langlaufen, aber auch Freizeitangebote mit nicht-sportlichem Charakter wie Kräuterführungen und Umgebungsausflüge.

Die Umgebungen der Rehabilitationszentren werden aus Sicht der Therapeut/innen sehr positiv bewertet. An drei der befragten Einrichtungen befinden sich mehrere Wohlfühlplätze im Grünen wie beispielsweise Schaukeln, Bänke oder Liegen (siehe Abbildung 8). Die Therapeut/innen geben an, dass sie diese selbst gerne mit den Patient/innen in der Therapie oder in den Pausen nutzen, kaum jedoch in der Freizeit. Von den Patient/innen werden die Wohlfühlorte sehr gut frequentiert.



Abbildung 8: Xund-Schaukeln am Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs (Quelle: Autorin)

Das Rehabilitationszentrum Raxblick stellt diesbezüglich eine Ausnahme dar. Ähnlich wie beim Veranstaltungsprogramm befinden sich dort auch die Wohlfühlorte bevorzugt indoor. Man denkt dort nicht daran, diese verstärkt im Außenraum anzubieten.

Bezüglich fehlender Ausstattung äußern sich die Therapeut/innen überwiegend gleich. An drei Standorten antworteten die Therapeut/innen, dass aus ihrer Sicht im Bereich des Angebots „nichts“ fehle, lediglich Liege- und Entspannungsflächen oder ein Treffpunkt für Gesellschaftsspiele, aber „das wäre schon Luxus“ (H11, 219), oder „wir haben eigentlich so ziemlich alles bis auf einen Schwimmteich, aber wir sind eh erfinderisch und fahren im Sommer oft (...) mit dem Rad zum Fluss in der Nähe“ (M83, 183) wurde ergänzt. Durch die ländliche Lage aller vier Standorte konnte an einem Standort seitens Therapeut/innen und Patient/innen der Wunsch nach Einkaufs- und Anbindungsmöglichkeiten vernommen werden.

Trainingstherapieeinheiten im Grünen

Die Therapeut/innen wurden gefragt, wie sie das Potential für eine therapeutische Nutzung der Außenflächen einschätzen.

Zwei Therapeut/innen setzen ihre Therapien bereits aktiv im Freien um und nutzen die Grünflächen für ihre Trainings- und Sporttherapie, aber auch für andere Therapien. Die beiden anderen befragten Therapeut/innen sehen eine Verlegung der Therapieeinheiten nach draußen aus organisatorischen Gründen begrenzt. Die meistgenannten Barrieren für eine Durchführung der Therapien im Freien sind jahreszeitenbedingte Wetter- und Untergrundverhältnisse. Hinzu kommen noch organisatorische Bedenken, also dass z. B. durch das Hinausgehen zu wenig Zeit für die eigentliche Therapie übrig bleiben könnte.

An allen vier Rehabilitationsstandorten wurden bereits Grünflächen für bewegungstherapeutische Zwecke aufgeschlossen. In allen Fällen wurde deutlich, dass die entsprechenden Entscheidungsträger jeweils die obersten Instanzen der Einrichtungen sind und deren Affinität zu Sport und/oder Natur bedeutsam dafür ist, inwieweit Außenräume stärker für therapeutische Zwecke genutzt werden.

Einige der Befragten wurden in die Gestaltung der Grünflächen sowie Planung der Sportanlagen miteinbezogen und konnten ihre Anliegen einbringen (z.B. zur Größe der Sporthalle oder der Wunsch nach Außensportanlagen wie Beachvolleyballplätze), welche auch berücksichtigt und umgesetzt wurden. Dabei ist in allen Einrichtungen geklärt, wie eine medizinische Notfallversorgung auch in mobilfunkschwachen Regionen wie Waldgebieten, die Verfügbarkeit von Erste-Hilfe-Maßnahmen und abrufbereite Notärzt/innen gewährleistet werden können. Berichtet wird auch, welche technischen Hilfsmittel (z.B. Pulsoxymeter) Therapeut/innen bei therapeutischen Outdoorangeboten bei sich haben müssen.

Wie bereits angeführt war bekannt, dass an allen befragten Einrichtungen Trainingstherapieeinheiten im Grünen stattfinden. Hinsichtlich der Therapieumsetzung im Freien teilten sich die Befragten in zwei Gruppen:

- Die Gruppe der „*Außenraumnutzer*“ verlegen vor allem ihre Nordic Walking oder Wander- sowie Motorikpark-Einheiten ins Freie und passen nur vereinzelt klassische gruppentherapeutische Einheiten den Gegebenheiten der vorhandenen Außenflächen an (z.B. Treppenlauf).
- Die Gruppe der „*Außenraumbefürworter*“ ist überzeugt davon, dass die Outdoor-Therapie für die Patient/innen einen Mehrwert bringt. Sie führt demnach *auch alle anderen* Einheiten im Grünen durch, sofern die therapeutischen Inhalte im Freien umgesetzt werden können und bei denen es Trainingsmaterialien und Wetterverhältnisse zulassen (z.B. Muskelkräftigung mit elastischen Bändern oder Rad fahren). Sie nutzen die dafür vorgesehenen Außensportanlagen und Trainingsgeräte.

Insgesamt hat sich gezeigt, dass die Häufigkeit der im Außenraum durchgeführten Einheiten sehr stark vom jeweiligen Fachbereich abhängig ist, auf den sich die Einrichtung spezialisiert hat. So lässt sich beobachten, dass Zentren mit dem Fokus auf Kardiologie drei bis vier Ausgänge pro Woche machen, während therapeutische Einrichtungen für Orthopädie oder Pulmologie meist wetterabhängig entscheiden, ob die Einheiten draußen stattfinden können: „Wenn das Wetter schön ist (...), kann man sagen fast täglich“ (R24, 281). Auch die neurologische Abteilung der AUVA Häring handhabt dies mit ihren querschnittsgelähmten Patient/innen so.

Das für die Befragung ausgewählte psychiatrische Rehabilitationszentrum stellt diesbezüglich ein Spezifikum dar. Hier können die Patient/innen mitentscheiden, da die Partizipation für den Genesungsprozess vieler psychischer Erkrankungen einen Mehrwert bringt. Patient/innen können sich dadurch über ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse klar werden. „Und da ist es wichtig, dass sie sich wieder selbst damit auseinander setzen ‚Was will ich?‘ und ‚Was kann ich eigentlich schon?‘, also die Eigeneinschätzung fördern, und da ist die erste Entscheidung ‚Will ich draußen sein oder will ich rein gehen?‘“ (M83, 139). Daher ist festzuhalten, dass das Verhältnis zwischen Indoor- und Outdoor-Einheiten auch davon abhängt, wie stark Patient/innen in Entscheidungen eingebunden werden. Werden die Patient/innen nicht eingebunden, dann zeigt sich, dass rund 20% der Einheiten outdoor und 80% der Einheiten indoor angeboten werden. Überall dort, wo die Patient/innen mitentscheiden können, liegt das Verhältnis bei etwa 40% Outdoor- und 60%

Indoor-Einheiten. In der Psychiatrie wird den Patient/innen täglich freigestellt, wo sie ihre Therapieeinheiten durchführen wollen, wonach folglich im Durchschnitt täglich eine Indoor- und eine Outdoorgruppe entsteht. Diesen Resultaten zufolge tendieren Patient/innen verstärkt zu Outdoor-Einheiten.

Insgesamt sind interessanterweise alle Therapeut/innen sehr zufrieden mit der Aufteilung von Outdoor- und Indoor-Therapie. Zwei der Befragten waren sich einig, dass es draußen immer schöner ist, „aber man kann nicht alle inhaltlichen, therapeutischen Ziele draußen verfolgen“ (H11, 341) und sie sind sich einig, dass die therapeutischen Ziele im Vordergrund stehen. Erschwernisse mit der Durchführung von Therapien im Freien haben meist mit dem Erkrankungsbild und den dazugehörigen medizinischen Fachbereich zu tun. So ist im orthopädischen Behandlungsbereich meist besondere Aufmerksamkeit auf die Untergrundverhältnisse und die Rutschgefahr zu richten, während im psychiatrischen Bereich der Sicherheitsaspekt (z.B. bei Suizidgefahr) vornean steht.

Zur Beteiligung und Stimmung in der Gruppe gaben die Hälfte der Therapeut/innen an, dass eine Therapie im Freien stimmungsaufhellend wirkt und manchmal sogar als Anstoß für sehr persönliche Gespräche dient: „Wennst mit ihnen spazieren gehst, da erzählen sie dir Sachen, das würden sie dir auf der Station nie erzählen“ (M83, 555). Die anderen Therapeut/innen gaben an, dass die Outdoor-Einheiten immer gut angenommen werden, es sei denn, das Wetter sei schlecht. Die Antworten zeigten auch, dass eine nicht vorhandene Mitbestimmungsmöglichkeit der Patient/innen über den Therapieort mit weniger positiver Stimmung einhergeht.

Auf die Frage, wie die Therapeut/innen mit schwierigen oder Notfallsituationen im Freien umgehen, meinte ein Teil der Befragten, dass sie in solchen Fällen auf das zusätzliche Notfallpersonal angewiesen seien, um den Rest der Gruppe nicht zu vernachlässigen. Die anderen Therapeut/innen berichten von Situationen wie Stürzen oder Wettereinbrüchen: „Man versucht natürlich ganz gut aufzupassen auf die Patienten, Hinweise zu geben (...). Ich sage immer, wo gehobelt wird, da fallen Späne“ (H11, 397).

Zur abschließenden Frage, ob auch andere Therapiefelder die Natur oder die Grünflächen für ihre Therapien nutzen, gab es an zwei Institutionen ein klares Ja. Hierbei handelt es sich um die Fachbereiche Orthopädie (mit Spezialisierung auf Amputationen), Neurologie (mit Spezialisierung auf Querschnittslähmungen) und Psychiatrie. An den anderen beiden Institutionen war dies nicht der Fall.

Zufriedenheit

Mit der Berufswahl und der damit verbundene Arbeitspraxis sind drei der befragten Personen völlig zufrieden. Eine Person (M83, 565) meinte: „Ich bin in der glücklichen Lage, mein Hobby zum Beruf gemacht zu haben“ und auch die anderen stimmten zu, dass sich Beruf und Freizeitinteressen getroffen haben. Auch die Praxis entwickelte sich bei diesen Personen positiver als vorher erwartet. Drei Befragte, für die ihr Arbeitsplatz auch die erste Wahl war, sprachen der Arbeitsstelle besonderes Lob aus und würden diese auch unbedingt weiterempfehlen.

6.3. ERGEBNISDARSTELLUNG

Für die Interviewstudie wurden Therapeut/innen jener Rehabilitationszentren ausgewählt, die rehabilitative Maßnahmen im Freien durchführen. Die Umsetzung und Durchführung von außerhäuslichen Therapieangeboten unterscheidet sich jedoch von Standort zu Standort. An allen Standorten wird das Potential für eine therapeutische Nutzung der Außenflächen gut bewertet. Sie sind landschaftlich gut gelegen und aufgeschlossen. Die Außenflächen können von den Therapeut/innen für die Therapie genutzt werden und sind für die Patient/innen auch in ihrer Freizeit zugänglich.

Die Bedeutsamkeit der grünen Umgebung wird von den Therapeut/innen verschieden begründet. Während ein Teil der Befragten mehrmals die gewinnbringende Wirkung der natürlichen Umgebung auf den Genesungsprozess des jeweiligen Erkrankungsbildes betont, findet diese bei anderen Interviewten keine gezielte Erwähnung.

Also Außenflächen, ich find das extrem wichtig, weil ganz einfach, wennst immer nur drinnen bist, fällt dir irgendwann die Decke auf den Kopf. Man muss sich ja vorstellen, wenn man selber lang drinnen ist und es geht einem gut, dann hat man auch schon das Bedürfnis, rauszugehen. Und wenn's einem jetzt auch noch nicht gut geht, dann erdrücken dich die Wände irgendwann einmal. Wenn man draußen ist, dann hat man einfach mal eine anregende Umgebung, wo Natur ist. Wir sind halt mal, althergebracht, für draußen geschaffen, weil wenn wir das nicht wären, dann würden wir anders aussehen. Die Natur draußen ist einfach eine

natürliche Umgebung für uns. Gerade wenn es einem schlecht geht, ist es extrem wichtig, dass man raus kommt ins Grüne. (M83, 340)

Je naturverbundener die befragte Person ist, desto eher befürwortet sie Therapieeinheiten im Grünen. Haben die Therapeut/innen mehr Gestaltungsfreiraum, so lässt sich beobachten, dass auch vermehrt Therapien im Freien abgehalten werden. Die Häufigkeit der Outdoor-Therapien ist auch höher, wenn Therapeut/innen ihre Patient/innen nach deren Wünschen fragen.

Den Ergebnissen der vorliegenden Befragung zufolge gab es Unterschiede in der Umsetzung der Trainingstherapien im Freien, wodurch zwei Gruppen gebildet wurden. Zum Einen die Gruppe der „Außenraumnutzer“, welche nur jene Einheiten im Freien durchführt, die auch dafür vorgesehen sind (wie z.B. Wandern und Nordic Walking). Die zweite Gruppe, die „Außenraumbefürworter“, nutzen den Außenraum vielfältiger und führen die Trainingstherapie häufiger im Freien durch. Die befragten Therapeut/innen dieser Gruppe betreiben auch privat Outdoorsport. Gibt es ein persönliches Interesse an Natursport, so besteht auch ein höheres Interesse der Einrichtung an naturgestützten Therapien. Dabei stellt sich die Frage, von wessen Seite dieses Interesse ausgeht. Grundsätzlich bedurfte es an allen vier Einrichtungen seitens der obersten Entscheidungsträger einer starken Affinität zu Sport. Diese setzen sich in einer rehabilitativen Einrichtung in der Regel aus der ärztlichen Leitung, der Pflegedienstleitung und der Verwaltungsleitung zusammen. Dass es zur Planumsetzung und Ressourcenbewilligung (z.B. für einen Ausbau des Außenbereichs) kam, lag oft in der Überzeugung dieser Personengruppen begründet. Es gab auch Einrichtungen, welche die Wünsche und Anregungen der Therapeut/innen in entsprechende Planvorhaben miteinbezogen. Nachträglich zeigt sich, dass an diesen Rehabilitationszentren im Vergleich zu jenen, an welchen die Therapeut/innen nicht befragt wurden, mehr Ressourcen für die außerhäusliche Therapie vorhanden sind. Mit einer vermehrten Ressourcenbereitstellung im Außenraum steigt auch die Zahl der im Freien durchgeführten Einheiten. Ebenso interessant ist, dass dort dann auch Therapeut/innen anderer Therapiefelder vermehrt Einheiten im naturnahen Raum abhalten. Ist das Freizeitangebot im Grünen geringer, so wird der Außenraum auch weniger für Therapiezwecke genutzt.

Die meisten Limitationen der Outdoor-Therapie stehen in Verbindung mit Wetter- und Untergrundverhältnissen, darunter Rutschgefahr, Unwetter, Gräserallergien und extreme Hitze. Jedoch halten Therapeut/innen auch aus organisatorischen Gründen die Durchführung von Therapien im Freien für schwierig. Dort wo Erschwernisse

organisatorisch begründet wurden, sind die Outdoor-Einheiten nur auf Nordic Walking oder den Motorikpark reduziert. Auch die zeitliche Begrenzung von Therapieangeboten auf 60 Minuten stellt für eine befragte Person eine Schwierigkeit dar, während diese Vorgabe die anderen Einrichtungen nicht beeinträchtigt.

Die Samplingauswahl zeigt, dass Zentren verschiedener Indikationsbereiche ihre Therapien im Freien abhalten. In allen vier Rehabilitationsbereichen (neurologische, orthopädische, kardiologische und pulmologische Rehabilitation) konnte die „grüne“ Trainingstherapie erfolgreich umgesetzt werden. Die Grundsicherheitsmaßnahmen, die für die Outdoor-Therapie einzuhalten sind, sind für alle Therapiebereiche dieselben und umfassen Erste-Hilfe-Maßnahmen sowie die telefonische Erreichbarkeit und Verfügbarkeit eines/r abrufbereiten Notfallarztes/ärztin. Hinsichtlich der jeweiligen Erkrankungsbilder können damit verbundene Gefahrenquellen beim Training im Freien auftreten, wie Gräserallergien bei pulmonalen Erkrankungen oder gemindertes Hitze-/Kälteempfinden bei Querschnittslähmungen. Je nach Erkrankungsspezialisierung des jeweiligen Rehabilitationszentrums ist darauf besonders zu achten. In solchen Fällen steht aus Sicht der Befragten immer das Wohl der Patient/innen über den Interessen der Gruppe bzw. der Therapeut/innen.

Welche Zusammenhänge lassen sich zwischen Berufszufriedenheit und Outdoor-Therapie ableiten? Grundsätzlich sind drei Viertel der Befragten überaus zufrieden in und mit ihrem Beruf. Die Hälfte der Therapeut/innen hat eine leitende Tätigkeit inne, was aber aus deren Sicht nicht mit einer vermehrten Berufszufriedenheit einhergehen muss. Das Interesse an der Outdoor-Therapie folgt meist einem persönlichen Interesse am Natursport. Wo die naturnahe Umgebung eine große Rolle spielt, wird auch vermehrt an einer naturnahen Therapieumgebung festgehalten. Der Gestaltungsfreiraum ist kein zwingendes Maß für die Zufriedenheit der Therapeut/innen mit den am Rehabilitationszentrum durchgeführten Outdoor-Therapien. Auch dort, wo weniger Gestaltungsfreiraum gegeben ist, sind die Therapeut/innen mit den Möglichkeiten der Außenraumnutzung einverstanden. Ganz deutlich zeigt sich, und damit soll die Darstellung der Ergebnisse ihr Ende finden, dass die Berufszufriedenheit dort am größten ist, wo am meisten draußen gearbeitet wird.

7. TRAININGSTHERAPIE IN DEN GRÜNRÄUMEN DER REHABILITATIONS-EINRICHTUNGEN

Die Patient/innen der vier befragten Einrichtungen sind erfolgreich in Natur und Grünland bewegungsaktiv. An zwei Institutionen ist die Einheit im Grünen auf das Wandern bzw. Nordic Walking begrenzt oder es wird im vorhandenen Motorikpark Gleichgewicht, Propriozeption, Koordination, Kraft und Kraftausdauer trainiert. Die anderen Einrichtungen erweitern ihre Trainingsräume und verlagern Therapieeinheiten mit Kraft, Ausdauer oder Koordinationsschwerpunkt nach draußen auf Hartplatz, Laufbahn, Sandplatz, Wiese oder ein Gelände mit unterschiedlichen Hangneigungs- und Untergrundverhältnissen.

Von besonders positivem Therapiewert ist bei letzteren die Umlegung von therapeutischen Maßnahmen auf eine alltagsgetreue Situation, wovon der/die Patient/in nach der Rehabilitationsphase sehr profitiert. So meint eine Theurapeutin zum Einsatz von Außenräumen mit querschnittsgelähmten Patient/innen:

...der wohnt in der und der Gegend, der hat zum Hausweg solche Anstiege, mit dem muss man Steigungen fahren oder der hat Familie, der hat zwei Kinder, für den wäre ideal, dass er dieses Modell von den Handbikes bekommt. Das mache ich zum Beispiel dann mit ihm. (H11, 145)

Besonders im orthopädischen Therapiebereich, wo Patient/innen häufig von Problemen der unteren Extremitäten betroffen sind, profitieren die Rehabilitand/innen von einer Gangschule unter alltagsrelevanten Rahmenbedingungen und Untergrundverhältnissen. Im trainingstherapeutischen Behandlungsbereich und in vielen anderen Therapiefeldern wird die Natur nicht nur als räumliche Umgebung genutzt, sondern auch Elemente aus der Natur werden in die Therapiegestaltung einbezogen. Der Untergrund oder Barrieren an Gebäudeeingängen können beispielsweise für querschnittsgelähmte oder orthopädische Patient/innen alltagsrelevante Situationen unter kontrollierten Bedingungen simulieren. Diese nehmen Ängste und Hemmungen vor Stürzen oder unvorhergesehenen Herausforderungen.



Abbildung 9: *Mobilitätstraining im Gelände* (RSCTU, 2018, Zugriff am 21. Jänner 2019 unter <http://rsctu.at/mobi-kurs-13-07-2013/>)

Das Training unter alltagsnahen Bedingungen trägt auch in hohem Ausmaß zur psychischen Alltagsbewältigung bei. Das geschützte und klinische Umfeld eines Rehabilitationszentrums sowie gute Gruppenkohäsionen in der Therapie sind bestärkend für die Patient/innen. Nach der Entlassung müssen diese ihren Alltag zuhause selbständig bewältigen, was oft zur Überforderung führt. Eine Therapie unter natürlichen Umweltkonditionen kann die Patient/innen auf den Alltag zuhause besser vorbereiten.

Nachfolgend wurde die Diversifikation der Natur und ihre Wirksamkeit auf eine psychisch erkrankte Person von einem Therapeuten treffend geschildert:

Gerade bei Spaziergängen kann man alle Sinne anregen. Du hörst was, (...) wie die ganzen Vögel zwitschern oder du hörst das Rascheln von den Blättern im Wind, das sind lauter so Sachen, die besonders bei depressiven Patienten wirken. Bei denen ist es ja so, die nehmen ihre Umgebung nicht mehr wahr. Da kann man sie ganz gezielt auf das hinführen. Oder taktile Reize, wir gehen im Wald z. B. nicht nur auf den Wegen, sondern auch sehr viel querfeldein, z. B. am Moos oder du musst auf Äste steigen, wo der Fuß dann kippt (...). Taktile Reize kann man auch ganz gezielt nutzen, indem man sagt „Schau mal, die Rinde, wie rau die ist!“ und dann greift er’s an oder einen glatten Baum, oder einfach Blätter berühren und das samtige Blattgefühl, wie beispielsweise das der Königskerze. Dann kann man auch (...), es gibt ja extrem viel Kräuter da

bei uns, da kostet man z. B. eine Vogelmiere, die schmeckt nach Kukuruz (...). Oder mit den Gerüchen von draußen zu arbeiten, ein Holz, das harzig ist, oder wenn ein Holz geschnitten wird, und so, wie's jetzt ist, die ganzen Blumen und die Blüten. In einen Spaziergang lässt sich extrem viel verpacken. (M83, 395)

Bei psychiatrisch-erkrankten Personen unterstützt die Trainingstherapie die optische und auditive Reizwahrnehmung, aber auch das Gleichgewichts- und Rhythmusgefühl. Eine besondere Wirkungskraft hat die Sporttherapie auf das Sozialverhalten. Sie schult Durchsetzungsvermögen, Kritikfähigkeit, Rücksichtnahme und Akzeptanz gegenüber anderen, so der durchführende Therapeut (M83). Sport kann durch einem Abbau von Aggressionen und Spannungen weiterführend zu einer Kanalisierung von Emotionen führen, was wiederum ein harmonischeres Therapieverhalten bewirkt. Dies kann auch eine Reduktion von Medikamenten (z.B. für Aggressionsabbau und Entspannung) zur Folge haben, was ein primäres Streben der psychiatrischen Rehabilitation ist. Ein ähnlicher Effekt der Schmerzlinderung entsteht auch bei Entzugssymptomen.

Welchen Mehrwert eine Therapieeinheit im Grünen für die Gemütsverfassung eines traumatisch verursachten Rehabilitationsbelanges hat, zeigt auch eine Schilderung der Therapeutin aus der Unfallversicherungsanstalt:

Es ist ein Stimmungsaufheller, es ist eine schöne Gegend, es scheint die Sonne, man bewegt sich in der frischen Luft. Da ist meistens eine sehr aufgelockerte Atmosphäre, eine gute Stimmung. Kann auch sein, dass der eine oder andere mal ein bisschen auftaut und ein Problem erzählt. Und man bleibt halt nach der Einheit auch noch ein paar Minuten stehen. Also eine gute Stimmung, die Leute sind einfach froh, vor allem die, die so lang gelegen sind (...), dass sie sich draußen bewegen können. Also das ist für viele glaub ich ein irrsinniges Geschenk wieder. Sich selbstständig in der Natur bewegen zu können. Vor allem für die Querschnittsgelähmten ist das glaub ich nicht selbstverständlich, sondern ein Geschenk. Ja. (H11, 380)

Die meisten Therapieinhalte lassen sich sowohl im Innen-, als auch im Außenraum erfüllen. Das Therapieziel steht dabei im Fokus der Einheit, was eine Grundvoraussetzung zur Rehabilitation ist. Vom Therapieziel abgeleitet können die Inhalte der Einheit festgelegt und gestaltet werden. Es sind zumeist die Trainingsgeräte, die letztlich das Therapievorhaben einschränken: „Also alles, was ich auf der Matte machen muss, Gymnastik auf der Matte, das geht draußen nicht, die Matten dürfen ja draußen nicht aufgelegt werden und da muss man schon sagen, gewisse Inhalte kann man draußen nicht erfüllen“ (H11, 343). Besonders für Rehabilitand/innen, die nicht lange stehend verbleiben können, eignet sich die Bauch- und Rückenlage oder die Sitzposition zur Übungsausführung.

Aber auch der Rehabilitationsfortschritt trägt wesentlich dazu bei, ob in alltagsnahem oder in therapeutischem Umfeld trainiert wird. Bei vielerlei Erkrankungen bedarf es nicht nur einem Aufbau physischer Komponenten wie der Muskelmasse oder der Ausdauerleistungsfähigkeit, sondern auch einer Stärkung psychischer Aspekte wie dem Selbstbewusstsein und der Selbstwirksamkeit.

Es ist ein Teil der Fertigkeiten eines/r Trainingstherapeut/in, in heterogenen Gruppen Personen mit geringerem Rehabilitationsfortschritt gleichermaßen zu fordern wie jene, die größere Fortschritte im Rehabilitationsverlauf zeigen. Beim Wandern etwa werden Rehabilitand/innen mit unterschiedlichen Leistungsniveaus sehr gut gefordert. Eine leistungsadäquate Abstufung wird mittels variabler Therapiedauer oder Wanderdistanz geschaffen. Eine Vielzahl beschilderter Wandermöglichkeiten bietet das Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs (siehe Abbildung 10). Wanderrouen mit unterschiedlichen Distanzen und Anforderungen wurden kartografisch dargestellt und ähnlich zu Schipisten farblich markiert. Die Konditionen werden auf einer Karte im Überblick veranschaulicht und schaffen dadurch die Möglichkeit einer Vergleichbarkeit und einer nachweislichen Fortschrittsüberprüfung. Die Besonderheit dieser Wanderwegsaufschließung liegt an der öffentlichen Begehrbarkeit und der exzellenten Beschilderung, was den Patient/innen (oder Besucher/innen und Anrainer/innen) auch in ihrer Freizeit die Möglichkeit gibt, sich für ihren Rehabilitationsfortschritt einzusetzen oder mental zu entspannen.



Abbildung 10: Kartografische Darstellung und Markierung der Wanderrouen im Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs (Quelle: Autorin)

7.1. CHECKLISTE FÜR DIE UMSETZUNG VON TRAININGSTHERAPIEN IM GRÜNEN

Aus den Ergebnissen der qualitativen Befragung lässt sich eine Reihe von Richtlinien konstruieren, welche die praktische Umsetzung einer Therapiegestaltung im Freien an Rehabilitationsbetrieben zu unterstützen wissen. Sie sollen hier in Form einer Checkliste veranschaulicht werden.

7.1.1. BEWUSSTSEINSBILDUNG UND KNOW-HOW

Es hat sich herausgestellt, dass Naturverbundenheit oder Interesse an naturverbundenen Sportarten und Hobbys seitens der Therapeut/innen es sehr stark beeinflusst, ob eine Therapieeinheit im Freien stattfindet oder nicht. Personen, die sich weniger im naturnahen Umfeld aufhalten, beschäftigen sich auch weniger mit den positiven Einflüssen dieser auf den Menschen, wie die Ergebnisse der Befragung zeigten. Soll es zu vermehrter Outdoor-Arbeit an Gesundheitseinrichtungen kommen, so müssen diese Effekte ins Bewusstsein des Personals gerückt werden. Hier kann von jenen zahlreichen physischen und psychischen Effekten gesprochen werden, wie sie zu Beginn der Arbeit ausführlich dargelegt wurden, aber auch von positiven Effekten im Bezug auf bestimmte Erkrankungsbilder. Die positiven Auswirkungen der naturbegleiteten Trainingstherapie auf lebenswichtige Organe wie Herz und Lunge, auf die Hormonausschüttung des Zentralen

Nervensystems, auf das Muskel- und Bindegewebe in der Peripherie und im Besonderen in ihrer vielzähligen Weise auf die Psyche des Menschen verdeutlichen, dass der Einsatz dieser Therapieform in allen rehabilitativen Bereichen von großer Bedeutung und Wertigkeit ist.

Eine Schulung des Personals kann durch Wissenvermittlung sowie eine Darlegung von Studien, etwa im Rahmen eines Vortrags oder Workshops, erzielt werden. Um die positiven Auswirkungen der naturnahen Umgebung auch für die Therapeut/innen spürbar zu machen, eignet es sich, die vorgetragenen Inhalte durch praktische Anwendungsbeispiele aus einer Outdoor-Einheit zu ergänzen. So erleben die Therapeut/innen fühlbar das Gesprochene aus der Position der Patient/innen und erfahren eine Überleitung in die praxisrelevante Anwendung.

Für die erfolgreiche Durchführung bedarf es neben der Bewusstseinsbildung auch einer Hinführung zur praktischen Umsetzung. Ein Näherbringen von Handhabungs- und Ausführungstipps für eine Trainingstherapie im Außenraum mit Beispielprogrammen und -einheiten schafft Praxistauglichkeit, Anwendbarkeit und Greifbarkeit für die Therapeut/innen. Besonders bei einer Neueinführung der therapeutischen Außennutzung in Großeinrichtungen bedarf es einer Standardisierbarkeit, die einfach umzusetzen ist. Ein wesentlicher Charakter der naturbegleiteten Trainingstherapie ist die einfache Anwendbarkeit, da Umfeld und Materialien von der Natur zur Verfügung gestellt werden. Des Weiteren könnten Gestaltungs- und Nutzungsmöglichkeiten von Grünflächen aufgezeigt werden. Die Entwicklung eines Handbuches für trainingstherapeutische Einheiten im Freien würde also Standardisierung und Nachvollziehbarkeit vereinen und Praxisanleitungen verbildlichen. Zusammen ergibt sich daraus eine Vermittlung von Wissen und Know-how, welche die Umsetzung von Outdoor-Therapien unterstützen.

7.1.2. INTERESSE SEITENS DER INSTITUTION

Die Abhaltung von Therapien im Freien wie beispielsweise Wanderungen oder Nordic Walking kommt erfahrungsgemäß dann zustande, wenn das Interessensgebiet des Outdoorsports oder die Naturverbundenheit unter den Führungskräften der rehabilitativen Einrichtung gegeben ist. Sind die obersten Instanzen von den Wirkungen der Trainingstherapie überzeugt und betreiben auch selbst gern Sport, so werden finanzielle, bauliche und organisatorische Aufwände bereitwilliger in Kauf genommen als ohne Verbindung. Eine Darlegung der zahlreichen gesundheitsfördernden physischen und psychischen Wirkungen von Bewegung und Sport im Grünen sollte vorab die kollegiale

Führung erreichen. Erst nach vorangegangener Überzeugung der ärztlichen Leitung, der Pflegedienstleitung und der Verwaltungsleitung kann über strukturelle und organisatorische sowie evtl. auch bauliche Aufwände gesprochen werden.

So wurde beispielsweise an zwei Rehabilitationszentren ein Beachvolleyballplatz mit der Begründung errichtet, dass die Patient/innen in ihrer Frei- und außertherapeutischen Zeit einer Beschäftigung oder Unterhaltung nachgehen und die Krankheit beiseite legen können. Diese Anschaffung basierte damals auf der Idee eines engagierten Therapeuten, der sich damit an die Direktion wandte, erzählt ein heutiger Therapeut dieser Institution: „Wir sind in der glücklichen Lage, dass vor allem der Pflegedirektor und der Verwaltungsdirektor selber Sportler sind und es einfach wissen und schätzen, wie wichtig die Umgebung ist“ (M83, 355).

Unter den befragten Einrichtungen wurden die Idee bzw. das Anliegen zur therapeutischen Außenraumnutzung einerseits seitens der Mitarbeiter/innen geäußert, wie das eben genannte Beispiel zeigt. Andererseits wurden sie, wie für die anderen beiden Fälle zutreffend, von einem externen Unternehmen vorgebracht, wie es beim Bau der Motorikparks der Fall war. Hier wirkte an beiden befragten Institutionen die Motorik Dreams GmbH unter der Leitung des Sportwissenschaftlers Dr. Roland Werthner. Er verfolgt mit seinem Unternehmen die Planung und Entwicklung von Motorikparks nach sportwissenschaftlichen Kriterien sowie die bauliche Umsetzung dieser „individuell gestalteten Outdoor-Bewegungsareale“ (Motorik Dreams GmbH, 2017, Zugriff am 21. Jänner 2019 unter <http://www.motorikdreams.com/der-motorikpark/konzept/>). Das Unternehmen bietet dabei eine Auswahl von über 500 Gerätevariationen, die sich auf etwa 40 Stationen aufteilen lassen (siehe Abbildung 11 und Abbildung 12). Die Übungen orientieren sich konstitutiv an den fünf motorischen Grundfähigkeiten der Sportwissenschaft, was bei vollständiger und korrekter Ausführung einen Trainingseffekt zum Ziel hat. Der mit der Errichtung verbundene finanzielle Aufwand wurde von der rehabilitativen Einrichtung oder der Gemeinde getragen, welche im letzteren Fall auch Eigentümer des Motorikparks ist. Hier befindet sich der Motorikpark nicht am Grundstück des Rehabilitationszentrums, sondern die Grundstückseigentümer gaben das Grundstück an die Gemeinde ab, womit die Benutzung des Motorikparks der Öffentlichkeit unterliegt.



Abbildung 11: Stationenüberblick Motorikpark am Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs (Quelle: Autorin)

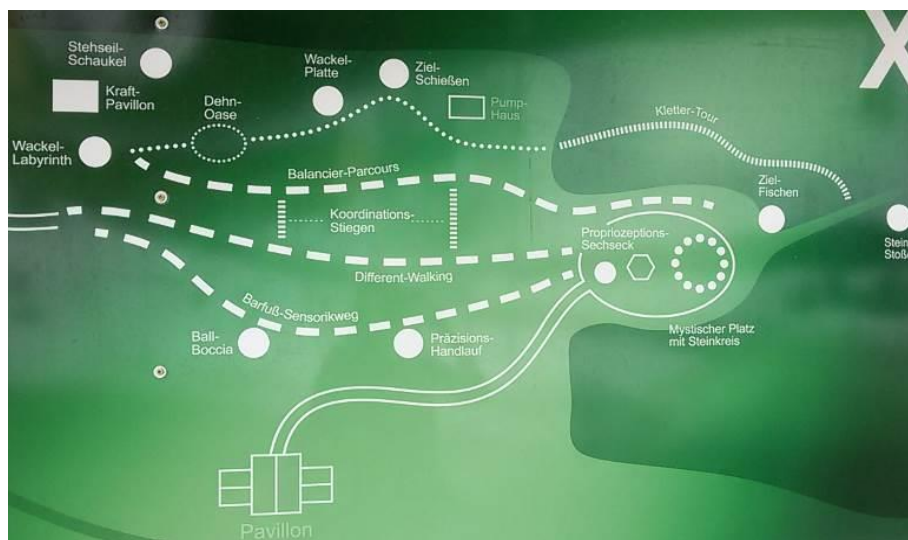


Abbildung 12: Stationenüberblick Motorikpark am Rehabilitationszentrum Raxblick (Quelle: Autorin)

7.1.3. INTERESSE SEITENS DER THERAPEUT/INNEN

Eine weitere Erkenntnis aus der Befragung zeigte die Bedeutsamkeit eines Therapeut/innenteams, das von der Wirksamkeit der natürlichen Umgebung auf den Genesungsprozess des Menschen überzeugt ist. Wie bereits angedeutet wurde, ist das Entstehen von Outdoor-Therapien größtenteils dem Bemühen der Therapeut/innen zuzuschreiben. Es sind zumeist überzeugte Therapeut/innen, welche sich um eine Umsetzungsmöglichkeit bemühen und mit ihren Ansuchen an die leitende Instanz herantreten.

So wurde am Landeskrankenhaus Mauer im Jahr 1972 die „Betriebssportgemeinschaft“ gegründet. Ihre Anfänge fand sie in Fußballturnieren zwischen Direktion und Verwaltung, was später in Bedienstetenturnieren zwischen mehreren Psychiatrischen Kliniken des Landes überlief. „Als ich im Jahr 1956 den Dienst in die Nervenkrankenhaus Mauer antrat, hätte ich nie gedacht, dass auch hier Sport betrieben wird“, so der Gründungsvorsitzende Karl Wimmer (Betriebssportgemeinschaft Mauer, 2002, S. 6). Als sich die Betriebssportgemeinschaft 1972 als Verein organisierte, hatte sie damals bereits sechs Sektionen, nämlich Fußball, Tischtennis, Wintersport, Wandern, Tennis und Zimmengewehrschießen. Im Laufe der Jahre erweiterten sich die Angebote um Rad fahren, Motorboot fahren, Fitness, Bergwandern, Billard, Squash, Schach, Gymnastik und Badminton. Die dafür benötigten Räumlichkeiten (siehe Abbildung 13) wurden „in Eigenregie“ und „mit vielen freiwilligen Arbeitsstunden“ der Bediensteten errichtet, so der heutige Vorsitzende Franz Hinterholzer (ebd., S. 9). Finanzielle Unterstützung fand der Verein seitens der Niederösterreichischen Sportförderung sowie der Verwaltung des Landeskrankenhauses. Die Idee hinter dem Vereinsvorhaben war vorerst an dem Wohle der Mitarbeiter orientiert, so Vorsitzende Hinterholzer:

Einen weiteren positiven Aspekt erzielen wir dadurch, dass auf Grund der vielen Möglichkeiten alle Schichten der Bediensteten ihre gemeinsamen sportlichen Interessen und Hobbys mit anderen teilen können. Dabei können eventuelle Tabus, Vorurteile, etc. abgebaut und überwunden werden. Es kommt auf den Sportanlagen zu kollegialen und herzlichen Beziehungen, die sich wieder sehr positiv auf das Arbeitsklima und somit auch auf die Patienten auswirken. (ebd., S. 9)

Durch die Errichtung der Sportplätze und -räume kam es dazu, dass die Beschäftigungstherapie mit Sport- und Freizeitaktivitäten ergänzt wurde. Nach zunehmender Beliebtheit wurde die Sporttherapie 1997 offiziell ins Therapieprogramm aufgenommen, wo sie bis heute besteht.



Abbildung 13: *Umbau des Altgebäudes zum Sportzentrum der BSG Mauer*
(Betriebssportgemeinschaft Mauer, 2002, S. 30)

Neben der Unterstützung und Befürwortung der Führungskräfte ist es dem starken Interesse und Einsatz der Therapeut/innen zuzuschreiben, dass die zahlreichen Sportmöglichkeiten mit ihrer Diversifikation heute an der rehabilitativen Einrichtung zur Verfügung stehen und von den Patient/innen tatkräftig und beschwingt ausgeübt werden, was einen wertvollen Betrag zum Genesungsprozess leistet.

7.1.4. LANDSCHAFTLICHE EIGNUNG UND KOOPERATIONSBEREITES UMFELD

Um trainingstherapeutische Maßnahmen im Grünen zu ermöglichen und gegebenenfalls Grünflächen zu adaptieren, wird ein naturnahes Landschaftsumfeld vorausgesetzt. Da sich die meisten stationären Rehabilitationshäuser im ländlichen und teils sogar abgeschiedenen Raum befinden, sind die Grundkonditionen für dieses Vorhaben vielerorts gegeben. Befindet sich eine Institution im urbanen Gebiet, wie es häufig im ambulanten oder klinischen Rehabilitationsbereich vorkommt, so lässt sich eine Therapieverlegung nach draußen nur mit einer ausreichenden Grundstücksgröße oder der unmittelbaren Nähe zu Grünflächen wie Parkanlagen oder Wiesen bewerkstelligen.

Auf Basis der in der vorliegenden Arbeit erhobenen Stichprobe wird angenommen, dass das Grundstück der meisten österreichischen Rehabilitationszentren auch unbebaute, begrünte Flächen miteinschließt. Solche umliegenden Grünflächen, aber auch Wald- und Asphaltplätze eignen sich optimal für Trainingstherapieeinheiten mit Handgeräten. Im

Optimalfall schließen sich diesen Flächen Geländer, Bäume, Zäune, Bänke oder Vorrichtungen aus dem Krafttraining wie Sprossenwände, Klimmzugstangen etc. an, die zur Hilfestellungen und als Trainingselemente dienen können.

Ist die Errichtung einer Sportanlage wie z.B. eines Beachvolleyballplatzes, einer Leichtathletikanlage oder einer Hartplatzfläche gewünscht, so bedarf es einer größeren Grundstücksfläche. Die Möglichkeit einer Beschattung sollte besonders in der neurologischen, aber auch in allen anderen Rehabilitationsfeldern geschaffen werden, da nach einer längeren Bettruhe ein verändertes Hitze- und Kälteempfinden sowie ein verminderter Kreislaufantrieb nicht auszuschließen ist.

Sieht man vom Fahrradergometer ab, so wird auch für die Verbesserung der kardialen Ausdauerleistungsfähigkeit mehr Bewegungsfläche eingefordert. Um bei länger andauernden Belastungszeiten eine monotone Umgebungssituation wie zB. im Fall von Hallenrunden oder Hausumrundungen zu vermeiden und die motivierende Wirkung der anregenden Landschaft ausreichend nutzen zu können, reichen die Flächen innerhalb der Grundstücksgrenzen in den meisten Fällen nicht mehr aus. Gerade beim Wandern oder Nordic Walking ist „der Weg das Ziel“ oder die nachweisliche Messbarkeit der zurückgelegten Distanz der Anreiz. Rundwege, die wieder zum Rehabilitationszentrum zurück führen, gleichen einer Wanderung abseits der Pathogenese, bieten ein abwechslungsreiches Umfeld und zeigen Zielverfolgungscharakter und Messbarkeit. Oftmals nutzen Rehabilitationseinrichtungen umliegende Forst- oder Wanderwege, die auch der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen. Befinden sich keine aufgeschlossenen Wege in unmittelbarer Nähe, so kann bei den Grundstücksnachbarn um Wegfreiheit oder Grunddienstbarkeit angesucht werden. Im Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs wurde dazu eine starke Zusammenarbeit mit der Gemeinde und den umliegenden Grundstücksbesitzer/innen angestrebt. Es erfolgte eine Aufschließung von Wander- und Nordic Walking Routen, die auf unterschiedlichen Höhenprofilen und Distanzen aufbauen und mit entsprechenden Schwierigkeitsgraden grafisch dargestellt und markiert werden (siehe Abbildung 14).

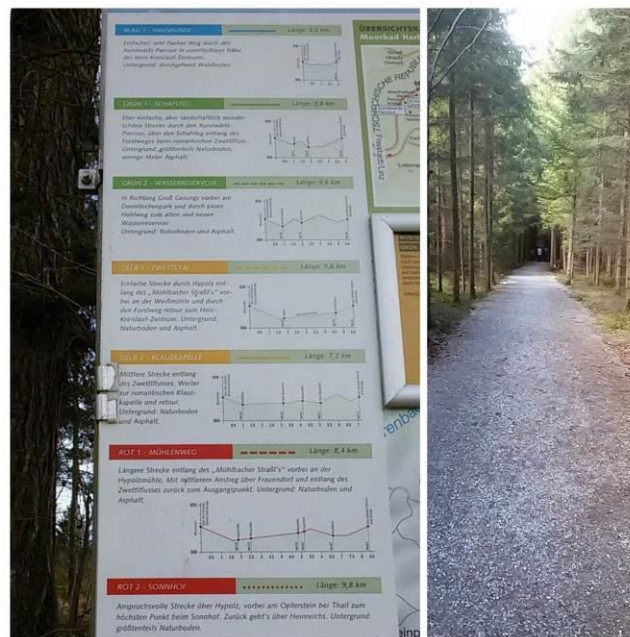


Abbildung 14: Wander- und Nordic Walking Routen in Groß Gerungs, dargestellt mit unterschiedlichen Distanzen und Höhenprofilen (Quelle: Autorin)

Die Wege sind rund um das Rehabilitationszentrum angeordnet und beinhalten Wegkreuzungen, sodass sie gegebenenfalls abgekürzt bzw. abgebrochen werden können, was wesentlich zur Sicherheit der Patient/innen beiträgt. Sie wurden entweder von der Gemeinde erworben und sind demnach auch öffentlich begehbar oder sind Eigentum der umliegenden Landwirt/innen oder des Rehabilitationszentrums selbst. Die Aufgabe, die Wege instandzuhalten und zu pflegen wird unter den Eigentümern aufgeteilt. Durch eine Kooperationsbereitschaft seitens der kollegialen Führung, der Gemeinde oder der Grundstücksnachbarn kann bestehendes Gelände genutzt und besser ausgelastet werden, ohne dabei hohe finanzielle oder bauliche Aufwände aufbringen zu müssen. Liegt ein Bestreben nach Outdoor-Sportplätzen und -Anlagen vor, so kann dies, wie die Befragung der ausgewählten Institutionen zeigte, mit baulicher und finanzieller Unterstützung und bei geeigneter Umgebungssituation realisiert werden (siehe Abbildung 15).



Abbildung 15: Outdoor-Areal zum Bewegen und Entspannen rund um das Rehabilitationszentrum Groß Gerungs (Herz-Kreislauf-Zentrum Groß Gerungs, Xund und Fit mit Herz - Resort)

7.1.5. THERAPIEZIEL BEWAHREN

Zu Beginn einer Rehabilitationsbehandlung wird anhand der ärztlichen Diagnose seitens Therapeut/in und Patient/in ein gemeinsames Therapieziel formuliert. Dieses Therapieziel soll mit dem Therapieziel, das der/die Patient/in vorab gemeinsam mit dem/der Arzt/Ärztin formuliert hat, kongruieren und steht im Zentrum der Behandlung. Ein Therapieziel soll *positiv formuliert* sein, um eine Vermittlung von Verzicht oder Entzug zu vermeiden. Es soll *individuell und umfassend bestimmt* sein, was bedeutet, dass die sozialmedizinischen Ziele der/des Patient/in dabei berücksichtigt werden. Nur durch eine *transparente* Darstellung können Therapeut/in und Patient/in einer ausführlichen Zielverfolgung nachgehen. Ziele sollen *messbar* und *erreichbar* sein, um die Behandlung mit einem positiven Ergebnis abzuschließen (Vogel, 1994, S. 755ff).

Die Entwicklung von Therapiezielen stellt die Basis der Qualitätssicherung im Rehabilitationssystem dar, da dadurch eine Beurteilung von Verlauf und Ergebnis bzw. der Zielerreichung gewährleistet wird. Durch die Zusammenarbeit mit dem/der Arzt/Ärztin oder dem/der Therapeut/in wird eine individuelle Patient/innenangelegenheit in eine standardisierbare Indikationsstellung übergeführt (Vogel, 1994, S. 751). Diese Zielsetzung dient nicht nur als Qualitätsmerkmal im Rehabilitationsprozess, sondern hat viel mehr Einfluss auf die Compliance und Adherence während und nach dem

Rehabilitationsaufenthalt. Durch die gemeinsame Formulierung werden die Interessen und Wünsche der Patient/innen ins Zentrum gerückt, was dessen/deren Motivation und Therapietreue steigert und längerfristig zum Behandlungserfolg beiträgt. Gleichzeitig erlangt der/die Therapeut/in einen Einblick über Wünsche und Wertbeimessungen des/der Patienten/in, was positiv zur Gesprächsführung beiträgt und eine verbesserte Therapeut/innen-Patient/innen-Beziehung unterstützt (Vogel, 1994, S. 753).

Das Therapieziel steht im Zentrum des therapeutischen Handelns, wonach sich die Planung und Gestaltung der Einheit orientiert. Im Rahmen der Befragung wiesen Therapeut/innen darauf hin, das Therapieziel unter Outdoor-Konditionen nicht zu vernachlässigen. Eine Einheit in Grünen verlangt oft mehr Kreativität und Spielraum, was sich bei der richtigen Vorbereitung und Ausstattung nicht benachteiligend auswirkt. Dennoch können vermehrte äußere Einflüsse die Prioritäten des therapeutischen Handelns verschieben, wodurch es besonders draußen wichtig ist, auf eine Richtungslenkung zum Therapieziel hin zu fokussieren.

7.1.6. MATERIALAUSLESE

Nicht alle Sportgeräte und -materialien eignen sich für eine Verwendung im Außenraum, da die Hygienebedingungen dies vereinzelt nicht zulassen. Um den finanziellen Mehraufwand für eine entsprechende Beschaffung von Neugeräten und -materialien zu verringern, besteht die Möglichkeit, auf abgenutztes Material zurückzugreifen. So finden funktionsfähige Trainingsgeräte, die bereits einem stärkeren Verschleiß unterliegen, eine Verwendung und eine Trennung zwischen Indoor- und Outdoor-Materialien wird gewährleistet.

Für den Einsatz im Freien eignen sich Trainingsmatten, Bälle und Gymnastikbälle, Tennis- oder Badmintonschläger, die ohne weiters aus vorangegangener Nutzung im Innenraum stammen können. Elemente aus der Leichtathletik wie Speer, Kugel oder Diskus sind fast ausschließlich im Außenraum einsetzbar, was für das Rehabilitationszentrum vermutlich eine Neuanschaffung bedeuten würde. Die Leichtathletik hat eine sehr wertvolle Position im Rehabilitations- und Behindertensport, da sie trotz einer Einschränkung der Funktionsfähigkeit der oberen oder unteren Extremität sowie der Herz- oder Lungenfunktion bzw. einer neurologisch-bedingten Einschränkung in ihrer disziplinären Vielfalt ausgeführt werden kann. Die Einbindung von Patient/innen mit körperlicher oder geistiger Einschränkung in eine international verbreitete und anerkannte Sportart bekräftigt sie zur Bewegung und schafft Integration und Zugehörigkeit (Huber et al., 2012, S. 161).

Besonders die Leichtathletik ist im Behindertensport gut vertreten. Der Zeitraum des Rehabilitationsaufenthalts kann einen Einstieg in den Behindertensport ermöglichen und zur nachgehenden Weiterführung ermutigen. Das Rehabilitationszentrum Häring ist im Bereich des Behindertensports sehr engagiert. Die Therapeut/innen veranstalten regelmäßig Sportfeste woran auch ehemaligen Patient/innen und Behindertensportler/innen teilnehmen (siehe **Abbildung 16**).



Abbildung 16: *Leichtathletische Disziplin Speerwurf am Sportfest des RZ Häring* (RSCTU, 2019, Zugriff am 21. Jänner 2019 unter <http://rsctu.at/galerie-2015/>)

Eine weitere Möglichkeit für das Training im Grünen stellen mobile Trainingsgeräte wie elastische Bänder oder Kurzhanteln dar. Sie verursachen geringe Anschaffungskosten und ihr Einsatz ist vielfältig. Damit werden im Freien Körperstabilisations-, Gleichgewichts-, Kräftigungs- und Koordinationsübungen einfach ermöglicht. Zusätzlich sind Übungen mit dem eigenen Körpergewicht denkbar, welche dieselben motorischen Fähigkeiten trainieren.

Nicht alle trainingstherapeutischen Methoden sind in den einzelnen Rehabilitationseinrichtungen von gleicher Bedeutsamkeit. Je nach Erkrankungsspezialisierung des Rehabilitationszentrums kann den unterschiedlichen Sport- und Trainingszugängen mehr oder weniger Wert beigemessen werden.

7.1.7. SICHERHEITSBESTIMMUNGEN UND -MASSNAHMEN

Mit der Einführung der naturnahen Therapie unter veränderten Umgebungsbedingungen entstehen naturgemäß neue Ansprüche an die Sicherheit. Die Verlagerung des therapeutischen Vorhabens ins Freie, also außerhalb der Räumlichkeiten, verändert das Distanzverhalten zur medizinischen Versorgung und verschärft somit die Sicherheits- und Erste-Hilfe-Vorsorge. Um im Freien Übersicht und Kontrolle zu gewährleisten, benötigt es Richtlinien, die das Gefahrenpotential einschränken und schnellstmögliches Handeln in Notfallsituationen ermöglichen.

Die befragten Einrichtungen setzen in deren Sicherheitsbestimmungen in erster Linie das Tragen eines Mobiltelefones voraus. Die Therapeut/innen sind dabei entweder mit dem privaten oder einem Diensttelefon ausgestattet und haben in Notfallsituationen die Möglichkeit, sofort Hilfe zu holen. Mit besonderer Achtsamkeit ist die Gefahr mobilfunkschwacher Regionen zu behandeln, die vermehrt in bewaldeten Abschnitten oder an abgelegenen, verkehrsärmeren Rehabilitationsstandorten auftreten kann.

Um schnellstmögliche Hilfestellung zu gewährleisten, muss stets ein/e Notfallarzt/-ärztin abrufbereit sein. Eine weitere Anforderung an die Therapeut/innen sind Kenntnisse zu Erste-Hilfe-Maßnahmen und das Mitführen einer Erste-Hilfe-Ausstattung. Zudem ist es unumgänglich, das nötige Fachwissen zum Umgang mit Notfallsituationen der jeweiligen Erkrankungsbilder, die im Rehabilitationszentrum betreut werden, mitzubringen sowie spezifische medizinische Geräte oder Notfallgeräte (z.B. Pulsoxymeter) mitzuführen. Können diese Qualifikationen nicht nachgewiesen werden, bedarf es einer Nachschulung. Des Weiteren gelten die standortspezifischen Sicherheitsbedingungen, die auch für Innenräume vorgesehen sind (z.B. bei Suizidgefahr).

Durch die oft wechselnden Witterungsverhältnisse wird der Umgang mit den variierenden Untergrundbedingungen immer wieder zur Schwierigkeit für die Patient/innen. Es ist die Aufgabe der Therapeut/innen, die Patient/innen vorab über die richtige Kleidung bzw. Ausstattung zu informieren. Dazu gehören Sportschuhe für den Außenraum, regen- und windfeste Kleidung sowie Sonnenschutz. Ferner sollte diese Auskunft vor dem Rehabilitationsantritt als Checkliste für die Patient/innen bereitstehen und auf der Homepage der Rehabilitationseinrichtung beworben werden. Darüber hinaus sind die Therapeut/innen während der Trainingstherapie im Freien dazu aufgefordert, Aufklärungen über die aktuellen Untergrundveränderungen zu geben und auf den richtigen Umgang hinzuweisen, also etwa rutschige Untergründe zu meiden oder langsam zu überqueren. Der Zustand extremer Hitze oder extremer Kälte eignet sich nicht für therapeutische

Einheiten im Freien. Folglich tragen auch mit dem Wetter verbundene Präventivmaßnahmen wie Sonnenschutz oder Informationen über spezielle Gesundheitszustände von Patient/innen (z.B. Allergien) zur Sicherheit dieser bei. Solche Informationen sollen unter den Mitarbeiter/innen kommuniziert und gegebenenfalls in einem Maßnahmenplan festgelegt werden.

7.2. LIMITATIONEN

Gewiss sind aus den Konsequenzen des sogenannten „grünen“ Trainingstherapievorhabens auch Begrenzungen abzuleiten. Am häufigsten wurden von den Therapeut/innen diesbezüglich witterungsbedingte Einschränkungen genannt. Untergrundveränderungen bringen die Gefahr von Stürzen mit sich. Besonders im rehabilitativen Bereich sind die Patient/innen zumeist älter, wonach sich Stürze mit schwerwiegenderen Folgen auswirken können als bei jungen Menschen. Zudem entstehen oft altersbedingte Begleiterkrankungen orthopädischer Art, welche gar nicht die eigentliche Ursache des rehabilitativen Aufenthaltes sind und dennoch therapeutische Interventionen, die in Gruppen durchgeführt werden, einschränken. Besonders im Bereich der Trainingstherapie werden hauptsächlich gruppentherapeutische Einheiten vergeben, was sich aufgrund der unterschiedlichen Belastbarkeiten der Patient/innen ohnehin schon als schwierig erweist. Sind einzelne Patient/innen in der Ausführung der therapeutischen Inhalte eingeschränkt, so begrenzt dies auch die Ausübungsmöglichkeiten in der Gruppe.

Wir haben Gruppen, die sind gemischt und das ist manchmal sehr schwierig, weil die Lungenpatienten bergauf hinterher hängen und da sind die orthopädischen dann um Längen vorweg (...) und dann beim bergab gehen sind die Lungenpatienten weg, weil natürlich bergab läuft dann gut und da können die orthopädischen Patienten dann nicht so schnell gehen. (R24, 352)

Ein diesbezüglicher Lösungsansatz, wie er im Rehabilitationszentrum Raxblick angewandt wird, ist die Bildung von Leistungsgruppen beim Wandern bzw. Nordic Walking. Hierbei gibt es eine leistungsstärkere Gruppe, die „*Ausdauer-Gruppe*“, die auf eine Verbesserung der Ausdauerleistung unter Einhaltung der Trainingsherzfrequenz abzielt, während die „*Distanz-Gruppe*“ vorrangig das Erreichen einer bestimmten Wegstrecke zum Ziel hat und dafür mehr Zeit benötigen kann. Beide Gruppen beinhalten Patient/innen

mit sowohl orthopädischen, als auch pulmologischen Erkrankungserscheinungen. Die dritte Gruppe stellt die „*Nordic Walking-Gruppe*“ dar und besteht ausschließlich aus orthopädischen Patient/innen. Hier werden Nordic Walking Stöcke oder Gehbehelfe zur Unterstützung herangezogen und es wird vor allem am flüssigen Gang trainiert. Die leistungsschwächste Gruppe, die „*Gangschul-Gruppe*“, arbeitet an der Verbesserung des Gangbildes. Das Weg-Zeit-Verhältnis steht hier im Hintergrund. Die Ursachen der Therapierbarkeit können in der letzten Gruppe neurologisch, orthopädisch oder auch pulmologisch begründet liegen.

Weitere wetterbedingte Einschränkungen sind extreme Hitze- und Kältezustände. Erreichen die Temperaturen um oder über 30° C oder fallen sie unter 0° C, so beansprucht dies zusätzlich den Kreislauf und die Atemwege und bringt vermehrte Anstrengung für die Patient/innen mit sich, so die befragte Therapeutin (H11). In solchen Extremfällen ist das Abhalten von Therapien im Freien nicht geeignet. Bei sommerlichen Temperaturen sollte die Möglichkeit einer Beschattung (Waldwege, Obstbaumwiese, Überdachungen etc.) gesucht werden, was sich in vielen Fällen als schwierig erweist: „Also wir schauen immer, dass sie Kopfbedeckungen aufsetzen, dass sie genug trinken, dass wir viel im Schatten machen, wir haben auch beschattete Bereiche, allerdings sehr wenige. Also unser Riesen-Makel ist, dass unsere Freiturnfläche nicht beschattet ist“ (H11, 273). Des Weiteren sind, insbesondere im Frühling, Pollen- und Gräserallergien limitierend für das Abhalten der Trainingstherapieeinheiten im Grünen.

Organisatorische Begrenzungen sind aus Sicht der Therapeut/innen ausschließlich zeitlich begründet. Therapeutische Einheiten mit einer Dauer von 30 Minuten beschränken die Möglichkeit, sich weit vom Haus zu entfernen, da die Patient/innen im Anschluss i.d.R. für weitere Therapien eingeteilt sind. Im Idealfall und wie an einigen Rehabilitationszentren beobachtet, wurden die Therapieräume mit einem Ausgang ins Freie versehen, der oft auf Grünflächen oder befestigte Terrassenflächen führt. Ein Lösungsvorschlag im Bezug auf zeitliche Engpässe wäre, den Treffpunkt für die geplante Outdoor-Therapieeinheit vorab gleich am Ausgangspunkt im Freien und in entsprechender Kleidung zu fixieren, damit mehr Zeit für therapeutische Interventionen bleibt.

7.3. INDIKATIONSBEREICHE IM VERGLEICH

Die Samplingauswahl wurde gezielt aus verschiedenen Rehabilitationsbereichen getroffen, um Vergleiche hinsichtlich der Outdoor-Handhabung zu ziehen. Die Befragungen wurden an Rehabilitationseinrichtungen mit den Indikationsfeldern Kardiologie, Pulmologie, Neurologie, Psychiatrie und Orthopädie durchgeführt. Den fünf motorischen Grundfähigkeiten Ausdauer, Kraft, Koordination, Schnelligkeit und Beweglichkeit werden in den Behandlungssettings unterschiedlich viel Bedeutsamkeit beigemessen.

KARDIOLOGISCHE UND PULMOLOGISCHE REHABILITATION

Es wird in allen befragten Indikationsbereichen gewandert bzw. Nordic Walking angeboten, eine Unterscheidung gibt es jedoch hinsichtlich der therapeutischen Zielsetzung. Da mit Patient/innen innerer Erkrankungen verstärkt an der Ausdauer, sprich der Lungen- und Herzleistungsfähigkeit gearbeitet wird, sind in dem Fall tragbare Herzfrequenzmessgeräte für die Outdoor-Nutzung unumgänglich. Sie ermöglichen den Patient/innen und Therapeut/innen eine kontinuierliche Überprüfung der Herzfrequenzbereiche unter Belastung und regen die Patient/innen zur eigenständigen Weiterführung der Kontrolle und Überwachung dieses Parameters bei Bewegungsaktivitäten an. In dem Zuge ist es zweckmäßig, den Patient/innen die Möglichkeit zu bieten, unterschiedlich lange Distanzen zurückzulegen, um den Puls im Trainingsfrequenzbereich zu behalten. Demnach sollten kardiologischen und pulmologischen Rehabilitationszentren idealerweise mehrere Wanderrouten mit unterschiedlichen Längen zur Verfügung stehen, um ein „im Kreis gehen“ zu vermeiden und die Therapiemotivation aufrecht zu erhalten.

ORTHOPÄDISCHE UND NEUROLOGISCHE REHABILITATION

Trainingsinterventionen nach orthopädischen oder neurologischen Erkrankungen zielen auf eine Wiederherstellung oder Verbesserung des Gangbildes ab, wodurch Gehhilfen oder Rollstühle behilflich sein können. Dementsprechend sollte bei der Gestaltung der Außenflächen und Wege auf Barrierefreiheit geachtet werden.

Kräftigung ist eine primäre Maßnahme der orthopädischen und neurologischen Trainingstherapie, um Muskelmasse wieder aufzubauen und damit die Skelettmuskulatur und die Wirbelsäule zu unterstützen. Hierfür können Handgeräte wie Kurzhanteln und elastische Bänder das Training im Außenraum unterstützen. Auch Gleichgewicht und Koordination spielt bei Erkrankungsbildern der beiden Behandlungsbereiche Orthopädie und Neurologie eine bedeutsame Rolle. Besteht die Option, einen Motorikpark in

unmittelbarer Nähe nutzen zu können, schafft dieser zahlreiche Möglichkeiten, die motorischen Fähigkeiten zu trainieren. Andernfalls können etwa Naturmaterialien oder Straßenbegrenzungen dieselben Dienste erbringen.

PSYCHISCHE UND PSYCHIATRISCHE REHABILITATION

Im psychiatrischen Feld steht eine alternierende Therapiegestaltung im Vordergrund. Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Spiel-, Ausdauer- oder Kraftsportarten sowie einem Indoor- oder Outdoor-Setting sind für Personen mit psychiatrischer Erkrankung bereichernd. Des Weiteren haben sich Motorik- oder Sensorikparks sowie Wälder und Wiesen besonders für die Schulung koordinativer und sensorischer Fähigkeiten bewährt und zur Verbesserung der Wahrnehmung beigetragen.

7.4. PLANUNG, ENTWICKLUNG UND FINANZIERUNG

Bei den Befragungen konnten die Therapeut/innen nur unzureichend Aussagen zur Planung und Finanzierung von Baumaßnahmen an Außenbereichen treffen. Eine detaillierte Aufschlüsselung würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen, dennoch sollen an dieser Stelle unvollständig behandelte Inhalte angesprochen werden.

Die Planung wurde teils eigenständig aus der Initiative von Therapeut/innen vorgenommen, wie dies etwa im Landesklinikum Mauer der Fall war. Finanziell beteiligte sich hier auch die kollegiale Führung. Am Beispiel der Sonderkrankenanstalt für Herz- und Kreislauferkrankungen Groß Gerungs kann veranschaulicht werden, dass auch die Möglichkeit einer Zusammenarbeit mit der Gemeinde besteht. Am Rehabilitationsstandort befindet sich ein Motorikpark, der Eigentum der Gemeinde ist und dessen Finanzierung auch von dieser übernommen wurde.

Offen sind konkrete Kostenaufstellungen für den Bau eines Motorikparks, einer Hartplatzanlage, angelegten Wegen oder ähnlichem. Dazu wäre genau aufzuschlüsseln, welche internen Ressourcen, externe Fachkräfte, Bodenbeschaffenheiten, Hilfsmittel und Materialien für den Bau diverser Außenanlagen benötigt werden. Des Weiteren wäre zu klären, inwiefern und über welche Fördermittel solche Investitionen förderbar sind. Diese Untersuchungen würden das Umsetzungsvorhaben der „grünen“ Trainingstherapie an Rehabilitationszentren vervollständigen.

8. ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Körperliche Aktivität, Bewegung und Sport, aber auch der Zustand körperliche Ruhe in einer grünen Umgebung wirken sich positiv auf den physischen und psychischen Gesundheitszustand des Menschen aus. Anhand von Parametern wie Herzfrequenz, Blutdruck, Blutzuckerwert, Cortisol, Vitamin D-Level sowie dem Gehalt zahlreicher Hormone, welche den Entspannungszustand des Körpers regulieren, lässt sich diese Wirkung nachweisen. Zudem ergeben sich positive Einflüsse von begrünter Umgebung auf Stimmung, Sozialverhalten, Anstrengungsempfinden, Konzentrationsvermögen, Ärger oder Depression.

In der vorliegenden Arbeit wurde untersucht, wie Trainingstherapieeinheiten im Freien an Rehabilitationseinrichtungen umgesetzt werden. Mittels Expert/innenbefragung wurden Therapeut/innen jener Rehabilitationszentren befragt, welche die Trainingstherapieeinheiten gezielt ins Grüne verlegen. Die Samplingauswahl setzt sich aus vier Rehabilitationseinrichtungen zusammen, in welchen die Indikationsbereiche Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie, Innere Medizin und Pulmologie vertreten sind. Die Leitfadeninterviews wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) ausgewertet.

Aus den Ergebnissen der Befragung kommt hervor, dass die Häufigkeit und Art der Therapiedurchführung im Grünen damit zusammenhängt, wie naturverbunden die Therapeut/innen und Leiter/innen der Rehabilitationseinrichtungen sind. Die zunehmende Urbanisierung wirkt sich auf die *Naturverbundenheit* des Menschen verschieden aus. Zum einen steigt das Verlangen der Städter nach Erholung und Ausgleich an naturumgebenen Orten, wie dies etwa die Bewohner/innen Tokyos forcieren. Hier wird besonders an der gesundheitsfördernden Wirkung der Wälder festgehalten. In der Bevölkerung etablierte sich „Shinrin-yoku“, was übersetzt „Waldbaden“ bzw. das Aufsuchen und Eintauchen in die Atmosphäre des Waldes bedeutet (Park et al., 2007, 123). Zum anderen nimmt mit einer fortschreitenden Verstädterung auch die Häufigkeit naturentfremdeter Generationen zu (Frumkin et al. 2014, S. 209f). Es stellt sich die Frage, mit welcher Überzeugung der Mensch den gesundheitsfördernden Wirkungen von Umwelt und Natur gegenübersteht bzw. in dieser einen Erholungs- und Entspannungsort sieht und inwieweit diese persönliche Einstellung oder Überzeugung die tatsächlichen Wirkungen auf dessen Körper und Psyche beeinflusst. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Menschen mit weniger Naturverbundenheit auch weniger auf die entspannenden bzw. stimmungsaufhellenden Wirkungen der grünen Umgebung ansprechen. Ähnlich

beschreibt auch Kaplan die Relevanz, die dem persönlich gewählten „erholsamen Umfeld“ zukommt, um den psychologischen Mehrwert dieser grünen Umgebung ausschöpfen zu können:

These expressions suggest the need for a change of venue, but they ignore the fact that where one is headed may be as important as where one is coming from. One can, after all, escape to many places that would fail to achieve the desired recovery. (Kaplan, 1989, S. 177)

Eine trainingstherapeutische Einheit im Grünen fördert das *Kennenlernen* oder *Zurückfinden* zu den wohltuenden Effekten, die naturnahe Umgebungen auf den Menschen haben. Es könnte also eine begleitende Aufgabe der Outdoor-Therapie sein, Patient/innen mit verminderter Wahrnehmungsfähigkeit oder Naturnähe zu vermehrter Naturverbundenheit zu verhelfen. So weist der im Zuge der vorliegenden Arbeit befragte Therapeut einer psychiatrischen Einrichtung die Patient/innen explizit auf entsprechende visuelle, auditive, olfaktorische, taktile und auch gustatorische Wahrnehmungen hin, wie etwa beim Verkosten von Waldbeeren. Für viele Patient/innen haben diese Erlebnisse bleibenden Charakter:

Da kommen Rückmeldungen, „Ich hab gar nicht gewusst, dass ein Sonnenaufgang so schön sein kann“, oder „Ich kann mich nicht erinnern, dass ich im Regen mal spazieren gegangen wäre“, und das ist einfach so ein Aha-Effekt, wo sie sagen, „Ma, es ist so gut, endlich wieder mal rauszugehen“. Also wir haben extrem viele positive Rückmeldungen.
(M83, 482)

Kennzeichen der „grünen“ Trainingstherapie sind die simple Anwendbarkeit und der ressourcenorientierte Einsatz. Die Natur und das landschaftliche Umfeld bieten Materialien zur Integration in die Trainingstherapie gleichermaßen wie die Örtlichkeit zur optimalen Durchführung. Eine Trainingstherapie im Freien benötigt die unmittelbare Nähe zur Natur und damit verbundenen Strukturen wie Bäume, Bänke oder Wege. Die zu ergänzenden Handgeräte (z.B. elastische Bänder, Kurzhanteln, Bälle, Matten oder Pulsuhren) können von dem/der Therapeut/in mitgebracht oder in einem Depot bzw. Geräteschrank aufbewahrt werden. Es soll jedoch angemerkt werden, dass nicht alle therapeutischen Inhalte im Freien umsetzbar sind.

Im Mittelpunkt der Therapie steht das Erreichen des gemeinsam formulierten *Therapiezieles*. Alle Befragten der vorliegenden Arbeit sind sich einig, dass das Realisieren des Therapiezieles und der therapeutische Inhalte bei Outdoor-Therapien nicht vernachlässigt werden darf.

Des Weiteren zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit, dass eine *Realisierung des „grünen“ Therapievorhabens* an Rehabilitationseinrichtungen und Kliniken individuell an den Standort des entsprechenden Rehabilitationszentrums angepasst und mit dessen Leitung vereinbart werden muss. Unterschiedliche Ansichtsweisen an den Rehabilitationszentren gibt es vor allem aufgrund landschaftlicher Gegebenheiten sowie personeller Wertbeimessungen und Veränderungsbereitschaften. Mithilfe der erarbeiteten Checkliste (siehe Kapitel 7.1. Checkliste für die Umsetzung von Trainingstherapien im Grünen) können die Interessen seitens der Institution und seitens der Therapeut/innen geweckt werden, wie z.B. durch Wissensvermittlung und Know-how zu Outdoor-Therapien. Die Checkliste beinhaltet aber vor allem mögliche Vorgehensweisen wie z.B. hinsichtlich der Umgebungsnutzung oder der Sicherheitsgewährleistung, die das „grüne“ Therapievorhaben am jeweiligen Rehabilitationszentrum unterstützen sollen.

Schwierigkeiten könnten beim *Errichten von Außensportanlagen* entstehen. Das Sample dieser Studie verfügt über ein sehr großes Angebot an Außensportanlagen, jedoch wurden viele Bewegungsanlagen unter Eigenaufwand und Eigeninitiative von Outdoorsport-begeisterten Mitarbeiter/innen umgesetzt. Es stellt sich die Frage, ob das Engagement der Mitarbeiter/innen Voraussetzung für die Schaffung von Außensportanlagen ist, oder ob dies auch im Interesse der Geschäftsführung liegt. Entscheidungsträger sind die Mitglieder der kollegialen Führung einer Rehabilitationseinrichtung, deren Affinität zum Sport spielt bei der Entscheidung über baulich bzw. finanziell aufwendigeren Anschaffungen eine bedeutsame Rolle. Da jede Rehabilitationseinrichtung einem Sozialversicherungsträger oder einer privaten Institution angehört, fließt auch das Kapital aus deren Mitteln.

Offene Fragen zur entsprechenden *Finanzierungsmöglichkeit und -bereitschaft* würde etwa eine österreichweite Befragung der einzelnen Rehabilitationszentren bzw. eine direkte Befragung der Sozialversicherungsträger sowie der privaten Eigentümer der Rehabilitationszentren beantworten. Dafür müssten den Rehabilitationseinrichtungen diverse Möglichkeiten der Außenraumgestaltung (wie z.B. barrierefreie Weggestaltung, Hartplatzanlage, Leichtathletikanlage oder Sandplatz) samt Bauplanung und finanzieller Aufwände dargelegt werden, wozu eine weitere, umfassende Studie nötig wäre.

Zusammenfassend wurde die „grüne“ Trainingstherapie sowohl seitens der durchführenden Therapeut/innen, als auch seitens der Patient/innen sehr positiv bewertet. Obendrein berichteten die befragten Therapeut/innen von den positiven Wirkungen der grünen Umgebung auf die Patient/innen, wie dies z.B. an der Stimmung oder dem Selbstwertgefühl zu erkennen war. Die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit zeigen demnach eine *sehr gute Anwendbarkeit* von Trainingstherapien im Freien für den orthopädischen, den neurologischen, den kardiologischen, den pulmologischen und den psychiatrischen Rehabilitationsbereich. Dies trifft vermutlich auf eine Vielzahl der österreichischen Rehabilitationseinrichtungen zu, da sich nahezu alle stationären Rehabilitationszentren in einer naturumschlossenen Umgebung befinden. Die Sicherheitsmaßnahmen müssten nur geringfügig adaptiert bzw. um Erfahrungswerte und Tipps zum Umgang mit Patient/innen im Outdoorbereich erweitert werden. Das Abhalten einer „grünen“ Trainingstherapie lässt sich auch ohne große bauliche Investitionen ermöglichen, da die Natur selbst als Trainingselement gelten kann und den Trainingsvorgang natürlich zu unterstützen mag.

LITERATURVERZEICHNIS

GEDRUCKTE QUELLEN

- BETRIEBSSPORTGEMEINSCHAFT MAUER (2002). *30 JAHRE BETRIEBSSPORTGEMEINSCHAFT MAUER*. MAUER.
- CALOGIURI, G., MIKKILÄ, S. & WEYDAHL, A. (2013). CAN PROMOTION OF OUTDOOR ACTIVITIES IMPACT PEOPLE'S VITAMIN D LEVELS? PROMISING FINDINGS FROM A PILOT STUDY. *ELECTRONIC INTERNATIONAL INTERDISCIPLINARY CONFERENCE*, 276-280.
- CALOGIURI, G. (2013). *RECIPROCAL BENEFITS OF PHYSICAL ACTIVITY AND EXPOSURE TO NATURE FOR GREATER GAIN IN HEALTH PROMOTION. THEORETICAL ASSUMPTIONS AND DESCRIPTION OF A PILOT STUDY*. AAS: UNIVERSITETET FOR MILJØ- OG BIOVITENSKAP.
- CALOGIURI, G., EVERSEN, K., WEYDAHL, A., ANDERSSON, K., PATIL, G., IHLEBÆK, C. & RAANAAS, R.K. (2016). *GREEN EXERCISE AS A WORKPLACE INTERVENTION TO REDUCE JOB STRESS. RESULTS FROM A PILOT STUDY*. AAS: NORWEGIAN UNIVERSITY OF LIFE SCIENCE, SECTION FOR PUBLIC HEALTH SCIENCE, DEPARTMENT OF LANDSCAPE ARCHITECTURE AND SPATIAL PLANNING.
- CRISP, S. (1998). *INTERNATIONAL MODELS OF BEST PRACTICE IN WILDERNESS AND ADVENTURE THERAPY*. IN C. M. ITIN (ED.). *EXPLORING THE BOUNDARIES OF ADVENTURE THERAPY. INTERNATIONAL PERSPECTIVES. PROCEEDINGS OF THE 1ST INTERNATIONAL ADVENTURE THERAPY CONFERENCE: PERTH, AUSTRALIA, JULY 1997* (S. 53-70). BOULDER, USA: ASSOCIATION FOR EXPERIENTIAL EDUCATION.
- ENGEL, G. L. (1977). THE NEED FOR A NEW MEDICAL MODEL: A CHALLENGE FOR BIOMEDICINE. *SCIENCE*, 196 (4286), 129-136.
- FAARLUND, N. (2007). DEFINING FRILUFTSLIV. IN B. HENDERSON & N. O. VIKANDER (EDS.), *NATURE FIRST. OUTDOOR LIFE THE FRILUFTSLIV WAY* (S. 56-61). TORONTO: NATURAL HERITAGE BOOKS.
- FRUMKIN, H. (2001) BEYOND TOXICITY. HUMAN HEALTH AND THE NATURAL ENVIRONMENT. *AMERICAN JOURNAL OF PREVENTIVE MEDICINE*, 20 (3), 234-240.
- GELTER, H. (2000). FRILUFTSLIV: THE SCANDINAVIAN PHILOSOPHY OF OUTDOOR LIFE. *CANADIAN JOURNAL OF ENVIRONMENTAL EDUCATION*, 5, 77-90.
- GILLIGAN, D. S. (2007). FRILUFTSLIV AND AMERICA. IN B. HENDERSON & N. O. VIKANDER (EDS.), *NATURE FIRST. OUTDOOR LIFE THE FRILUFTSLIV WAY* (S. 209-220). TORONTO: NATURAL HERITAGE BOOKS.
- GILSDORF, R. (2004). *VON DER ERLEBNISPÄDAGOGIK ZUR ERLEBNISTHERAPIE. PERSPEKTIVEN ERFAHRUNGSORIENTIERTEN LERNENS AUF DER GRUNDLAGE SYSTEMISCHER UND PROZESSDIREKTIVER ANSÄTZE*. BERGISCHE GLADBACH: EDITION HUMANISTISCHE PSYCHOLOGIE.
- GLÄSER, J. & LAUDEL, G. (2009). *EXPERTENINTERVIEWS UND QUALITATIVE INHALTSANALYSE ALS INSTRUMENT REKONSTRUIERENDER UNTERSUCHUNGEN*. 3., ÜBERARBEITETE AUFLAGE. WIESBADEN: VERLAG FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN.
- GYIMESI, M., FÜLÖP G., IVANSITS S., POCHOBRADSKY E., STOPPACHER A., KAWALIREK S. & MAKSIMOVIC A. (2016). *REHABILITATIONSPLAN 2016*. WIEN: GESUNDHEIT ÖSTERREICH.
- HAHNER, S. (2011). EIN HORMON STELLT SICH VOR: DEHYDROEPIANDROSTERON (DHEA). *JOURNAL FÜR KLINISCHE ENDOKRINOLOGIE UND STOFFWECHSEL*, 4 (1), 41-42.
- HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER (2017). *HANDBUCH DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG 2017*. WIEN: HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNG.
- HENDERSON, B. (2007). AN EFFORT TO CAPTURE AN ELUSIVE FRILUFTSLIV. IN B. HENDERSON & N. O. VIKANDER (EDS.), *NATURE FIRST. OUTDOOR LIFE THE FRILUFTSLIV WAY* (S. 141-151). TORONTO: NATURAL HERITAGE BOOKS.
- HOFMARCHER, M. M., (2013). *DAS ÖSTERREICHISCHE GESUNDHEITSSYSTEM. AKTEURE, DATEN, ANALYSEN*. BERLIN: MEDIZINISCH WISSENSCHAFTLICHE VERLAGSGESELLSCHAFT.

- HUBER, P., PREßLMAYER, F., SCHERNEY, A. (2012). BEHINDERTENSORT – DIE WICHTIGSTE NEBENSACHE DER WELT. IN ALLGEMEINE UNFALLVERSICHERUNGSANSTALT (HRSG.), *GANZHEITLICHE REHABILITATION. EINE MULTIPROFESSIONELLE AUFGABE. HANDBUCH FÜR DIE PRAXIS. 7.*, KOMPLETT ÜBERARBEITETE AUFLAGE. (S. 161-166). WIEN: ALLGEMEINE UNFALLVERSICHERUNGSANSTALT.
- KAPLAN, R. & KAPLAN, S. (1989). *THE EXPERIENCE OF NATURE. A PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE*. CAMBRIDGE, USA: CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS.
- KAPLAN, S. (1995). THE RESTORATIVE BENEFITS OF NATURE: TOWARD AN INTEGRATIVE FRAMEWORK. *JOURNAL OF ENVIRONMENTAL PSYCHOLOGY*, 15, 169-182.
- LOYNES, C. (2007). WHY OUTDOOR LEARNING SHOULD GET REAL. IN B. HENDERSON & N. O. VIKANDER (EDS.), *NATURE FIRST. OUTDOOR LIFE THE FRILUFTSLIV WAY* (S. 257-275). TORONTO: NATURAL HERITAGE BOOKS.
- MARTIN, A., TURCOVA, I. & NEUMAN, J. (2007). THE CZECH OUTDOOR EXPERIENCE: TURISTIKA AND CONNECTIONS TO FRILUFTSLIV. IN B. HENDERSON & N. O. VIKANDER (EDS.), *NATURE FIRST. OUTDOOR LIFE THE FRILUFTSLIV WAY* (S. 197-208). TORONTO: NATURAL HERITAGE BOOKS.
- MAYRING, P. (2010). *QUALITATIVE INHALTSANALYSE. GRUNDLAGEN UND TECHNIK*. WEINHEIM UND BASEL: BELTZ.
- MITTEN, D. (2009). *THE HEALING POWER OF NATURE: THE NEED FOR NATURE FOR HUMAN HEALTH, DEVELOPMENT, AND WELLBEING*. BIG RAPIDS: FERRIS STATE UNIVERSITY.
- SCHWIDDER, D. (1972). *BEWUSSTSEIN UND NATÜRLICHKEIT IN DER MENSCHLICHEN BEWEGUNG. GEDANKEN ZUR MODEREN LEIBESÜBUNG UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG VON KLEISTS AUFSATZ „ÜBER DAS MARIONETTENTHEATER“*. SCHORNDORF BEI STUTTGART: KARL HOFMANN VERLAG.
- SEEL, H.-J., SICHLER, R. & FISCHERLEHNER, B. (1993). *MENSCH - NATUR. ZUR PSYCHOLOGIE EINER PROBLEMATISCHEN BEZIEHUNG*. OPLADEN: WESTDEUTSCHER VERLAG GMBH.
- TORDSSON, B. (2007). WHAT IS FRILUFTSLIV GOOD FOR? NORWEGIAN FRILUFTSLIV IN A HISTORICAL PERSPEKTIVE. IN B. HENDERSON & N. O. VIKANDER (EDS.), *NATURE FIRST. OUTDOOR LIFE THE FRILUFTSLIV WAY* (S. 62-74). TORONTO: NATURAL HERITAGE BOOKS.
- ULRICH, R. S. (1991). BIOPHILIA, BIOPHOBIA AND NATURAL LANDSCAPES. IN S. R. KELLERT & WILSON, E. O. (EDS.), *THE BIOPHILA HYPOTHESIS* (S. 73-137). WASHINGTON D.C.: ISLAND PRESS.
- ULRICH, R. S. (1981). NATURAL VERSUS URBAN SCENES. SOME PSYCHOPHYSIOLOGICAL EFFECTS. *ENVIRONMENT AND BEHAVIOR*, 13 (5), 523-556.
- VOGEL, H., TUSCHHOFF, T. & ZILLESSEN, E. (1994). DIE DEFINITION VON REHABILITATIONSZIELEN ALS HERAUSFORDERUNG AN DIE QUALITÄTSSICHERUNG. *DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG*, 49 (11), 751-764.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1981). *DISABILITY PREVENTION AND REHABILITATION. REPORT OF THE WHO EXPERT COMMITTEE ON DISABILITY PREVENTION AND REHABILITATION*. GENEVA: WORLD HEALTH ORGANIZATION.
- WILSON, E. O. (1984). *BIOPHILIA*. CAMBRIDGE: HARVARD UNIVERSITY PRESS.
- WILSON, E. O. (1994). *NATURALIST*. WASHINGTON D.C.: ISLAND PRESS.

ELEKTRONISCHE QUELLEN

- ALLGEMEINE UNFALLVERSICHERUNGSANSTALT (2019). REHABILITATIONSZENTRUM HÄRING. MEDIZIN, THERAPIE UND PFLEGE. ZUGRIFF AM 21. JÄNNER 2019 UNTER [HTTP://WWW.RZHAERING.AT/CDSCONTENT/?CONTENTID=10007.673568&VIEWMODE=CONTENT](http://www.rzhaering.at/cdscontent/?contentid=10007.673568&viewmode=content).
- AMERICAN HORTICULTURAL THERAPY ASSOCIATION (2019). HORTICULTURAL THERAPY. ZUGRIFF AM 21. JÄNNER 2019 UNTER [HTTP://WWW.AHTA.ORG/HORTICULTURAL-THERAPY](http://www.ahta.org/horticultural-therapy).
- AKERS, A., BARTON, J., COSSEY, R., GAINSFORD, P., GRIFFIN, M. & MICKLEWRIGHT, D. (2012). VISUAL COLOR PERCEPTION IN GREEN EXERCISE: POSITIVE EFFECTS ON MOOD AND PERCEIVED EXERTION. *ENVIRONMENTAL SCIENCE AND TECHNOLOGY*, 46, 8661-8666. DOI:10.1021/es301685G
- BARTON, J. BRAGG, R., PRETTY, J., ROBERTS, J. WOOD, C. (2016). THE WILDERNESS EXPEDITION: AN EFFECTIVE LIFE COURSE TO IMPROVE YOUNG PEOPLE'S WELL-BEING AND CONNECTEDNESS TO NATURE. *JOURNAL OF EXPERIENTIAL EDUCATION*, 39, 1-14. DOI:10.1177/1053825915626933
- BARTON, J., GRIFFIN, M. & PRETTY, J. (2011). EXERCISE-, NATURE- AND SOCIALLY INTERACTIVE-BASED INITIATIVES IMPROVE MOOD AND SELF-ESTEEM IN THE CLINICAL POPULATION. *PERSPECTIVES IN PUBLIC HEALTH*, 132 (2), 89-96. DOI:10.1177/1757913910393862
- BARTON, J., HINE, R. & PRETTY, J. (2009). THE HEALTH BENEFITS OF WALKING IN GREENSPACES OF HIGH NATURAL AND HERITAGE VALUE. *JOURNAL OF INTEGRATIVE ENVIRONMENTAL SCIENCES*, 6(4), 261-278. DOI: 10.1080/19438150903378425
- CALOGIURI, G. (2015). THE POTENTIAL OF USING EXERCISE IN NATURE AS AN INTERVENTION TO ENHANCE EXERCISE BEHAVIOR: RESULTS FROM A PILOT STUDY. *PERCEPTUAL & MOTOR SKILLS: EXERCISE AND SPORT*, 121 (2), 350-370. DOI:10.2466/06.PMS.121c17x0
- CASON, D. & GILLIS, H. L. (1994). A META-ANALYSIS OF OUTDOOR ADVENTURE PROGRAMMING WITH ADOLESCENTS. *THE JOURNAL OF EXPERIENTIAL EDUCATION*, 17 (1), S. 40-47. DOI:10.1177/105382599401700109
- DETWEILER, M. B., SHARMA, T., DETWEILER, G. J., MURPHY, P. F., LANE, S., CARMAN, J., CHUDHARY, A. S., HALLING M. H. & KIM, K. Y. (2012). WHAT IS THE EVIDENCE TO SUPPORT THE USE OF THERAPEUTIC GARDENS FOR THE ELDERLY? *PSYCHIATRY INVESTIGATION*, 9(2), 100-110. DOI:10.4306/pi.2012.9.2.100
- GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH (2017). REHA-EINRICHTUNGEN. ZUGRIFF AM 31. MÄRZ 2018 UNTER [HTTPS://REHAKOMPASS.GOEG.AT/#/EINRICHTUNGEN](https://rehakompas.goeg.at/#/einrichtungen).
- GLADWELL, V. F., BROWN, D. K., WOOD, C., SANDERCOCK, G.R. & BARTON, J. (2013). THE GREAT OUTDOORS: HOW A GREEN EXERCISE ENVIRONMENT CAN BENEFIT ALL. *EXTREME PHYSIOLOGY AND MEDICINE*, 2 (3), 1-7. DOI:10.1186/2046-7648-2-3
- HARTIG, T., MITCHELL, R., DE VRIES, S. & FRUMKIN, H. (2014). NATURE AND HEALTH. *ANNUAL REVIEW PUBLIC HEALTH*, 35, 207-228. DOI:10.1146/ANNUREV-PUBLHEALTH-032013-182443
- HERZ-KREISLAUF ZENTRUM GROß GERUNGS (2019). REHA. ZUGRIFF AM 21. JÄNNER 2019 UNTER [HTTPS://WWW.HERZ-KREISLAUF.AT/REHA.HTML](https://www.herz-kreislauf.at/reha.html).
- KRCMAROVA, J. (2009). E. O. WILSON'S CONCEPT OF BIOPHILIA AND THE ENVIRONMENTAL MOVEMENT IN THE USA. *KLAUDYAN: INTERNET JOURNAL OF HISTORICAL GEOGRAPHY AND ENVIRONMENTAL HISTORY*, 6 (1-2), 4-17. ZUGRIFF AM 11. MAI 2018 UNTER [HTTP://WWW.KLAUDYAN.CZ/](http://www.klaudyancz/).
- LANDESKLINIKEN-HOLDING (2018). LANDESKLINIKUM MAUER. DAS LANDESKLINIKUM MAUER. ZUGRIFF AM 21. JÄNNER 2019 UNTER [HTTPS://MAUER.LKNOE.AT/LANDESKLINIKUM-MAUER/DAS-LANDESKLINIKUM-MAUER.HTML](https://mauer.lknoe.at/landeskrinikum-mauer/das-landeskrinikum-mauer.html).
- LI, Q., OTSUKA, T., KOBAYASHI, M., WAKAYAMA, Y., INAGAKI, H., KATSUMATA, M., HIRATA, Y., LI, Y. J., HIRATA, K., SHIMIZU, T., SUZUKI, H., KAWADA, T. & KAGAWA, T. (2011). ACUTE EFFECTS OF WALKING IN FOREST ENVIRONMENTS ON CARDIOVASCULAR AND METABOLIC PARAMETERS. *EUROPEAN JOURNAL OF APPLIED PHYSIOLOGY*, 111, 2845-2853. DOI:10.1007/s00421-011-1918-z

- VON LINDERN, E., BAUER, N., FRICK, J., HUNZIKER, M. & HARTIG, T. (2013). OCCUPATIONAL ENGAGEMENT AS A CONSTRAINT ON RESTORATION DURING LEISURE TIME IN FOREST SETTINGS. *LANDSCAPE AND URBAN PLANNING*, 118, 90-97. DOI:10.1016/J.LANDURBPLAN.2013.03.001
- VON LINDERN, E., LYMEUS, F. & HARTIG, T. (2016). THE RESTORATIVE ENVIRONMENT: A COMPLEMENTARY CONCEPT FOR SALUTOGENESIS STUDIES. *THE HANDBOOK OF SALUTOGENESIS*, 181-195. DOI 10.1007/978-3-319-04600-6_19
- MOTORIKDREAMS GMBH (2017). DER MOTORIKPARK. ZUGRIFF AM 21. JÄNNER 2019 UNTER [HTTP://WWW.MOTORIKDREAMS.COM/DER-MOTORIKPARK/KONZEPT/](http://www.motorikdreams.com/der-motorikpark/konzept/).
- MUTZ, M. & MÜLLER, J. (2016). MENTAL HEALTH BENEFITS OF OUTDOOR ADVENTURES: RESULTS FROM TWO PILOT STUDIES. *JOURNAL OF ADOLESCENCE*, 49, 105-114. DOI:10.1016/J.ADOLESCENCE.2016.03.009
- OCHIAI, H., IKEI, H., SONG, C., KOBAYASHI, M., MIURA, T., KAGAWA, T., LI, Q., KUMEDA, S., IMAI, M. & MIYAZAKI, Y. (2015). PHYSIOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL EFFECTS OF A FOREST THERAPY PROGRAMM ON MIDDLE-AGED FEMALES. *INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH*, 12, 15222-15232. DOI:10.3390/IJERPH121214984
- OHLY, H. (2016). ATTENTION RESTORATION THEORY: A SYSTEMATIC REVIEW OF THE ATTENTION RESTORATION POTENTIAL OF EXPOSURE TO NATURAL ENVIRONMENTS. *JOURNAL OF TOXICOLOGY AND ENVIRONMENTAL HEALTH, PART B*, 19 (7), 305-343. DOI:10.1080/10937404.2016.1196155
- OPTIMAMED REHABILITATIONSZENTRUM RAXBlick GMBH (2019). INFORMATION. VERSICHERUNGSTRÄGER. ZUGRIFF AM 21. JÄNNER 2019 UNTER [HTTP://WWW.RAXBlick.AT/ANGEBOTE/PRIVATE_REHABILITATION.HTML](http://www.raxblick.at/angebote/private-rehabilitation.html).
- PARK, B.-J., TSUNETSUGU, Y., KASETANI, T., HIRANO, H., KAGAWA, T., SATO, M. & MIYAZAKI, Y. (2007). PHYSIOLOGICAL EFFECTS OF SHINRIN-YOKU (TAKING IN THE ATMOSPHERE OF THE FOREST) - USING SALIVARY CORTISOL AND CEREBRAL ACTIVITY AS INDICATORS. *JOURNAL OF PHYSIOLOGICAL ANTHROPOLOGY*, 26 (2), 123-128. DOI: 10.2114/JPA2.26.123
- PEARSON, D. G. & CRAIG, T. (2014). THE GREAT OUTDOORS? EXPLORING THE MENTAL HEALTH BENEFITS OF NATURAL ENVIRONMENTS. *FRONTIERS IN PSYCHOLOGY: COGNITIVE SCIENCE*, 5 (1178), 1-4. DOI: 10.3389/FPSYG.2014.01178
- PETTY, J., PEACOCK, J., SELLENS, M. & GRIFFIN, M. (2005). THE MENTAL AND PHYSICAL HEALTH OUTCOMES OF GREEN EXERCISE. *INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL HEALTH RESEARCH*, 15(5), 319-337. DOI: 10.1080/09603120500155963
- RELF, P. D. (2005). THE THERAPEUTIC VALUE OF PLANTS. *PEDIATRIC REHABILITATION*, 8(3), 235-237. DOI: 10.1080/13638490400011140
- RSCTU (2019). 1. MOBILITÄTSKURS RZ HÄRING. ZUGRIFF AM 21. JÄNNER 2019 UNTER [HTTP://RSCTU.AT/MOBI-KURS-13-07-2013/](http://rsctu.at/mobi-kurs-13-07-2013/).
- ROGERSON, M., BROWN, D. K., SANDERCOCK, G. R., WOOLLER, J.-J. & BARTON, J. (2015). A COMPARISON OF FOUR TYPICAL GREEN EXERCISE ENVIRONMENTS AND PREDICTION OF PSYCHOLOGICAL HEALTH OUTCOMES. *PERSPECTIVES IN PUBLIC HEALTH*, 136 (3), 171-180. DOI: 10.1177/1757913915589845
- ROGERSON, M., GLADWELL, V. F. & BARTON, J. (2016). INFLUENCES OF GREEN OUTDOORS VERSUS INDOORS ENVIRONMENTAL SETTINGS ON PSYCHOLOGICAL AND SOCIAL OUTCOMES OF CONTROLLED EXERCISE. *INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL RESEARCH AND PUBLIC HEALTH*, 13, 363-378. DOI:10.3390/IJERPH13040363
- TYRVÄINEN, L., OJALA, A., KORPELA, K., LANKI, T., TSUNETSUGU, Y. & KAGAWA, T. (2014). THE INFLUENCE OF URBAN GREEN ENVIRONMENTS ON STRESS RELIEF MEASURES: A FIELD EXPERIMENT. *JOURNAL OF ENVIRONMENTAL PSYCHOLOGY*, 38, 1-9. ZUGRIFF AM 11. MAI 2018 UNTER [HTTPS://WWW.SCIENCEDIRECT.COM/SCIENCE/ARTICLE/PII/S0272494413000959?via%3DIHUB](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272494413000959?via%3DIHUB).
- WOOLLER, J.-J., BARTON, J., GLADWELL, V. F. & MICKLEWRIGHT, D. (2016). OCCLUSION OF SIGHT, SOUND AND SMELL DURING GREEN EXERCISE INFLUENCES MOOD, PERCEIVED EXERTION AND HEART RATE. *INTERNATIONAL JOURNAL OF ENVIRONMENTAL HEALTH RESEARCH*, 26 (3), 268-280. DOI: 10.1080/09603123.2015.1109068

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: ORGANISATIONSSTRUKTUR DER SOZIALVERSICHERUNG (HOFMARCHER, 2013, S. 43).....	16
ABBILDUNG 2: HERZ-KREISLAUF-ZENTRUM IN GROß GERUNGS, NIEDERÖSTERREICH (HERZ-KREISLAUF ZENTRUM GROß GERUNGS, 2019, ZUGRIFF AM 21. JÄNNER 2019 UNTER HTTPS://WWW.HERZ-KREISLAUF.AT/UNSER-HAUS.HTML)	36
ABBILDUNG 3: AUVA REHABILITATIONSZENTRUM IN BAD HÄRING, TIROL (ALLGEMEINE UNFALLVERSICHERUNGSANSTALT, 2019, ZUGRIFF AM 21. JÄNNER 2019 UNTER HTTP://WWW.RZHAERING.AT/PORTAL27/AUVAREHABBADHAERINGPORTAL/CONTENT?CONTENTID=10007.673576&VIE WMODE=CONTENT)	37
ABBILDUNG 4: LANDESKLINIKUM IN MAUER, NIEDERÖSTERREICH (LANDESKLINIKEN-HOLDING, 2018, ZUGRIFF AM 21. JÄNNER 2019 UNTER HTTPS://MAUER.LKNOE.AT/LANDESKLINIKUM-MAUER/DAS-LANDESKLINIKUM-MAUER.HTML)	37
ABBILDUNG 5: OPTIMAMED REHABILITATIONSZENTRUM IN PREIN A. D. RAX, NIEDERÖSTERREICH (OPTIMAMED REHABILITATIONSZENTRUM RAXBLICK GMBH, 2019, ZUGRIFF AM 21. JÄNNER 2019 UNTER HTTP://WWW.RAXBLICK.AT/HOME.HTML HTTP://WWW.RAXBLICK.AT/INFORMATION/REHA_ABLAUF.HTML)	38
ABBILDUNG 6: AUFGESCHLOSSENE THERAPIEFLÄCHEN, WEGE UND SPORTANLAGEN RUND UM DAS REHABILITATIONSZENTRUM HÄRING (NACH FREUNDLICHER ÜBERMITTLUNG DES RZ HÄRING).....	46
ABBILDUNG 7: MOTORIKPARK DES HERZ-KREISLAUF-ZENTRUMS GROß GERUNGS (QUELLE: AUTORIN)	46
ABBILDUNG 8: XUND-SCHAUKELEN AM HERZ-KREISLAUF-ZENTRUM GROß GERUNGS (QUELLE: AUTORIN)	47
ABBILDUNG 9: MOBILITÄTSTRaining IM GELÄNDE (RSCTU, 2018, ZUGRIFF AM 21. JÄNNER 2019 UNTER HTTP://RSCTU.AT/MOBI-KURS-13-07-2013/)	56
ABBILDUNG 10: KARTOGRAFISCHE DARSTELLUNG UND MARKIERUNG DER WANDERROUTEN IM HERZ-KREISLAUF-ZENTRUM GROß GERUNGS (QUELLE: AUTORIN).....	59
ABBILDUNG 11: STATIONENÜBERBLICK MOTORIKPARK AM HERZ-KREISLAUF-ZENTRUM GROß GERUNGS (QUELLE: AUTORIN) ..	62
ABBILDUNG 12: STATIONENÜBERBLICK MOTORIKPARK AM REHABILITATIONSZENTRUM RAXBLICK (QUELLE: AUTORIN)	62
ABBILDUNG 13: UMBAU DES ALTGEBÄUDES ZUM SPORTZENTRUM DER BSG MAUER (BETRIEBSSPORTGEMEINSCHAFT MAUER, 2002, S. 30).....	64
ABBILDUNG 14: WANDER- UND NORDIC WALKING ROUTEN IN GROß GERUNGS, DARGESTELLT MIT UNTERSCHIEDLICHEN Distanzen und Höhenprofilen (QUELLE: AUTORIN).....	66
ABBILDUNG 15: OUTDOOR-AREAL ZUM BEWEGEN UND ENTSPANNEN RUND UM DAS REHABILITATIONSZENTRUM GROß GERUNGS (HERZ-KREISLAUF-ZENTRUM GROß GERUNGS, XUND UND FIT MIT HERZ - RESORT)	67
ABBILDUNG 16: LEICHTATHLETISCHE DISZIPLIN SPEERWURF AM SPORTFEST DES RZ HÄRING (RSCTU, 2019, ZUGRIFF AM 21. JÄNNER 2019 UNTER HTTP://RSCTU.AT/GALERIE-2015/)	69

ANHANG 1

INTERVIEWTRANSKRIPTE

ANHANG 1.1: INTERVIEWTRANSKRIPT HERZ-KREISLAUF-ZENTRUM GROß GERUNGS

Bezeichnung:	Groß Gerungs
Thema:	Umsetzung von Trainingstherapien im Grünen an ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen Österreichs
Befragte Person:	Frau F.
Personencode:	G65
Alter:	37
Ort des Interviews:	Büro der Therapieleiterin
Datum und Urzeit:	27.02.2017, 11:05 Uhr
Interviewerin:	Magdalena Eschlböck
Datei:	Gerungs.mp4

- 1 I: Dann bräuchte ich noch Ihr Alter.
2 F: 37.
3 I: Was können Sie mir zu Ihrem Wohnort sagen?
4 F: Ist in Oberösterreich. Soll ich ihn genau angeben?
5 I: Wie sie möchten.
6 F: Hm, nein, angeben möchte ich ihn eigentlich nicht.
7 I: Es kommen nur später noch mal Fragen, in denen sie die Wohnumgebung beschreiben
8 sollen, da geht's aber nicht darum wo er genau ist, sondern nur vom Landschaftlichen her.
9 Die korrekte Bezeichnung des Rehabilitationszentrums ist Herzkreislaufzentrum Groß
10 Gerungs, stimmt das so?
11 F: Ja, genau.
12 I: Ihre Berufsbezeichnung bitte.
13 R: Sportwissenschaftlerin.
14 I: Wo haben Sie denn Ihre Ausbildung gemacht?
15 F: In Salzburg.
16 I: Haben Sie da mit Bachelor oder mit Master abgeschlossen?
17 F: Nein, noch mit Magister.
18 I: Sie haben eine leitende Tätigkeit?
19 F: Ja.
20 I: Die Therapieleitung?
21 F: Ja.
22
23 I: Jetzt zu Ihnen selber, zum Sport- und Naturbezug. Treiben Sie Sport? Sind Sie
24 bewegungsaktiv?
25 F: Ja!
26 I: Was machen Sie da so?
27 F: Im Winter Schi fahren, langlaufen. Im Sommer Rad fahren, bergwandern, laufen. Das
28 sind so diese Dinge.
29 I: In welchem Ausmaß machen Sie Sport?
30 F: Ich sag jetzt mal so 2-4h in der Woche, mindestens.
31 I: Seit wann betreiben Sie die Sportarten?
32 F: Also den intensiveren Sport, das Schi fahren, seit über 20 Jahren. Auch schon vorher,
33 also seit 20-25 Jahren kann man sagen.

- 34 I: Inwieweit findet sich jetzt Bewegung und Sport im beruflichen Alltag wieder?
35 F: Hm durch meine leitende Tätigkeit derzeit wieder weniger (lacht), wenn ich jetzt nur
36 Sportwissenschaftlerin wäre im Haus - also unter Anführungszeichen - dann wär es in
37 einem größeren Ausmaß. Soll ich da eine bestimmte Stundenangabe machen?
38 I: Nein das muss nicht sein.
39 F: Nein, also es findet sich natürlich wieder, aber man hat halt auch beratende Tätigkeiten,
40 wo sie Fragen haben zu Therapiemöglichkeiten auch zuhause oder weiterführendes was
41 sie weiterhin machen sollen, dann findet das auch in der Therapie statt. Also momentan
42 weniger bis fast gar nicht mehr.
43 I: Wo betreiben Sie den Sport üblicherweise? Eher indoor oder eher outdoor?
44 F: Eher outdoor!
45 I: Wie wichtig ist Ihnen Natursport? Oder welche Rolle spielt die Umgebung dabei?
46 F: Schon! Also es macht natürlich mehr Freude einen Waldweg zu laufen, als in der Stadt.
47 Wie damals in Salzburg z.B. entlang von der Salzach, oder auch der Donau z.B. zu laufen.
48 I: Wie oft betreiben Sie da Sport draußen? Da wäre eine Zahlenangabe super!
49 F: Naja, wenn man die 2-4h pro Woche hernimmt, das ist eh zum Großteil eigentlich
50 draußen. Also nur wenn das Wetter wirklich schlecht ist, dann muss ich mich auf's
51 Ergometer setzen, unter Anführungszeichen. Langlaufen nur, wenn Schnee ist, aber
52 größtenteils eben draußen.
53 I: Wohnen Sie am Land?
54 F: Ja.
55 I: Könnten Sie die Wohnumgebung beschreiben bitte!
56 F: Es ist im Prinzip ähnlich wie da, also hügelig. Ich komme aus dem Mühlviertel, bin in
57 einem Dorf zuhause. Landschaftlich gibt es Schotterwege, Waldwege, Asphaltwege sonst
58 sind auch viele Nebenverkehrsstraßen, keine Hauptverkehrsstraßen bei uns. Wir haben
59 beim Wandern auch sehr viele Wege beschildert.
60 I: Was machen Sie in ihrer Freizeit? Also Hobbies?
61 F: Also abgesehen vom Sport (lacht und überlegt dann) ein bisschen basteln, ein bisschen
62 kreativ sein, und ansonsten Freunde treffen und so Sachen.
63
64 I: Okay, dann zu den Rahmenbedingungen.
65 Seit wann sind Sie da im Rehazentrum beschäftigt?
66 F: Seit 2007.
67 I: Und seit wann gibt es diese Einrichtung hier?
68 R: Seit dem Jahr 1983.
69 I: Auf welche Erkrankungen ist das Rehabilitationszentrum spezialisiert?
70 F: Wie's schon im Wort drinnen steht, auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
71 I: Was genau gibt's denn da für Erkrankungsbilder?
72 F: Die Patienten kommen zu uns nach Operationen, nach Bypass-Operationen,
73 Klappenoperationen, Stent-Implantationen oder mit kleineren Gefäßproblemen,
74 Durchblutungsstörungen.
75 I: Welche Therapiearten oder Therapieformen werden hier angeboten?
76 F: Ganz klassisch ist beim Ausdauertraining das Rad fahren, Radergometertraining, dann
77 Gymnastikgruppen, die Kraftgruppen sind immer in unserem Kraft-Raum, z.B. auch die
78 Heilgymnastiken mit dem eigenen Körpergewicht, Unterwassergymnastik,
79 Koordinationstraining in den verschiedenen Gruppen, Wirbelsäulengymnastik haben wir
80 auch und das Gefäßtraining.
81 I: Und dann wahrscheinlich noch klassische Physiotherapien, Ergotherapie?
82 F: Jaja, danke. Genau Physiotherapien, Ergotherapien haben wir nicht. Und die
83 physikalischen Therapien: Stromtherapie, Massagen.
84 I: Wie lange sind die Therapieeinheiten?
85 F: Standart ist 25min, außer beim Wandern. Da haben wir unterschiedliche Gruppen, die
86 auch unterschiedliche Distanzen zurück legen. Da unterscheiden sich die Zeiten dann.
87 I: Wo finden die Therapieeinheiten statt?

- 88 F: Angefangen von zwei Bewegungsräumen, zwei Einzeltherapieräumen, ein
89 Fahrradergometer-Raum und ein Kraft-Raum, ein Hallenbad mit einem Therapiebecken.
90 Das sind glaub ich eh die meisten.
- 91 I: Wie viel Entscheidungsfreiraum steht den Therapeut/innen für die Gestaltung ihrer
92 Therapie zur Verfügung?
- 93 F: In den Bewegungsgruppen sehr viel. Ich meine, es gibt schon Vorgaben, wenn das jetzt
94 ein Koordinationstraining ist werde ich jetzt nicht ein Krafttraining durchführen. Was die
95 Therapieeinheit betrifft ist es vom Therapeuten frei auszuwählen jetzt was mit Hanteln zu
96 machen oder mit Gewichtmanschetten oder mit dem Theraband. Das können die
97 Therapeuten selber wählen.
- 98 I: Wer entscheidet über die Therapigestaltung?
- 99 F: Das machen wir eigentlich gemeinsam. Es ist so, dass in der Früh abgesprochen wird,
100 welche Therapiemittel heute bei der Therapie eingesetzt werden und daran halten sich
101 dann auch alle, außer es sagt einer aus persönlichen Gründen „mit dem Theraband mag
102 ich heute einfach nicht“, aber ansonsten auch von der Auswahl der Übungen, z.B. man
103 macht heute nur Oberkörpertraining, dann macht man mal nur Unterkörper, ansonsten ist
104 es kein starres genaues Programm.
- 105 I: Wie eng arbeiten Sie mit den anderen Therapiebereichen zusammen?
- 106 F: Sehr eng natürlich. Gerade ich als Therapieleiterin muss mit allen verschiedenen
107 Bereichen kommunizieren, aber es arbeiten auch so alle hier im Haus zusammen. Seien
108 es die physikalischen Therapien, bei den Massagen, wenn der Patient sagt „mir tut das
109 nicht so gut“, dann wird das vom Team weitergegeben, oder es ist die falsche Gruppe,
110 überhaupt dann wird das umgestellt. Oder auch beim Wandern kommt man oft ins
111 Gespräch mit den Patienten und er erzählt mir, er hat so furchtbare Schmerzen, dann
112 versucht man es vielleicht mit einer physikalischen Therapie zu probieren oder einer
113 Einzeltherapie. Also wir versuchen für den Patienten im Rahmen unserer Möglichkeiten
114 noch was heraus zu holen.
- 115 I: Findet da auch eine bereichsübergreifende Besprechung statt?
- 116 F: (Nickt) Täglich.
- 117 I: Werden die besprochenen Inhalte umgesetzt?
- 118 F: Soweit es möglich ist natürlich.
- 119 I: Das ist eine gemeine Frage.
- 120 F: Also soweit der Patient auch dementsprechend - ich sag jetzt mal - mitarbeiten kann,
121 versuchen wir das Beste aus diesem Ergebnis raus zu holen.
- 122 I: Was glaubst du welchen Mehrwert bringt die Zusammenarbeit für den Patienten?
- 123 F: Einen großen, weil es wird auch immer wieder erwähnt von den Patienten, wie toll es ist
124 das Informationen auch immer weitergeben werden. Eben wie gesagt, wenn etwas auftritt
125 in der physikalischen Therapie z.B. das man dann versucht das mit der Einzeltherapie zu
126 beheben.
- 127
- 128 I: Gut dann zum nächsten Abschnitt, da geht es um die Umgebung und Soziales. Wie
129 würden Sie die Umgebung des Rehabilitationszentrums beschreiben?
- 130 F: Jetzt landschaftlich oder?
- 131 I: Genau.
- 132 F: Hügelig, sehr viel Wald, verschiedenste Wanderwege die beschildert sind, auch für die
133 Patienten oder für die Gäste. Im Winter gibt's auch Loipen, also eine Langlaufmöglichkeit.
134 Viele Patienten nehmen sich auch die eigenen Räder mit und gehen selber Rad fahren in
135 der Umgebung, wo viele Mountainbike-Wege beschildert sind oder auch andere Wege. Es
136 gibt ein Freibad. Ein Naturfreibad.
- 137 I: Befinden tut sich das Rehaszentrum in Groß Gerungs.
- 138 F: Ja!
- 139 I: Könnten Sie vielleicht die Ortschaft noch ein bisschen beschreiben!

- 140 F: Die Ortschaft hat 5000 Einwohner. Es ist eine Streusiedlung. Der Ortskern ist jetzt relativ
141 klein. Es ist der Ort sehr verzweigt. Es gibt Lebensmittelgeschäfte, also die Möglichkeit für
142 die Patienten einzukaufen. Es gibt auch Gaststätten, da gehen die Patienten vielleicht mit
143 den Besuchern hin. Ja prinzipiell ist der Patient mit den Möglichkeiten, die es im Ort gibt
144 gedeckt und kann sich auch mal was kaufen.
- 145 I: Gibt es Grünflächen rund um das Rehabilitationszentrum?
- 146 F: Sehr viele würde ich sagen (lacht).
- 147 I: Und werden diese auch für die Patienten zugänglich gemacht?
- 148 F: Ja! Also im Sommer gibt's auch die Möglichkeit für die Patienten, sich mit Liegestühlen
149 rund um dem Haus mehr oder weniger zu entspannen.
- 150 I: Womit verbringen die Patienten ihre Freizeit?
- 151 F: Einerseits sind es wirklich die Aktivitäten, die im Haus eben angeboten werden wie im
152 Sommer betreute Stunden im Motorikpark, der vor dem Haus ist, oder eben
153 Kräuterführungen werden angeboten und es werden natürlich immer wieder Ausflüge in die
154 Region veranstaltet.
- 155 I: Wo befinden sich diese Plätze? Wenn man jetzt zum Beispiel vom Motorikpark ausgeht.
- 156 F: Vor dem Haupteingang ist der Motorikpark. Dort starten auch alle Wanderwege.
- 157 I: Wann sind Sie dort?
- 158 F: Im Motorikpark z.B.?
- 159 I: Ja genau.
- 160 F: Der steht eben zu ausgewählten Zeiten bzw. zu bestimmten Terminen zur Verfügung.
161 Natürlich können ihn die Patienten und Gäste auch öffentlich verwenden, aber ab April/Mai
162 ist es wieder geplant, dass man mit den Patienten da ein Training anbietet. Einmal
163 wöchentlich, also alle 4 Tage bieten wir da eine Betreuung an, wobei die Patienten grad
164 wie der Motorikpark ist, der ist ja beschrieben und beschildert, da können sie in ihrer Freizeit
165 und zwischen den Therapien auch einfach üben.
- 166 I: Jetzt zu Ihrem persönlichen Empfinden. Wie gefällt Ihnen die Umgebung ihres
167 Arbeitsplatzes?
- 168 F: Gut, weil es so ähnlich ist wie daheim. Das Waldviertel ist ja ident zum Mühlviertel von
169 der Landschaft.
- 170 I: Beschreiben Sie bitte Wohlfühlorte aus Ihrer Sicht? Und wo befinden sich diese? Um,
171 oder kann auch im Rehazentrum sein.
- 172 F: Naja, da ich auch ein eher naturverbundener Mensch bin, dann eher draußen. Eben der
173 Motorikpark oder eben die sehr vielen schönen Wanderwege, die wir auch mit den
174 Patienten im Rahmen der Therapie gehen. Was auch angenehm ist, wenn man mal
175 stillschweigend unterwegs ist, frische Luft schnappen kann in diesem Sinne. Oder wir haben
176 auch verschiedenste Rastplätze rund um dem Haus, wo jeder für sein persönliches
177 Empfinden seine Freizeit verbringen kann.
- 178 I: Da gibt's dann auch noch die Xund-Schaukeln habe ich gesehen...
- 179 F: Ja genau, hinterm Haus steht eine und dann eben neben dem Kräutergarten. Die hinterm
180 Haus ist sehr schön mit einem Weitblick in die Landschaft hinein.
- 181 I: Ist sie gut frequentiert?
- 182 F: Ja, jetzt im Winter nicht, aber im Sommer schon!
- 183 I: Wann sind Sie dort an diesen Wohlfühlorten?
- 184 F: Jetzt eigentlich nur im Rahmen der Therapie, wenn ich sowieso draußen bin. Die Xund-
185 Schaukel ist dann während oder auch nach meiner Dienstzeit eher von Patienten besetzt.
- 186 I: Wie viel Zeit verbringen Sie dort?
- 187 F: Eine Stunde in der Woche.
- 188 I: Was fehlt Ihnen jetzt?
- 189 F: Doch die Zeit es öfter zu nutzen (lacht).
- 190 I: Vom Materiellen vielleicht etwas?
- 191 F: Nein, nein.
- 192 I: Was fehlt aus Sicht der Patienten?

- 193 F: Ich würde sagen nichts, weil da die Möglichkeit ist, diese Plätze, die Xund-Schaukeln zu
194 nutzen. Nein ich würde sagen nichts.
- 195 I: Welche Veranstaltungen werden hier genau angeboten?
- 196 F: Eben verschiedenste Ausflugsfahrten in die nähere Umgebung wie z.B. zum Opferstein,
197 wo ebenso ein Stein vorhanden ist. Hier wird eben auch die Fahrt organisiert. Oder auch
198 Fahrten zu den regionalen Ausstellungen. Sowas wird im Schnitt einmal in der Woche
199 organisiert.
- 200 I: Wie oft nehmen Sie daran teil?
- 201 F: Leider gar nicht.
- 202 I: Haben Sie da auch Aufgaben dabei?
- 203 F: Nein, gar nicht.
- 204 I: Wie oft nehmen die Patienten daran Teil?
- 205 F: Schwer zu sagen, manchmal sind es wirklich viele die da mitfahren und manchmal nur
206 wenige, das ist sehr individuell.
- 207 I: Wald, Wiese oder Parkanlage – argumentieren Sie bitte für Ihre Lieblingsumgebung?
- 208 F: Wald.
- 209 I: Warum?
- 210 F: Ja, erstens ist er rundherum zur Verfügung (lacht). Nein, einfach wegen der Natur die
211 sich da ergibt und wegen der Stimmung. Nachdem ich den Wald rundherum auch in meiner
212 Heimat habe, ja.
- 213
- 214 I: Gut, dann zu den Trainingstherapie-Einheiten im Grünen.
- 215 Wie schätzen Sie das Potential für die therapeutische Nutzung der Außenflächen?
- 216 F: Im Rahmen vom Wandern sind wir ja draußen unterwegs, all die Wanderwege in der
217 näheren Umgebung. In allen anderen Therapien werden sie nur fallweise genutzt, weil's
218 auch schwierig ist wegen der Organisation. Dort bieten wir nur freiwillige Stunden an, um
219 eben den Motorikpark und dessen Aktivitäten den Patienten näher zu bringen. Im Rahmen
220 der Therapien: Bei verschiedensten Bewegungsgruppen ist es so, dass wir die Möglichkeit
221 haben bei einigen Gruppenräumen rauszugehen und dort die Grünflächen zu nutzen. D.h.
222 die Übungen dort vor Ort zu machen.
- 223 I: Wie würden Sie das beurteilen?
- 224 F: Naja, ideal wäre es natürlich, wenn wir den Motorikpark mehr einbinden könnten, aber
225 das ist einfach organisatorisch schwierig mit 25min Therapiezeit, größere Anzahl der
226 Patienten, dann haben's das Schuhwerk wieder nicht. Jetzt ist die Kurzlösung: Jede
227 Bewegungsgruppe hat ein Gerät mit und bleibt in der Nähe vom Raum.
- 228 I: Worin sehen Sie da Begrenzungen?
- 229 F: Ja eben auch vom zeitlichen, also mit 25min Bewegungszeit pro Gruppe ist es schwierig
230 zu organisieren. Also der Zeitfaktor und die Gruppengröße vielleicht auch.
- 231 I: Meine Frage wäre jetzt: Wurden Grünflächen bereits aufgeschlossen? Da gibt es den
232 Motorikpark.
- 233 F: Ja.
- 234 I: Wer entscheidet über diese Aufschließung?
- 235 F: Das ist natürlich auch in Absprache mit der Stadtgemeinde Groß Gerungs [passiert], weil
236 natürlich auch die Wanderwege, die wir jetzt in den Gruppen gehen, nicht offiziell
237 gekennzeichnet sind. Es sind unterschiedliche Wanderstrecken. Die offiziellen werden
238 eben auch von der Gemeinde betreut und auch dementsprechend gepflegt. Die
239 Wanderstrecken die wir mit unseren Patienten gehen, natürlich auch unter Absprache mit
240 der Gemeinde aber auch mit den Grundstücksbesitzern, weil wir da eben auch Wege
241 benutzen die wie gesagt keine offiziellen Wanderwege sind, weil wir von den Vorgaben der
242 Therapiezeiten und der zeitlichen Begrenzung eben nur bestimmte Wegstrecken schaffen.
243 Und da wird's gepflegt einerseits vom Haus, dann auch von der Gemeinde und andererseits
244 auch von den Besitzern.
- 245 I: Wissen Sie vielleicht wie es zu dieser Aufschließung gekommen ist?

- 246 F: Das ist eigentlich von Anfang an so, dass hier viel gewandert wird und wir hoffen, dass
247 sie das beibehalten (lächelt).
- 248 I: Aber Sie wissen nicht, ob das der Leiter des Rehazentrums oder ..
- 249 F: Es sind sicher die geschäftlichen Leiter sowie die ärztlichen Leiter dahinter, dass das
250 therapeutische Wandern stattfindet und damit die optimalen Voraussetzungen geschaffen
251 werden.
- 252 I: Mhm und beim Motorikpark habe ich gelesen, dass der von einem Sportwissenschaftler
253 entworfen wurde?
- 254 F: Genau, das hat der Dr. Roland Werthner gemacht. Der hat mehrere Parks, also der erste
255 ist eben in Oberösterreich, in Feldkirchen an der Donau entstanden. Da hat es eine
256 Kooperation dann auch mit dem Waldviertel gegeben. In Haarbach gibt's auch so einen
257 Motorikpark in der Nähe vom Kur- und Rehazentrum. Also wir haben halt das Glück, dass
258 er gleich gegenüber von uns entstanden ist. Der ist natürlich auch in der Zusammenarbeit
259 mit der Gemeinde entstanden, also der gehört nicht uns, sondern der gehört der Gemeinde
260 und wir nutzen ihn nur.
- 261 I: Von der Finanzierung her, wer hat das dann übernommen?
- 262 F: Von der Stadtgemeinde eben auch. Da er uns nicht gehört war das die Stadtgemeinde,
263 die das geleistet hat.
- 264 I: Was bedeutet das für die Sicherheit der Patienten? Welche Anforderungen werden da an
265 die medizinische Notfallversorgung gestellt werden?
- 266 F: Beim klassischen Wandern ist es wirklich wichtig, dass man mit einem Telefon
267 ausgestattet ist. Wir haben ein Telefon und einen Notfallrucksack mit dabei. Und dann die
268 Rettungskette, wenn wirklich was ist wird die Rettungskette gerufen.
- 269 I: Beschreiben Sie bitte, wie schaut Ihre typische Trainingstherapieeinheit im Freien aus?
- 270 F: Es beginnt im Prinzip damit, dass wir kontrollieren ob alle Patienten anwesend sind. Dann
271 wird die jeweilige Route festgelegt, abgeklärt welche Beschaffenheit eben ist, welcher
272 Untergrund oder hügelig. Dann wird eigentlich gewandert je nachdem wie es für den
273 Patienten dann auch möglich ist. Ja und der Abschluss und die Verabschiedung.
- 274 I: Sie haben gesagt, es gibt unterschiedliche Gruppen. Wie unterscheiden sich diese
275 voneinander?
- 276 F: Einerseits von der zeitlichen Differenz natürlich und andererseits vom Gelände. Da gibt's
277 die, die eher in Hausnähe ist und eher flach ist. Und z.B. die Nordic Walking Gruppe, die
278 geht schon ins Gelände und von den Distanzen her, bis zu 7km sind die da unterwegs. Eher
279 anspruchsvoller.
- 280 I: Wie viele Wandergruppen gibt's da?
- 281 F: Wanderrouen oder Wandergruppen?
- 282 I: Beides.
- 283 F: Gruppen gibt's vier Wandergruppen und eine Nordic Walking Gruppe. Und von den
284 Routen her ist es unterschiedlich von der Leistung her. Je besser sie eingeteilt sind, desto
285 länger wird gegangen. Da gibt's 4-5 verschiedene Wanderrouen, je nach
286 Wetterbedingungen.
- 287 I: Die sind im Winter geräumt, die Wanderwege?
- 288 F: Nicht alle, aber dann werden ein oder zwei Wanderrouen weggelassen, die im Winter
289 nicht möglich sind. Bei den Nordic Walkern ist es so, die spuren sehr viel selber.
- 290 I: Die Gruppen unterscheiden sich dann vom fit sein her?
- 291 F: Ja genau, je nach dem wie leistungsfähig sie sind.
- 292 I: Wie oft gehen Sie da raus mit der Gruppe wandern?
- 293 F: Täglich. Der Therapeut selber geht 3-4 mal in der Woche raus, einen halben Tag.
- 294 I: Einen halben Tag gleich!
- 295 F: Ja, also 3h.
- 296 I: Wovon hängt das dann ab, ob wandern gegangen wird oder nicht?
- 297 F: Also täglich, es ist eher so das selten nichts ist, außer ein Eis-Regen [wird vorhergesagt],
298 den wir z.B. Anfang Februar hatten.

- 299 I: Wie ist das Verhältnis zwischen Outdoor- und Indoor-Einheiten?
300 F: Natürlich mehr Indoor- als Outdoor-Einheiten. Hm, in Prozent (überlegt kurz) ich würde
301 sagen 80% indoor und 20% outdoor, also der Patient geht täglich eine Stunde wandern und
302 hat aber sehr wohl noch zusätzlich 2h irgendwelche anderen Therapien. Also vielleicht sind
303 es auch 70:30.
304 I: Außer die längeren Gruppen wahrscheinlich.
305 F: Nein die Nordic Walker sind 85min unterwegs. Die kürzeste Wandergruppe ist mit 25min
306 unterwegs.
307 I: Wie ist das Verhältnis für Sie? Würden Sie sich mehr vom einen oder vom anderen
308 wünschen?
309 F: Man ist halt natürlich herinnen wetterunabhängiger. Auf der anderen Seite, wenn's
310 Wetter optimal ist würde man sich wünschen das man mehr unterwegs sein könnte draußen
311 auch. Nein ich finde das es eigentlich passt.
312 I: Worauf achten Sie da? Worin sehen Sie Probleme?
313 F: Naja wettertechnisch natürlich, dass die Patienten nicht dem entsprechend ausgerüstet
314 sind und entweder keinen Regenschutz oder gar nichts mithaben. Und im Winter ist die
315 Herausforderung, dass keiner ausrutscht mit dem Eis, dass ist wirklich ein bisschen ein
316 Handicap gerade beim Wandern.
317 I: Welche Sicherheitsmaßnahmen sind zu beachten?
318 F: Die Mitarbeiter sind mit Telefonen und Handys ausgestattet und haben eben einen
319 Notfallrucksack dabei und ansonsten haben wir eben eine Notfallversorgung, also es kann
320 jemand abgeholt werden, jederzeit.
321 I: Welche Einflüsse gibt es hinsichtlich der Erkrankung? Oder Erkrankungsbilder? Es gibt
322 ja nur Herz-Kreislauf-Patienten oder?
323 F: Nein, leider haben wir oft orthopädische Patienten mit, weil leider sollte sich jemand die
324 Hüfte machen lassen oder das Kniegelenk, aber es ist ihm das Herz dazwischen
325 gekommen, nur ist dann also die Rehabilitation im Herz-Kreislauf-Bereich vorgezogen
326 worden, weil der Bypass oder ähnliches angestanden ist. Also es ist oft ein orthopädisches
327 Problem dabei, aber vorwiegend doch nur, unter Anführungszeichen, Herz-Kreislauf.
328 I: Wie haben die Teilnehmer/innen die Outdoor-Einheit angenommen? Wie war die
329 Beteiligung?
330 F: Naja die Patienten müssen immer teilnehmen (lacht). Nein aber natürlich, wenn das
331 Wetter nicht optimal ist, dann kann's schon sein, dass jemand sagt „müssen wir heute
332 rausgehen“. Sowas kann man dann immer wieder mal zu hören bekommen. Aber im Prinzip
333 schätzen sie es schon, dass sie raus kommen und rausgehen können.
334 I: Wie war die Stimmung in der Gruppe? Wie würden Sie die beschreiben?
335 F: Prinzipiell immer gut, außer es ist wie gesagt das Wetter mal nicht so optimal, aber
336 ansonsten ist es immer ganz angenehm, auch für die Patienten. Es wird ein bisschen
337 geplaudert und ja.
338 I: Gab es Situationen, in denen es schwierig war? Wie haben Sie die gelöst?
339 F: Aufgrund vom Wetter, wie es angefangen hat zu blitzen und zu donnern, da muss man
340 dann natürlich schauen, da wird dann natürlich der schnellste Weg zurück ins Haus gesucht
341 und eine Wanderung gekürzt oder abgebrochen. Oder eben der Eis-Regen, da haben wir
342 auch schon im Vorhinein die Wanderung abgesagt.
343 I: Gib es am Rehabilitationszentrum auch noch andere Therapiefelder die Natur oder
344 Grünflächen für Ihre Therapieeinheiten nutzen?
345 F: Nein.
346
347 I: Zur Zufriedenheit und damit sind wir auch schon beim letzten Teil.
348 Wie zufrieden sind Sie mit der Wahl Ihres Berufes?
349 F: Sehr! Selbst ausgesucht, deswegen! Sportwissenschaften auch!
350 I: Und ist die Arbeitspraxis so verlaufen, wie Sie es sich vorgestellt haben?

351 F: (Überlegt) Das war eigentlich ganz was anderes. Ich hätte mir gleich nach dem Studium,
352 also es ist schon etwas anderes, wenn man dann in die Praxis kommt von der Theorie. Also
353 die Praxis ist dann doch ganz anders, weil bestimmte Vorgaben sind, die man einzuhalten
354 hat. Manche Sachen sind auch wirklich herausfordernd.
355 I: Gab es während Ihrer vergangenen Dienstzeit Situationen, in denen Sie an der
356 Entscheidung Ihrer Berufswahl zweifelten?
357 F: Nein.
358 I: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz?
359 F: Sehr zufrieden!
360 I: Gab es davor noch andere Arbeitsplatzoptionen oder Alternativsituationen?
361 F: Beworben habe ich mich natürlich bei mehreren Institutionen, aber da es so nahe zu
362 meinem Wohnort ist, unter Anführungszeichen nahe [mit] 40km, ist das eigentlich ideal.
363 I: Würden Sie ihren Arbeitgeber weiterempfehlen?
364 F: Ja absolut!
365 I: Sehr gut, dann haben wir's. Nochmal ein herzliches Dankeschön, dass Sie sich die Zeit
366 genommen haben!

ANHANG 1.2: INTERVIEWTRANSKRIPT AUVA REHABILITATIONSZENTRUM HÄRING

Bezeichnung:	Häring
Thema:	Umsetzung von Trainingstherapien im Grünen an ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen Österreichs
Befragte Person:	Frau G.
Personencode:	H11
Alter:	48
Ort des Interviews:	Therapieraum im RZ Häring
Datum und Urzeit:	08.02.2017, 13:44 Uhr
Interviewerin:	Magdalena Eschlböck
Datei:	Häring_1.mp4, Häring_2.mp4

- 1 I: Okay liebe G., worum es bei meiner Masterarbeit geht habe ich dich eh schon informiert
2 und das deine Daten anonymisiert werden weißt du auch.
3 Ich bräuchte noch dein Alter.
4 G: Jetzt muss ich kurz überlegen (lacht) 48.
5 I: Wo befindet sich dein Wohnort?
6 G: Bad Häring drei Tage die Woche und ansonsten, also meinen Hauptwohnsitz habe ich
7 in Weißenbach am Lech.
8 I: In welchem Rehabilitationszentrum arbeitest du?
9 G: Das ist die AUVA und es heißt RZ Häring, das ist der richtige Ausdruck.
10 I: Wie lautet deine Berufsbezeichnung?
11 G: Sportwissenschaftlerin.
12 I: Wo hast du deine Ausbildung gemacht?
13 G: In Salzburg.
14 I: Das war die Uni oder?
15 G: Genau Universität Salzburg.
16 I: Hast du eine leitende Tätigkeit?
17 G: Nein.
18
19 I: Jetzt hätte ich ein paar Fragen zu deiner Person und zwar: Treibst du gern Sport? Bist du
20 bewegungsaktiv?
21 G: Ja.
22 I: Was machst denn da?
23 G: Am liebsten wandern, Rad fahren, schwimmen und Schi fahren.
24 I: In welchem Ausmaß betreibst du die Sportarten?
25 G: Seit einem halben Jahr Wandern. Ich habe einen Hund bekommen, da bin ich so
26 Minimum drei Stunden am Tag unterwegs. Schi fahren ein bisschen weniger.
27 Schneeschuhwandern mache ich gern. Das passt auch gut mit dem Hund. Das tue ich
28 eigentlich täglich und Schi fahren/Radl fahren eher sporadisch. Das hängt immer davon ab,
29 wie's mit dem Hund funktioniert und je nach Wetterlage, 2x pro Woche im Sommer.
30 I: Seit wann betreibst du die Sportarten?
31 G: Eigentlich kann man sagen seit meiner Kindheit/Jugend, also wandern, schwimmen,
32 Schi fahren, schneeschuhwandern erst die letzten Jahre. Was ich auch gerne mache ist
33 Volleyball spielen, das habe ich jetzt vergessen, das ist einmal die Woche.
34 I: Inwieweit findet sich Bewegung und Sport im beruflichen Alltag wieder?
35 G: Eigentlich bin ich schon sehr bewegungsaktiv, weil wir ja immer bei den Gruppen aktiv
36 mitmachen, außer beim Schwimmen, da müssen wir ja außerhalb vom Wasser bleiben. Alle
37 anderen Sporteinheiten machen wir eigentlich aktiv mit.
38 I: Wo betreibst du den Sport üblicherweise? Eher drinnen oder eher draußen?

- 39 G: Im Winter logischerweise hauptsächlich drinnen. Im Sommer, sobald es das Wetter
40 zulässt draußen, also wenn es nicht regnet und wenn es nicht zu heiß ist, dann versuchen
41 wir die Einheiten draußen zu machen. In den dafür vorgesehenen Sportstätten. Wir haben
42 Freiturnflächen. Wir haben Spielwiesen. Wir haben einen Wald den wir nutzen können, also
43 soweit wie möglich draußen.
- 44 I: Das ist jetzt bezogen auf dich, also nicht auf die Arbeit im Rehazentrum. Wie wichtig ist
45 dir Natursport?
- 46 G: Sehr, also wichtiger wie alle anderen. Also ich mache eigentlich eh nur Natursport, außer
47 Volleyball.
- 48 I: Wo bist du da, wenn du draußen bist?
- 49 G: Naja (überlegt) in der Wildnis, kann man das so sagen? Im Wald und in der Wildnis. Wir
50 haben auch total viele Au-Landschaften, also da beim Lech zum Beispiel. Das sind eher so
51 wilde Wege, die geh ich wahnsinnig viel. Leichte Bergwandertouren, also nicht
52 Klettertouren, nicht Bergsteigen, aber Bergwandern was sich halt in meinem Umfeld ergibt.
53 Zum Schwimmen eigentlich nur Badeseen oder Naturseen, also keine Schwimmbäder und
54 keine angelegten Badeseen, das nicht.
- 55 I: Wohnst du am Land?
- 56 G: Ganz am Land, 1500 Einwohner.
- 57 I: Beschreib mal deine Wohnumgebung.
- 58 G: Also es ist halt so, Bad Häring da habe ich meinen Zweitwohnsitz, aber da bin ich halt
59 nur zum Arbeiten. Der andere Wohnsitz, der ist Weißenbach im Lechtal. Das würde sich
60 jetzt eher auf die Frage beziehen. Das ist eher eine wilde Flusslandschaft. Der Lech wird
61 auch als „der letzte Wilde“ bezeichnet. Ja da sind wenig befestigte Wanderwege, wilde
62 Steige, ja Au-Landschaften. Es ist wirklich wunderschön, es fällt unter Natura2000. Ist ein
63 bisschen ein vergessener Teil von Tirol, sehr einsam find ich, bisschen mehr wird es jetzt
64 in den letzten Jahren über den Lechweg, der wird jetzt populärer. Aber es ist nicht zu
65 vergleichen mit dem Zillertal oder so, ein stiller Tourismus, ganz wenig los. Es ist genau
66 meine Gegend. Sehr abgeschieden, es ist nicht sehr viel geboten an Infrastruktur, Kino
67 oder Einkaufsmöglichkeiten, aber das ist mir jetzt nicht mehr wichtig. Wilde, unberührte
68 Natur.
- 69 I: Also ist das eine kleine Ortschaft in der du lebst?
- 70 G: Genau, also die Ortschaft wo ich privat eigentlich bin, wo ich verheiratet bin, ist eine
71 Ortschaft mit 1500 Einwohnern. In Bad Häring bin ich nur zum Arbeiten, aber in
72 Weißenbach verbringe ich meine ganze Freizeit.
- 73 I: Was machst du in deiner Freizeit? Was sind deine Hobbies?
- 74 G: Jetzt ist es momentan so, dass mein Hobby der Hund ist und alles was mit dem Hund
75 verbunden ist: wandern gehen, erzieherische Tätigkeiten. Ja ich mach viele andere Sachen
76 auch gern. Ich tue gern lesen, mit dem S. was unternehmen, Kochen tun wir gern
77 miteinander. Das sind so die Hobbies, so schaut die Freizeit aus. Hund. Mann. Lesen
78 (lacht).
- 79 I: Zu den Rahmenbedingungen: Seit wann bist du da im Rehazentrum beschäftigt?
- 80 G: Seit 1993.
- 81 I: Seit wann gibt es die Einrichtung hier?
- 82 G: Seit 1973.
- 83 I: Auf welche Erkrankungen ist das Rehabilitationszentrum spezialisiert?
- 84 G: Ja wir haben eben orthopädische Patienten, wir haben neurologische Patienten, wir
85 haben Polytraumen und Monotraumen. Hauptsächlich Traumata, wenig Erkrankungen.
- 86 I: Welche Therapiearten /-formen werden hier angeboten?
- 87 G: Grob gesagt: die Physiotherapie wird angeboten, Ergotherapie, Sporttherapie,
88 Logopädie, psychologische Betreuung, Diät-Beratung. Dann natürlich der große Bereich
89 Massage, Wassertherapie.
- 90 I: Wenn man jetzt näher auf die Sporttherapie eingeht. Wie lang ist da so eine
91 Therapieeinheit?

G: Die Therapieeinheiten bewegen sich zwischen 30 und 60min. Also wir haben Einheiten mit 30min, mit 45min und mit 60min.

I: Wo finden sie statt? Welche Räumlichkeiten stehen dafür zur Verfügung?

G: Also es steht zur Verfügung die Gehschule, die Turnhalle, die Sporthalle, der Krafttrainingsraum, der Tischtennisraum und alle Außenräume.

I: Was gibt's denn alles im Außenraum?

G: Im Außenbereich haben wir einen Tennisplatz, einen großen Sandplatz für Sandspiele, einen Freiturnplatz, der ist von den Linien her aufgebaut wie innen, es gibt auch zwei Basketballkörbe, also der ist aufgebaut wie eine Sporthalle ohne Überdachung. Dann haben wir eine große Sport- und Spielwiese. Da kann man auch sehr viel machen, z.B. Lafeinheiten, Spiele, Rollstuhltraining und was wir auch noch viel nutzen sind die 100-Meter-Bahnen mit vier Bahnen. Wir haben eine Kugelstoßanlage und wir haben viele hügelige Wege bei denen man viel mit Steigungen machen kann. Und was auch noch viel genutzt wird ist der Wald, der gehört noch dazu zum Reha-Gelände, auch wieder mit verschiedenen Untergründen, wurzig, Schotter, Erde, verschiedene Neigungen und Steigungen. Das wird auch wieder gut genutzt. Dann haben wir noch einen Hindernis-Parkour im Außenbereich, also wo verschiedene Untergründe sind wie Holzboden, Steinboden, Schotter, feiner Kies. Und auch das wird gut genutzt.

I: Wie viel Entscheidungsfreiraum steht den Therapeut/innen für die Gestaltung ihrer Therapien zur Verfügung? Wer entscheidet über die Therapiegestaltung?

G: Also wir haben ein Therapiehandbuch, in dem steht welche Inhalte eine Therapieeinheit hat, mit der genauen Bezeichnung usw. Das ist eigentlich dann das was die Ärzte wissen müssen, wenn sie den Patienten je nach Verletzungsbild in die entsprechende Therapie einteilen. Das Therapiehandbuch ist eine Hilfestellung: „Wann kann ich den Patienten z.B. für Schwimmen einteilen“. Das wird also von den Ärzten gemacht, die Therapieeinteilung und die Inhalte der Therapien sind also in diesen Rahmenbedingungen festgelegt, so wie es im Therapiehandbuch steht. Das beinhaltet auch die Gefährlichkeit, also es darf nichts Gefährdendes für den Patienten dabei sein. Aber die Inhalte haben wir uns eigentlich über die Jahre erarbeitet und geben diese an die nächsten Mitarbeiter weiter, an die Nachfolger, an die jüngeren. Also da haben wir schon sehr viel Freiheit. Das Ziel ist immer die Behandlung der Verletzten (überlegt und bessert sich aus) Verbesserung der Verletzten Struktur. Bei den Rollstuhlfahrern ist das Ziel die Selbständigkeit im Rollstuhl, selbständige Fortbewegung im Rollstuhl. Aber innerhalb dieser Rahmenbedingungen können wir selber gestalten.

I: Wie eng arbeitest du mit anderen Therapiebereichen zusammen?

G: Sehr eng mit der Physiotherapie. Das ist oft auch bezogen auf einen Patienten, eine mündliche Absprache, spezielle Ziele ausarbeiten, Belastbarkeit noch mal absprechen, eventuell auch mit dem Physiotherapeuten überlegen, „welche Hilfsmittel passen für den Patienten“, Handbike, Sportgeräte, das fällt auch noch in unseren Bereich. Dass was ich mach sind diverse Behindertensportgeräte/ Mobilitätsgeräte.

I: Gibt's da auch bereichsübergreifende Besprechungen?

G: Ja es gibt pro Station einmal pro Woche eine Chefvisite und einmal pro Woche eine Therapiebesprechung wo Ärzte, einer aus der Physiotherapie, einer aus der Ergotherapie, Psychologie und Pflege dabei sind. Patienten nicht.

I: Werden die besprochenen Inhalte erfolgreich umgesetzt?

G: Naja, also wenn es darum geht, dass eine Therapie für den Patienten nicht geeignet ist, dann wird das im Rahmen dieser Therapiebesprechung geändert und eingehalten, also ja eigentlich schon!

I: Was glaubst du welchen Mehrwert bringt die Zusammenarbeit für den Patienten?

G: Ja ich glaube die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Bereichen bringt sehr viel, weil wenn man verschiedene Einflüsse oder verschiedene Meinungen hat, dann kann man für den Patienten ein ideales Therapieziel erarbeiten. Der Physiotherapeut kennt den Patienten vielleicht ein bisschen besser, weil er mehr Zeit in der Einzeltherapie hat und der

kommt dann vielleicht und sagt „der wohnt in der und der Gegend, der hat zum Hausweg solche Anstiege, mit dem muss man Steigungen fahren“ oder „der hat Familie, der hat zwei Kinder für den wäre ideal, dass er dieses Modell von den Handbikes bekommt“. Das mache ich zum Beispiel dann mit ihm. Also ich glaube nur dann, wenn man interdisziplinär zusammenarbeitet und sich austauscht über den Patienten, dass ein gutes Therapieziel herauskommt. Das könnte sicher mehr sein, früher haben wir mehr Besprechungen gehabt, aber das ist nicht mehr so.

I: Dann sind wir beim nächsten Abschnitt wo es um die Umgebung und Soziales geht. Wie würdest du die Umgebung des Reha-zentrums beschreiben?

G: Umgebungsfeld. Ist das jetzt auf das landschaftliche bezogen oder?

I: Ja genau auf das landschaftliche bezogen!

G: Mhm, also es befindet sich auf einem leichten Hügel, ungefähr 2km weg vom Ortszentrum, vom Ort Bad Häring. Es ist über Gehwege oder Radwege eigentlich gut verbunden mit dem Ort, also man kommt zu Fuß oder mit dem Rollstuhl gut ins Dorf, vorausgesetzt man schafft 40min Rollstuhl zu fahren. Es gibt eine Busverbindung, auch Busse die rollstuhlgerecht sind. Das nächstgrößere ist Wörgl, da nehmen sich viele ein Taxi. Wenn man jetzt gar nicht mobil ist, dann ist es schon ein bisschen abgeschieden. Es gibt hier heroben noch das Reha-Café.

I: Gibt es Grünflächen rund um dem Rehabilitationszentrum?

G: Ja, sehr viele!

I: Werden diese für die Patienten auch zugänglich gemacht?

G: Ja, die Patienten können auch außerhalb der Therapie die Grünflächen nutzen. Man sieht immer wieder, dass sich die Patienten eine Decke schnappen und einfach in die Wiese legen oder nach der Therapie noch Waldspaziergänge machen. Sie können auch den Tennisplatz z.B. nutzen nach der Therapie. Es gibt Schläger zum Ausleihen beim Portier. Es gibt zweimal pro Woche ein freies Schwimmen, also außerhalb der Therapie. Der Tischtennisraum ist immer offen, den können sie jederzeit nutzen. Wir haben einen Tischfußballtisch und einen Billardtisch.

I: Genau, das wäre auch meine nächste Frage gewesen. Womit verbringen die Patienten ihre Freizeit? Wo befinden sich diese Plätze?

G: Alles am Gelände vom Reha-zentrum, also sie müssen nicht wegfahren. Alles innerhalb des Hauses oder was noch zum Haus dazu gehört.

I: Wann sind die Patienten dort?

G: Aus ist ab 16:00 Uhr und in der Zeit können's diese ganzen Sachen nutzen.

I: Und wie oft sind sie dort?

G: Hm (überlegt) ich glaube nur ein geringer Teil nutzt nach 16:00 Uhr diese Anlagen, weil das Therapieprogramm sehr dicht ist. Sie haben zum Teil 12-13 Therapien am Tag und wirklich viele Patienten sind nach 16:00 Uhr einfach müde und erholen sich. Vielleicht, dass max. 20% noch das Angebot nützen und sagen, sie gehen Tischtennis oder Billard spielen. Ich glaube mehr nicht, weil einfach die Auslastung in der Therapiezeit sehr hoch ist und ein sehr dichtes Programm ist.

I: Wie gefällt dir die Umgebung deines Arbeitsplatzes?

G: Perfekt! Für mich ist es wirklich perfekt! Erstens liegt es im Grünen, viel Natur, dann sind unsere Außenanlagen extrem schön gestaltet, auch gärtnerisch. Was auch noch besonders ist, es liegt am Hügel und wir sind in Tirol! Und es sind rund um dem Haus relativ viele ebene Flächen, so dass sich Personen im Rollstuhl auch frei bewegen können, dass die auch problemlos ein und aus gehen können. Und das ist, was ich weiß, am Weißen Hof ein bisschen anders. Da geht's gleich überall so runter. Da ist Häring und Tobelbad einfach toll! Da kann man so eine Abendrunde machen und kommt auf jeden Fall wieder sicher rein.

I: Wie würdest du Wohlfühlorte aus deiner Sicht beschreiben? Und wo befinden sich diese? Und wann bist du dann auch dort?

197 G: Ich bin eigentlich nur während der Therapie dort. Ein Wohlfühlort ist sicher die
198 Waldrunde, der asphaltierte Weg durch den Wald, weil es für viele glaube ich, fast nicht
199 mehr möglich ist, noch mal in den Wald zu gehen und da geht es. Und das ist wirklich noch
200 ein schöner Wald, da kann man mit verschiedenen Gehhilfen oder Fahrhilfen gut
201 durchkommen.
202 I: Ist es bei dir auch so, dass du nach 16:00 Uhr so erledigt bist?
203 G: Naja, weißt eh am Mittwoch ist die Mittwochrunde, aber mit denen bin ich auch draußen
204 und am Donnerstag ist dann Volleyball. Genau, dass ist auch was! Im Sommer dann
205 Volleyball spielen draußen auf dem Sandplatz, das ist auch schön! Ja und sonst Wohlfühlort
206 (überlegt), ja es gibt ganz einen schönen Platz unterhalb vom Tennisplatz. Da sind zwei
207 Bänke und da schau'st Richtung Inntal und das ist eigentlich der Platz. Das ist auch die
208 Richtung, wo die Sonne untergeht und ein irrsinnig schönes Abendrot hat und wo man einen
209 Weitblick hat, einen totalen, also man sieht da wirklich weit ins Inntal rein. Das ist schon ein
210 Wohlfühlort!
211 I: Und wie viel Zeit verbringst du dort, an solchen Wohlfühlorten zum Beispiel?
212 G: Also im Wald relativ viel Zeit, aber hauptsächlich in der Arbeit. In der Freizeit, da
213 eigentlich nicht, nein.
214 I: Was fehlt dir?
215 G: Naja, schön wäre ein Badeteich. Wir haben zwar einen Teich aber den dürfen wir
216 natürlich nicht zum Baden verwenden. Also ein Außenbecken oder ein Badeteich, dass
217 wäre das non plus ultra (lächelt).
218 I: Was fehlt aus Sicht der Patienten?
219 G: (Überlegt) Naja, schon vielleicht, ein Badeteich ist jetzt übertrieben, aber eine Fläche wo
220 vielleicht Liegen stehen, wo man sich einfach mal ausstrecken kann, freizeitclubmäßig. Das
221 wäre schon Luxus für ein Rehazentrum. Es gibt auch am Balkon oben die Möglichkeit, sich
222 in die Sonne zu legen, aber das wäre sicher noch was Schönes, sich in die Wiese zu legen.
223 Naja (lacht) ich weiß zwar nicht ob das zu einem Rehazentrum passt, aber so wie letzten
224 Sommer, wenn's so schön ist, wäre irgendwie lässig, wenn man so eine Liege hätt. Wobei
225 der Buffetbereich ist auch schön, aber das ist wieder was zum konsumieren oder trinken.
226 Oder einfach so ein Outdoor-Areal zum Spiele machen, Schach spielen oder was in der
227 frischen Luft, wobei es hier schon sehr großzügig ist.
228 I: Welche Veranstaltungen werden hier angeboten?
229 G: Es gibt immer wieder Vorträge, Filmvorführungen, Sportveranstaltungen werden auf der
230 Großleinwand gezeigt, Schi fahren jetzt. Das wird hauptsächlich angeboten von der
231 Sozialberatung, oder mal ein Kabarett oder die Blasmusik von Bad Häring war mal da und
232 hat ein Konzert gespielt, so Sachen.
233 I: Wie oft nimmst du daran teil?
234 G: Hm, selten muss ich sagen, selten. Höchstens so wie letztes Jahr da hat einer eine
235 Handbike-Tour durch Indien gezeigt, dass schau ich mir an. Alles was auf den
236 Behindertensport bezogen ist. Nachdem das oft am Mittwoch ist, diese Veranstaltungen,
237 probier ich da meine Mittwochrunde mitzunehmen auf diese Veranstaltungen. Also die
238 Sportler, die einmal pro Woche kommen, die fordere ich auf, dass sie daran teilnehmen und
239 dann geh ich auch geschlossen mit der Gruppe zu diesen Vorträgen. Aber das ist vielleicht
240 zweimal im Jahr.
241 I: Wie oft nehmen die Patienten daran teil?
242 G: Naja, eigentlich schon regelmäßig, also sie werden regelmäßig besucht diese
243 Veranstaltungen, aber nicht von der großen Masse. Kann ich jetzt nicht sagen wie viel
244 Prozent der Patienten gehen, aber maximal 50%.
245 I: Ja ich habe gehört, da gibt es ein Sportfest im Sommer.
246 G: Ja das Sportfest ist so gemischt zwischen Therapie und Freizeit. Es startet Mittag und
247 fällt natürlich in den Rahmen der Therapie, aber ab 16:00 Uhr ist dann Freizeit und da gibt's
248 dann Siegerehrung, Unterhaltung, Tanzmusik usw. Und da sind halt wirklich alle Patienten
249 vom Haus dabei und der ganze Therapiebereich von den Mitarbeitern, Küche, Verwaltung

- 250 ist mit eingebunden. Also wie gesagt, das ist ein großes Sportfest, aber nicht für die
251 Mitarbeiter, also die sportlichen Bewerbe, sondern nur für Patienten und für ehemalige
252 Patienten.
- 253 I: Und was sind deine Aufgaben dabei?
- 254 G: Ich habe die Leitung. Alles (lacht). Mit Freude. Nein hauptsächlich die Organisation und
255 Leitung, das fällt in meinen Bereich. Eröffnung, Siegerehrung, Delegieren, das mache nicht
256 ich, das macht wer anderer. Obwohl der jetzt in Pension ist, vielleicht die neue Chefin jetzt.
257 Aber Preise besorgen usw.
- 258 I: Steht dir da eine Arbeitszeit zur Verfügung?
- 259 G: Wird in Mehrstunden gerechnet, mhm.
- 260
- 261 I: Na gut, dann geht es jetzt speziell um Trainingstherapieeinheiten im Grünen.
- 262 Bezogen auf das Potenzial für die therapeutische Nutzung der Außenflächen, werden diese
263 nach deinen Erzählungen hier in Bad Häring bereits sehr gut im Therapieprogramm genutzt.
- 264 G: Ja und sehr ausgeschöpft eigentlich. Also nicht nur von der Sporttherapie, sondern auch
265 von der Physiotherapie, also soweit es denen möglich ist versuchen sie auch immer wieder
266 Therapieeinheiten draußen zu machen. Alles was Gangschulung betrifft z.B. Das wird alles
267 draußen gemacht.
- 268 I: Worin siehst du Begrenzungen oder eine Problematik?
- 269 G: Eine Problematik ist sicher das Wetter. Im Winter muss man aufpassen, dass die Wege
270 nicht eisig sind, damit man den Patienten nicht gefährdet. Und im Sommer ist einfach die
271 Hitze limitierend. Also grad bei den Querschnittsgelähmten, die am Nachmittag die
272 Therapieeinheiten draußen haben. Bei denen muss man wirklich aufpassen, dass sie nicht
273 ungeschützt nach draußen gehen. Also wir schauen immer, dass sie Kopfbedeckungen
274 aufsetzen, dass sie genug trinken, dass wir viel im Schatten machen. Wir haben auch
275 beschattete Bereiche, allerdings sehr wenige. Also unser riesen Makel ist, dass unsere
276 Freiturnfläche nicht beschattet ist.
- 277 I: Weißt du wie es dazu gekommen ist, dass die Außenflächen so gut aufgeschlossen
278 wurden? Wer entscheidet über solche Aufschließungen?
- 279 G: Also ich kenn, wie gesagt ich bin 1992 als Praktikantin hergekommen, 1993 dann fix, ich
280 kenne das Rehazentrum so, auch das alte Rehazentrum. Mittlerweile sind wir ja komplett
281 neu. Das alte war von der Aufteilung ähnlich wie das jetzt. Also es waren immer
282 Außenflächen zum Nutzen da. Es war immer ein Tennisplatz, eine Kugelstoßanlage, ein
283 Sandplatz, eine Waldrunde, Gehwege, ein kleiner Hindernis-Parkour draußen, eine
284 Spielwiese. Früher haben wir dann auch noch eine Minigolfanlage gehabt. Das war ganz
285 lustig! Das war eigentlich von Anfang an da und ich glaube auch bei den anderen
286 Rehazentren. Da hat man immer auf den Außenbereich Wert gelegt. Das hängt sicher auch
287 mit dem zusammen, dass die Leichtathletik einen großen Stellenwert gehabt hat im
288 Behindertensport. Eine 100-Meter-Bahn hat es z.B. im alten Gebäude gegeben, gibt's jetzt
289 auch wieder. Durch das ist das glaub ich entstanden.
- 290 I: Weißt du zufällig wer über die Aufschließung entscheidet?
- 291 G: Naja, damals die Planer, die das Rehazentrum geplant haben. Wer damals mit
292 entschieden hat in den 70er Jahren weiß ich nicht, aber der Umbau jetzt, da waren z.B. wir
293 Sportwissenschaftler und die Physiotherapeuten sehr stark miteinbezogen. Wir haben da
294 mitplanen dürfen. Wir haben sagen dürfen, was wir gerne wieder außen hätten, was einen
295 Sinn macht. Wir haben eigentlich alles bekommen, bis auf die Beschattung außen, aber
296 sonst haben wir eigentlich alles bekommen. Nein also da haben sie uns gut miteinbezogen!
297 Auch eben bei der Planung, da sind wir viel gefragt worden. Bei der Sporthalle, wie groß
298 wir sie haben wollen, also wir sind nicht gefragt worden wie groß wir sie haben wollen, aber
299 wir sind gefragt worden, ob das ausreichend ist, die und die Fläche.
- 300 I: Was bedeutet das für die Sicherheit des Patienten?
- 301 G: Also ganz wichtig ist auf jeden Fall, dass man Stürze vermeidet. Da ist es auch egal, ob
302 es gehende oder rollende Patienten sind. Dabei muss man immer auf die Untergründe

schauen, ist es eisig, ist das Wurzelwerk rutschig, ist die Wiese rutschig, welche Steigungen oder Neigungen schafft der Patient. Es darf natürlich nicht so steil sein, dass er aus den Rollstuhl stürzt. Eh wie schon angesprochen die Wärme und die Kälte ist limitierend, also bei vielen Minusgraden darf man natürlich nicht mehr rausgehen, weil das auch für die Atemwege schlecht ist und weil es für die Rollstuhlfahrer dann fast unmöglich ist den Treibreifen anzugreifen. Und im Sommer wie gesagt die Hitze, da gibt es auch eine Grenze wo man dann einfach sagt, bei 30° geht man dann einfach nicht mehr raus.

I: Gibt es auch Anforderungen an die medizinische Notfallversorgung, die dabei gestellt werden?

G: Wenn was passiert?

I: Ja, genau.

G: Also es gibt medizinische Notrufsäulen im Außenbereich, im Wald nicht mehr und wir haben Handys mit, mit denen wir direkt mit dem Portier und mit dem Ärzte-Notruf verbunden sind. Also solange man am Gelände bleibt, was wir möchten, funktionieren die Notrufe über Säulen oder über Handys.

I: Beschreib doch bitte mal eine typische Trainingstherapieeinheit im Freien, die du leitest oder die du machst!

G: Ja, dann ein Beispiel von den Rollstuhlfahrern, von den Paraplegikern z.B. Das sind die, die fahrtechnisch ganz gut sind, da machen wir ganz gern zum Aufwärmen eine Runde in der Ebene. Das sind ungefähr 10min im Flachen, dass ist entweder das Haus umrunden oder auf der 100-Meter-Bahn ein paar Längen fahren und dann setzt man sich irgendeinen inhaltlichen Schwerpunkt z.B. Fahren im Gelände, in der Wiese. Dann such ich mir Wiesenstücke aus, ebene Wiesenstücke aus, wo sie auf den Hinterrädern fahren müssen oder normal fahren und diese Strecke halt bewältigen in der Wiese. Dann machen wir ganz gern Steigungen in der Wiese, Neigungen, wo sie versuchen über kleine Böschungen runterzufahren oder zum Teil, wenn sie fitter sind, auch wieder raufzufahren. Das ist z.B. so eine typische Geländeeinheit.

Oder Leichtathletik, Speerwerfen in der Wiese, 100 Meter auf Zeit fahren auf der 100-Meter-Bahn. Das sind die Leichtathletikeinheiten. Dann kann man eine Ausdauerinheit machen, 2-3 Waldrunden fahren. Das sind so Inhalte.

I: Wie ist das Verhältnis zwischen Outdoor-Einheiten und Indoor-Einheiten? Wie oft geht ihr raus, wie oft bleibt ihr herinnen?

G: Naja, von der Jahreszeit hängt das einfach ab. Ich würde sagen so 60% herinnen und 40% draußen im Optimalfall. Natürlich Schwimmeinheiten, Krafttraining, dass muss man immer herinnen machen. Tischtennis natürlich auch, dass ist auch fast jeden Tag. Und sonst mit den Rollstuhlpatienten schaut man, dass man viel raus kommt, also ich würde sagen 30-40% draußen und 60-70% drinnen.

I: Hättest du dir vom einen oder anderen mehr gewünscht?

G: Naja, grundsätzlich ist es immer schöner wenn man draußen ist, aber man kann nicht alle inhaltlichen, therapeutischen Ziele draußen verfolgen, dass muss man auch ehrlich sagen. Also alles was ich auf der Matte machen muss, Gymnastik auf der Matte, das geht draußen nicht, die Matten dürfen ja draußen nicht aufgelegt werden und da muss man schon sagen, gewisse Inhalte kann man draußen nicht erfüllen, die muss man schon drinnen machen, deshalb ist es schon okay für mich.

I: Ein bisschen haben wir das eh schon gehabt, würde dir vielleicht noch was einfallen zu Einflüssen, die entstehen hinsichtlich der verschiedenen Traumata oder Erkrankungsbilder, die die Person hat?

G: Für mich ganz wichtig ist der querschnittsgelähmte Patient und da ganz speziell der Tetraplegiker. Tetraplegiker haben ja ein anders reguliertes Wärme-/Kälteverhalten, da ist ja das Vegetative gestört. Der Tetraplegiker kann ja eigentlich nicht schwitzen, kann keine Wärme abgeben, also im Sommer muss man wirklich aufpassen, dass er keinen Hitzestau bekommt. Des bedeutet eine Kopfbedeckung aufsetzen, immer wieder den Schatten suchen und ab gewissen Temperaturen sowieso nicht mehr in die Sonne gehen. Und wenn

er einen Hitzestau hat, dann liegt er ein paar Stunden, also er braucht ewig bis er abkühlt und kann kollabieren und einen Kreislaufkollaps bekommen. Beim Paraplegiker ist das auch zu bedenken, aber der hat je nach Lähmungshöhe ein anders Schwitzverhalten. Also je höher die Läsion, desto mehr ist das Wärme-/Kälteverhalten gestört. Und bei Kälte muss man aufpassen, dass sie keine Blasenentzündungen/Blasenverköhlungen bekommen, nachdem sie sich ja viel weniger bewegen als der Geher, kühlen sie viel mehr aus. Also im Winter, wenn's 5° hat, gehen wir nicht mehr raus mit den Patienten. Auch bei 10° nicht. Da muss es schon so ein Winter-/Frühlingstag sein mit 15°, dann trauen wir uns wieder rausgehen. Und auch das Problem der Treibreifen, es sind ja meistens Metall-Treibreifen, die werden kalt und ja. Das ist für draußen zu bedenken.

I: Wie haben die Teilnehmer/innen die Outdoor-Einheiten angenommen? Wie war die Beteiligung?

G: Es will eigentlich der Großteil immer rausgehen. Ganz selten wer der sagt, es ist ihm zu viel oder zu heiß draußen. Ich glaube die wenigen die nicht rausgehen wollen wissen, dass es draußen halt immer relativ anstrengend ist, weil natürlich das Gelände immer ein bisschen uneben ist. Ich glaube deswegen gehen manche nicht gerne raus. Es ist auch Teil des Trainings, dass man rausgeht. Auch die [Patient/innen mit] Monotraumen am Vormittag, die möchten halt auch ihre Gymnastik-Einheiten lieber draußen machen als in der Halle. Man muss gewisse Inhalte erfüllen. Man kann nicht jeden Tag Nordic Walken oder Ball spielen und das geht nur in der Halle, aber die Leute wollen raus, weil's glaub ich sehr einladend ist die Anlage.

I: Wie ist denn die Stimmung in der Gruppe?

G: Unter uns oder mit den Patienten?

I: Genau, unter den Patienten.

G: Eigentlich gut. Es ist ein Stimmungsaufheller. Es ist eine schöne Gegend, es scheint die Sonne, man bewegt sich in der frischen Luft. Das ist meistens eine sehr aufgelockerte Atmosphäre, eine gute Stimmung. Kann auch sein, dass der eine oder andere mal ein bisschen auftaut und ein Problem erzählt. Und man bleibt halt nach der Einheit auch noch ein paar Minuten stehen. Also eine gute Stimmung! Die Leute sind einfach froh, vor allem die, die so lang gelegen sind in einem Krankenhaus oder in irgendeinem Zimmer halt waren, dass sie einfach froh sind, dass sie sich draußen bewegen können. Also das ist für viele glaub ich ein irrsinniges Geschenk wieder. Sich selbständig in der Natur bewegen zu können. Vor allem für die Querschnittsgelähmten ist das glaub ich nicht selbstverständlich, sondern ein Geschenk. Ja.

I: Hat es mal Situationen geben, wo es schwierig war? Und wie hast du die dann gelöst?

G: Ja ich habe einmal einen gehabt, der hat eine Bienenallergie gehabt und das war dann schon happig, weil der hat bei einem Bauern in einen Apfel gebissen und hat da auf eine Biene drauf gebissen, das war ziemlich happig. Und ein Tetraplegiker ist mir halt kollabiert im Wald. Ich mein das sind jetzt die extremsten Sachen, der ist dann halt mit Blaulicht zurückgefahren. Und was da halt immer wieder mal passiert, sind halt die Stürze draußen. Dadurch, dass wir viel draußen sind mit den Patienten passiert es halt mal, dass einer mit Krücken ausrutscht oder ein Rollstuhlfahrer vielleicht mal beim bergab fahren rausfällt. Man versucht natürlich ganz gut aufzupassen auf die Patienten, Hinweise zu geben wie sie sich verhalten müssen, manche halten sich nicht dran, sind voreilig und dann liegen sie halt da. Wichtig ist, dass sich keiner verletzt, aber es ist halt Alltagsschulung auch, erleben zu stürzen, wie komm ich wieder auf die Beine, wie komm ich wieder in den Rollstuhl rein, gehört halt auch zur Alltagsbildung dazu find ich. Ich sage immer, wo gehobelt wird, da fallen Späne, ich mein wenn ich im Bett lieg, passiert mir meistens nichts und wenn ich halt was tue dann steigt die Wahrscheinlichkeit, dass mal ein Sturz oder so passiert.

I: Gibt's am Rehabilitationszentrum auch noch andere Therapiefelder die Natur oder Grünflächen in ihre Therapieeinheiten inkludieren?

G: Andere Bereiche außer der Sporttherapie?

I: Genau.

G: Ja, also die Physiotherapie versucht Einheiten draußen zu machen, oder macht Einheiten draußen. Unsere Masseure, die machen so Art Kneipen draußen, Tautreten, was sonst immer in der Wassergasse ist, also im Schwimmbad wo's da rund herumgeht und das machen's manchmal draußen. Es kann jetzt auch mal sein, dass man Gespräche draußen führt und versucht das nach draußen zu verlegen. Die Ergotherapeuten probieren auch immer wieder Einheiten draußen zu machen, die haben auch Therapiegärten/ Therapiebeete wo sie ein Hochbeet bepflanzen, also die probieren auch immer wieder draußen was zu machen.

I: Abschließend noch was zu deiner Zufriedenheit. Wie zufrieden bist du mit der Wahl deines Berufes?

G: Zu 100%.

I: Ist die Arbeitspraxis auch so verlaufen, wie du es dir vorgestellt hast?

G: Ich weiß gar nicht was ich mir vorher vorgestellt hab, weil ich vorher einfach so reingerutscht bin. Aber es ist jetzt so wie ich es mir vorstelle, es ist ideal! Ebenso wie du vorhergesagt hast, wie viel Freiraum haben wir beim Gestalten von Therapien haben. Da muss man schon sagen, da haben wir wirklich viel Freiraum. Wir müssen uns untereinander einig sein wir Sportlehrer. Es gibt schon Vorgaben von Inhalten die halt in allen Rehazentren gleich sind, aber die genaue Gestaltung von Stundenbildern, das können wir machen. Das ist viel Freiraum. Das haben sicher nicht viele Berufsgruppen.

I: Hat es mal während deiner vergangenen Dienstzeit Situationen gegeben, in denen du an der Entscheidung deiner Berufswahl gezweifelt hättest?

G: Hm ja das war, wenn ich mich übernommen hab, als ich nicht nur diese 40h gehabt hab. Ich war sehr engagiert im Behindertensport. Ich habe das Rollstuhlrugby in Österreich aufgebaut. Da war ich grad 1-2 Jahre im Rehazentrum und war voll viel unterwegs, jedes Wochenende mit 12 Tetraplegiker. Da gehört halt nicht nur die sportliche Betreuung dazu, da gehört auch die pflegerische Betreuung dazu. Da war ich dann schon nach 10 Jahren mal am Limit. Hab halt gemerkt, dass ich irgendwas lassen muss, es war einfach zu viel: 40h, dann habe ich die Mittwoch-Runde gemacht, am Dienstag Basketball bis um 7. Also da hat sich alles um den Behindertensport gedreht und nach 10 Jahren Rollstuhlrugby habe ich das dann komplett lassen. Das war auch was, was mir viele gesagt haben, aber ich war einfach engagiert damals und mir hat's Spaß gemacht und bin am Abend noch mit Patienten einkaufen gegangen, fortgegangen. Ich habe auch in der Zeit am meisten gelernt von den Patienten, alles was Querschnitt betrifft und Behindertensport. Also die ersten 10 Jahre waren total wichtig, wenns't viel mit den Leuten unterwegs bist. Das lerns't auf der Uni sowieso nicht, aus Büchern auch nicht. Ich habe am meisten gelernt, wenn ich wochenweise/wochenendweise mit den Rollstuhlfahrern auf Sportveranstaltungen war. Das hat mir total viel gebracht. Besonders auch der pflegerische Bereich, da kommt man ja sonst nicht dazu als Sportlehrer. Ich war so begeistert am Anfang, da hat mich keiner bremsen können. Da hat es nur Häring gegeben, nur Häring und Rollstuhl. Jetzt bin ich fast 25 Jahre da, jetzt habe ich andere Schwerpunkte. Die Arbeit ist nach wie vor wichtig. Wenn ich da bin die drei Tage, da gibt's auch nichts anders, aber die vier Tage wo ich dann daheim bin, das ist dann wirklich nur daheim und privat und der Hund mittlerweile (lacht), der nimmt mich total in Beschlag. Ich habe immer gesagt, wenn ich keinen Nerv mehr für den Patienten hab oder das nicht mehr mit Begeisterung und Engagement mach was ich tue mit den Patienten, wenn's mich nicht mehr freut und ich tu es nur mehr wegen des Geldes, dann muss man vom Rehazentrum gehen! Also wenn man nicht ein gewisses Engagement mitbringt. Man ist nicht so wie am Anfang, aber es müssen dir die Leute am Herzen liegen und man soll das Gespür für die Leute nicht verlieren. Es soll dich schon noch jedes Schicksal auch berühren. Und ich habe immer gesagt „wenn ich das nicht mehr hab, dann geh ich“. Und ich hoffe ich behalt es bei, ich habe schon noch ein paar Jahre, aber wenn ich wirklich nur mehr rein geh wegen dem Lohnzettel, dann hab ich's verpasst. Das ist mein Motto gewesen von Anfang an, ich hoffe das es jeder so haltet im Haus oder viele, auch

462 der Patienten wegen. Das ist kein Beruf den man nur wegen dem Geld machen kann. Ich
463 habe wahnsinns Kolleginnen, die S. ist ein Traum für mich, die ist sehr sehr ähnlich zu mir,
464 wie sie mit den Leuten ist. Und die J., die J. ist auch super, ... (erzählt über die Person und
465 weitere Kolleg/innen). Ich glaube das macht auch viel aus, wenn du immer in einem Team
466 bist, das dir zu 95% taugt. Ich glaube das merken die Leute auch, die Patienten, dass wir
467 uns gut verstehen. Wäre ein guter Arbeitsplatz für dich ... (wir sprechen über meine
468 Zukunftspläne).

469 I: Meine nächste Frage wäre noch gewesen, wie zufrieden du mit deinem Arbeitsplatz bist,
470 aber das hast du eh schon gesagt.

471 G: Ja sehr zufrieden, sehr zufrieden!

472 I: Gab es vor Häring auch noch andere Arbeitsplatzooptionen oder Alternativausbildungen?

473 G: Nein. Die einzige Überlegung war nur mal in ein anderes Haus zu gehen. Der Weiße Hof
474 war für mich mal ein Thema, aber aus privaten Gründen, weil ich damals einen Freund in
475 Wien gehabt habe. Das wäre eine Option gewesen, aber das ist ja an und für sich die
476 gleiche Einrichtung und das gleiche Tätigkeitsfeld. Ich war immer so zufrieden da, dass sich
477 das gar nicht ergeben hat. Ich mein vielleicht wäre es gekommen im Laufe der Jahre, aber
478 dadurch, dass ich jetzt vier Jahre nur mehr Teilzeit bin ist das „Nicht-mehr-motiviert“ kein
479 Thema, weil die drei Tage wo ich da bin, bin ich total motiviert und die anderen Tage ist
480 privat einfach. Kann schon sein das man mit 40h mal nach 30 Jahren sagt, ich bin nicht
481 mehr motiviert, ich weiß es nicht. Wobei wenn man schaut unter den Kollegen, die schon
482 lang da sind, die A. oder der C., die sind alle sehr engagiert, auch nach so vielen Jahren,
483 oder der R. der jetzt in Pension gegangen ist unser Leiter, der war immer schwer motiviert.

484 I: Ja und meine letzte Frage wäre, ob du deinen Arbeitgeber weiterempfehlen würdest aber
485 des hast du eigentlich auch schon gesagt.

486 G: Bad Häring auf jeden Fall aber auch natürlich die AUVA, das ist ein super Arbeitgeber.
487 Es gibt den Spruch „wenn man da jammert, dann jammert man auf hohem Niveau“ und des
488 stimmt (lacht), des hat unser Betriebsrat immer gesagt. Ja, das find ich einen total guten
489 Spruch.

490 I: Da sind wir wieder bei den Liegen gell (lächelt).

491 G: (Lacht) Ja genau.

492 I: Na wenn ich schon danach frag.

493 G: Ja eh so ein Erholungsraum im Freien wäre schon ein Hit. Dann wäre es vielleicht wie
494 in Hotels (wir unterhalten uns weiter)

495 I: Na das war's von meinen Fragen. Ein großes Danke, dass du dir Zeit genommen hast für
496 das Interview, es war voll super für mich und voll bereichernd.

ANHANG 1.3: INTERVIEWTRANSKRIPT LANDESKLINIKUM MAUER

Bezeichnung:	Mauer
Thema:	Umsetzung von Trainingstherapien im Grünen an ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen Österreichs
Befragte Person:	Herr R.
Personencode:	M83
Alter:	52
Ort des Interviews:	Therapiegarten neben dem Biotop des Landesklinikums Mauer
Datum und Urzeit:	03.04.2017, 09:50 Uhr
Interviewerin:	Magdalena Eschlböck
Datei:	Mauer.mp4

- 1 I: Wie alt bist du?
2 R: Ich bin 52, werde heuer 53.
3 I: Dein Wohnort, wenn du ihn angeben magst.
4 R: Ja das ist in Aschbach.
5 I: Das Rehabilitationszentrum in dem du tätig bist?
6 R: Das Landesklinikum Mauer.
7 I: Deine Berufsbezeichnung?
8 R: Ist Sporttherapeut.
9 I: Wo hast du deine Ausbildung gemacht?
10 R: Ja, die Ausbildung zur psychiatrischen Betreuung habe ich gemacht in Mauer und von
11 der sportlichen Ausbildung her bin ich staatlich geprüfter Trainer für Volleyball, die habe ich
12 bei der Bundeslehranstalt für Leibeserziehung in Linz gemacht, BAFL.
13 I: Hast du eine leitende Tätigkeit?
14 R: Wir sind eigenverantwortlich in unserem Bereich. Wir haben zwar einen Vorgesetzten,
15 die Bereichsleitung, hat aber mit uns eigentlich nicht wirklich was zu tun. Die schreibt nur
16 unsere Stunden, aber wenn wir unsere Tätigkeit ausüben, da sind wir eigenverantwortlich.
17 Es sagt uns auch keiner was wir machen sollen.
18
19 I: Die ersten Fragen zu dir und zu deinem Sport- und Naturbezug. Treibst du gern Sport?
20 Bist du bewegungsaktiv?
21 R: Ja, also ich habe immer viel Sport gemacht, das ist eigentlich bei mir schon von der
22 Entwicklung her, weil ich habe als Kind schon 3km in den Kindergarten gehen müssen, und
23 in die Volksschule und ich bin das eigentlich gewohnt das ich mich viel bewege. Das hat
24 angefangen mit der Gründung von einem Sportverein mit 16 Jahren. Ich habe Meisterschaft
25 gespielt und ja, mein Leben besteht aus Bewegung.
26 I: In welchem Ausmaß machst das? In welchem Ausmaß betreibst du deine Sportarten?
27 R: Zurzeit habe ich halt 40h Sporttherapie in meiner Arbeit und daheim habe ich 2x in der
28 Woche Fixzeiten, wo ich organisiertes Training in einer Halle mache, also jeweils mit 2h
29 gut. Das ist Dienstag und Donnerstag und sonst zeitmäßig was sich ergibt von bergwandern
30 bis klettern, Klettersteig gehen, Radl fahren, viele verschiedene Sachen, alles ein bisschen
31 und just for fun nur mehr. Keine Wettkämpfe mehr.
32 I: Seit wann betreibst die Sportarten?
33 R: Also, sagen wir so: Sportarten organisiert betreibe ich ca. seit meinem 15. Lebensjahr.
34 Da hat das Vereinsleben oder das Meisterschaftsspielen angefangen.
35 I: Inwieweit findet sich jetzt die Bewegung oder der Sport in deinem beruflichen Alltag
36 wieder?
37 R: Also wie gesagt, ich habe eigentlich mein Hobby zum Beruf gemacht. Ich war 17 Jahre
38 Pfleger auf den verschiedensten Stationen und auch damals war uns schon wichtig, dass

- 39 man verschiedenste Arten von Bewegung und Sport anbietet und dass das auch gemacht
40 wird. Und jetzt mittlerweile seit 16 Jahren mach ich Sporttherapie und da ist das halt der
41 Hauptbestandteil, der Sport und die Bewegung. Für die Patienten und für mich.
- 42 I: Wo betreibst du den Sport üblicherweise? Eher indoor oder eher outdoor?
- 43 R: Wie gesagt, jetzt 2x in der Woche das organisierte Training ist jetzt im Winter indoor und
44 im Sommer dann draußen - Beachvolleyball. Und die anderen Sportarten sind eher outdoor,
45 so wie ich gesagt hab wandern, bergsteigen, Klettersteig gehen und so Sachen.
- 46 I: Wie wichtig ist dir der Natursport? Oder welche Rolle spielt da die Umgebung?
- 47 R: Wo ich den Sport mach?
- 48 I: Ja, genau.
- 49 R: Ja, also der Indoorsport, ich spiel Volleyball, das ist halt ein Indoorsport und das geht
50 draußen nicht im Winter. Da ist mir die soziale Komponente extrem wichtig, das sportliche
51 steht nicht immer im Vordergrund. Da ist mir die soziale Komponente ganz ganz wichtig
52 mittlerweile schon. Und sonst mach ich eigentlich lieber draußen Sport, weil es einfach von
53 der Umgebung anregender ist und mir das Naturleben dabei einfach ganz ganz wichtig ist.
- 54 I: Wie oft betreibst du Sport draußen? Wenn du's jetzt in Relation setzt?
- 55 R: Zu was in Relation?
- 56 I: Drinnen und draußen.
- 57 R: Übers Jahr gesehen würde ich sagen, sind es vielleicht 10% drinnen und der Rest ist
58 draußen.
- 59 I: Wenn du draußen bist, wo bist du da?
- 60 R: Was heißt wo?
- 61 I: Von der Umgebung her ist das gemeint, sind das eher Waldflächen, Wiesenflächen,
62 Berge.
- 63 R: Das ist jetzt ganz verschieden. Jahreszeitlich bedingt natürlich auch. Im Winter Schi
64 fahren und im Sommer Bergwandern, aber auch Spaziergänge bei uns in der Umgebung.
65 Also ich habe keine Präferenz zu irgendwas, teilweise auch schwimmen im See.
- 66 I: Wohnst du am Land?
- 67 R: Ja.
- 68 I: Kannst du deine Wohnumgebung beschreiben bitte!
- 69 R: Ja, ich habe ein eigenes Haus, ein relativ großes. Das war früher mal ein Bauernhof und
70 auf drei Seiten Wiese und auf einer Seite Wald. Das heißt ich bin umgeben von Natur, das
71 nächste Haus ist ungefähr 200m weg, das ist ein Bauernhof den man da dann sieht.
- 72 I: Was machst du gern in deiner Freizeit? Was sind deine Hobbies? Jetzt mal abgesehen
73 vom Sport (wir lachen).
- 74 R: (Lacht) Ich habe ein Haus, ich habe eine Familie, alles was sich so ergibt, ab und zu ein
75 bisschen reisen. Lesen tue ich auch sehr viel, ich habe auch einen großen Garten, also
76 Steinmauer bauen und lauter solche Sachen.
- 77 I: Habt ihr da umgebaut oder viel neugebaut?
- 78 R: Ja wir haben da eine Wohneinheit eingebaut aber vor 20 Jahren schon. Da fallen oft
79 Sachen an, eigentlich bin ich ein gelernter Tischler und man macht halt viele Sachen selber,
80 auch so Dekos für den Garten, wennst halt wieder Lust und Laune hast dann machst halt
81 wieder was. Also fad wird dir nicht (lächelt).
- 82
- 83 I: Dann kommen wir zum nächsten Abschnitt, zu den Rahmenbedingungen. Seit wann bist
84 du hier am Rehabilitationszentrum beschäftigt?
- 85 R: Ich bin insgesamt schon seit 32 Jahren hier, seit 16 Jahren ungefähr mach ich die
86 Sporttherapie.
- 87 I: Und seit wann gibt es diese Einrichtung hier?
- 88 R: Das Krankenhaus selber ist 1902 eröffnet worden und die Sporttherapie gibt's seit
89 ungefähr, ich schätz 1995 so.
- 90 I: Auf die Erkrankungen ist das Rehabilitationszentrum spezialisiert?

R: Ja, ein psychiatrisches Krankenhaus, für alle psychiatrischen Erkrankungen also Suchterkrankungen wie eben Alkoholentzug, Drogenentzug, Kinder- und Jugendpsychiatrie.

I: Welche Therapiearten oder Therapieformen werden hier angeboten?

R: Also wir haben extrem viele Therapiearten und -formen, die kann ich jetzt nicht alle aufzählen, aber angefangen von Physiotherapie, Ergotherapie, Musiktherapie, Kunsttherapie, Qi Gong gibt's, Tanztherapie, Beschäftigungstherapie, was ein ganz großer, wichtiger Teil ist, dann eben die Gartentherapie, tiergestützte Therapie, eben die Sporttherapie. Also es gibt schon einige Formen, wir sind da schon sehr breit aufgestellt kann man sagen.

I: Wie lange sind die Therapieeinheiten? Also wenn man jetzt wieder von der Sporttherapie ausgeht?

R: Unsere Therapieeinheiten sind zwischen 1h und 1,5h.

I: Wo finden die Therapieeinheiten statt?

R: Bei uns am Gelände, weißt eh, entweder draußen am Gelände. Das Krankenhaushausgelände ist ungefähr 95 ha groß, da ist ein Wald dabei, ein riesengroßer Parkplatz. Und wenn wir's indoor machen: wir haben eine Sporthalle, wir haben eine Squashhalle, wir haben eine Kletterhalle. Das sind die Bereiche die wir nützen. Und ein Fitnesscenter haben wir auch ein großes. Vielleicht noch detaillierter von den Sportanlagen die wir nützen können: wir haben Fitnesscenter ein voll eingerichtetes, dann die Sporthalle, dann die Squashboxen, dann gibt's eine Kletterhalle, das ist das was wir indoor nützen. Dann outdoor: wir haben einen Fußballplatz, wir haben eine Tennisanlage, wir haben eine Minigolfanlage, wir haben einen Asphaltstockplatz, wir haben eine Kegelbahn, wir haben einen Beachvolleyballplatz, dann haben wir so etwa 20 Räder die wir nutzen können, wo wir mit den Patienten auswärts fahren, Strecken zwischen 8 und 15km in den 1,5h halt, je nach dem wie gut die Gruppe ist. Und da fahren wir auch raus aus dem Gelände, da wird auch die ganze Umgebung mit einbezogen. Es gibt sehr viele Radwege und Siedlungsstraßen, also da fahren wir kaum auf öffentlichen Straßen wo Autos fahren. Dann wären noch Walkingstöcke, im Winter Schneeschuhe, die wir nehmen. Ja was haben wir sonst noch, angefangen vom Park wo man slacklines kann. Also wir sind von den Sportmöglichkeiten eigentlich nicht eingeschränkt bzw. wir können alles machen.

I: Wie viel Entscheidungsfreiraum steht dir jetzt oder den Therapeut/innen für die Gestaltung ihrer Therapie zur Verfügung?

R: Also wir sind komplett eigenverantwortlich, also uns schreibt niemand etwas vor. Wir bekommen die Patienten vom Arzt zugewiesen, also es gibt einen fixen Plan, wann wir auf welchen Stationen sind. Das sind Gruppentherapien. Wie wir die Einheit mit der Gruppe gestalten und was wir mit ihnen machen, liegt in unsere Eigenverantwortung, das ist uns überlassen. Da müssen wir halt auch sehr flexibel sein, weil wir nie vorher wissen, wie die Gruppe dann ausschaut, weil eine extrem starke Ungleichheit da ist. Von dem her haben wir so ein Rahmenprogramm im Kopf und dann gehen wir und schauen wie die Gruppe ausschaut. Passt das eh wenn ich jetzt gleich ein bisschen ausführlicher was dazu sag?

I: Ja das wäre super!

R: Das erste was wir machen, wir lassen die Patienten selber entscheiden, ob sie outdoor oder indoor gehen wollen. Und zwar hat das den Sinn, dass sie sich einfach bewusst werden über ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse und auch selber wieder entscheiden dürfen. Gerade bei psychischen Erkrankungen oder Depressionen, oder psychotischen Erkrankungen ist es oft für die Patienten so, du darfst eigentlich selbst nichts mehr entscheiden, es wird über dich entschieden und deine Wünsche und Bedürfnisse sind oft hintenangestellt. Und da ist es wichtig, dass sie sich wieder selbst damit auseinander setzen: „Was will ich?“ und „Was kann ich eigentlich schon?“, also die Eigeneinschätzung fördern, und da ist die erste Entscheidung: „Will ich draußen sein oder will ich rein gehen?“ Und wenn sie sich jetzt für die Outdoorgruppe entscheiden und wir haben Schüler da oder wir sind zu dritt da, dann können wir die Gruppe nochmal splitten, d.h. sie können sich dann

nochmal entscheiden: Radl fahren im Sommer oder als Alternative einen Spaziergang machen. Das ist bei uns einfach wichtig, Wünsche und Bedürfnisse voranstellen und entscheiden was sie machen wollen.

I: Wie eng arbeitest du mit den anderen Therapiebereichen zusammen?

R: Bei uns ist es so, dass wir an Teambesprechungen teilnehmen wo wir uns kurz rückschließen, aber auf die anderen Therapien gehen wir eigentlich nicht viel ein. Wir versuchen auch bewusst, die Krankheit nicht zu thematisieren, weil für uns ist es wichtig, dass man auch mit den gesunden Anteilen des Menschen arbeiten kann. Das der Patient auch sieht, er ist nicht nur der kranke, depressive Patient, sondern er ist auch der Mensch, der auch komplett normale, natürliche und gesunde Anteile hat. Und wir probieren eigentlich hauptsächlich, mit den gesunden Anteilen zu arbeiten. Das System, was da ist, zu stärken, um das andere besser auszuhalten.

I: Werden die besprochenen Inhalte umgesetzt?

R: Für uns ist das so, da geht's darum, wenn mit einem Patienten z.B. irgendwelche Auffälligkeiten waren, das er nicht in die Gruppe passt, damit man mit ihm was einzeln macht, wenn es sich teammäßig ausgeht. Sonst ist es bei uns so, dass wir einfach, ja 13 oder 14 Stationen betreuen und wenn wir wirklich bei allen Besprechungen teilnehmen würden, würden wir mit den Leuten nichts mehr machen können, weil wir keine Zeit mehr haben. Unsere aktuellen Informationen über den Patienten haben wir nur über die Krankengeschichte, wir haben natürlich Zugang zu der Krankengeschichte des Patienten. Und wir schließen sich ganz kurz zusammen mit dem Personal - wir holen die Patienten immer ab - dann reden wir kurz mit dem Personal, wen wir haben, ob es etwas Besonderes zu beachten gibt und wenn was wäre, dann bekommen wir die Information kurz davor. Und wir geben die Informationen auch wieder zurück.

I: Verstehe, also vorher und nachher.

R: Ja genau, vorher und nachher tauschen wir uns aus.

I: Was glaubst du welchen Mehrwert bringt die Zusammenarbeit für den Patienten?

R: Es ist schon wichtig, dass gewisse Sachen z.B. auf was muss man aufpassen, dass das die anderen dann auch wissen. Gerade in der Gruppentherapie ist es so, dass man nicht so individuell auf die Personen eingehen kann und wenn man dann weiß, der hat Probleme mit Gruppen oder mit vielen Menschen in Räumen, dass ich dann bewusst schaue, dass er dann bei der Outdoorgruppe ist. Oder wenn er drinnen ist, dass man schaut, dass er dann ins Fitnesscenter geht, wo er dann eigentlich wenig Menschen um sich hat. Solche Sachen sind schon wichtig zu wissen.

I: Dann kommen wir zum nächsten Abschnitt. Da geht es um die Umgebung und Soziales. Wie würdest du das Umgebungsfeld des Rehabilitationszentrums beschreiben?

R: Ja, man muss sich das vorstellen wie einen großen Park in dem man sich bewegen darf. Wir haben von dem her für unsere Arbeit ideale Voraussetzungen. Ich könnte mir eigentlich kaum eine bessere Umgebung vorstellen. Wir haben eigentlich so ziemlich alles, bis auf einen Schwimmteich (wir lachen) aber wir sind eh erfinderisch, wir fahren im Sommer oft, wenn wir eine größere Gruppe haben, mit dem Rad zur Ybbs, das ist der Fluss da in der Nähe. Und dann gehen wir auch dort mit den Patienten teilweise baden. Oder zumindest die Füße reinhalten und ein bisschen abkühlen und wenn es wirklich heiß ist, dann schwimmen wir auch ein bisschen.

I: Wo befindet sich das Rehabilitationszentrum?

R: Das ist im Mostviertel in der Nähe von Amstetten. Mauer heißt die Ortschaft.

I: Gibt es Grünflächen um das Rehabilitationszentrum?

R: Ob's Grünflächen gibt?! Ja, wir sind eine einzige Grünfläche kann man sagen. Wir haben auch das Privileg einen riesengroßen Wald zu haben, eine Parkanlage, Wiesen etc.

I: Geht ihr auch in den Wald mit den Patienten?

R: Wir gehen extrem viel in den Wald. Es ist nicht nur unser Klinikwald, sondern gegenüber ist ein riesengroßes Waldgebiet, das ist die Forstheide und auch den Nutzen wir viel. Da

- 197 gibt es beschilderte Wanderwege und Laufstrecken z.B. und gerade jetzt ist ein extrem
198 schönes Wetter und da sind tausende Schneerosen z.B.
- 199 I: Womit verbringen die Patienten denn ihre Freizeit?
- 200 R: Freizeit, was verstehst du da genau darunter?
- 201 I: Ja, ich befrage ja verschiedene Bereiche und z.B. bei einer Herz-Kreislauf-Reha, da
202 haben die Patienten von 8-16:00 Uhr Therapie und dann haben sie frei.
- 203 R: Also wir, ich rede jetzt mal von der Sporttherapie, wir hören um 5 Uhr am Abend mit
204 unseren Therapien auf. Wir haben auch Patientengruppen, die nach ihrer Arbeit
205 Sporttherapie haben und zwar ist der Hintergrund der, dass es eine sinnvolle
206 Freizeitgestaltung sein soll. In einem Rehabilitationszentrum gibt's Bereiche wo es um die
207 Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess geht und da ist der Schwerpunkt, „was mach
208 ich nach der Arbeit, dass ich meine Freizeit auch sinnvoll gestalte“ und das sind die späten
209 Einheiten die wir haben. Und sonst sind die Therapien meistens um 4 Uhr aus und die
210 Patienten haben dann die Möglichkeit, dass sie die Parkanlage nützen natürlich und sie
211 gehen dann auch sehr sehr viel spazieren und wir haben den Streichelzoo hier hinten, also
212 bei der tiergestützten Therapie da gibt's Alpakas, Esel, Hausziegen und Schafe und da sind
213 sie auch viel da zum Tiere schauen und Tiere streicheln und einfach die Umgebung
214 genießen und nutzen. Von den Sportanlagen können sie den Beachvolleyplatz jederzeit
215 benützen, die Minigolfanlage ist frei zugänglich, ebenso der Asphaltstockschißenplatz und
216 die Kegelbahn. Und seit neuestem haben wir einen Fitnesspark dazu gekommen, wo es
217 um Koordination, Geschicklichkeit und Gleichgewicht geht.
- 218 I: Seit wann ist der da?
- 219 R: Seit dem Frühjahr ist er zugänglich und ist letztes Jahr im Herbst gemacht worden.
- 220 I: Da komm ich vielleicht nachher nochmal drauf zurück. Wie oft sind die Patienten bei den
221 Plätzen? Wie gut sind die frequentiert?
- 222 R: Kann ich nicht sagen, aber im Streichelzoo ist zum Beispiel permanent wer, in den Parks
223 auch. Es ist auch das Konzept des Klinikums so, dass die Bewohner vom Ort Mauer und
224 die Gemeinde das Gelände auch nutzen. Es kommen z.B. auch sehr viele mit ihren Kindern
225 zum Streichelzoo her, Tiere streicheln, also das wird gut genommen. Es kommen auch
226 immer wieder Leute von draußen rein zum Inline Skaten, weil bei uns viele Flächen sind wo
227 keine Autos fahren und ein feiner Asphalt ist. Also es ist schon gewünscht, dass das auch
228 die Bevölkerung nutzt und das wird auch angenommen.
- 229 I: Wann sind die Patienten dort? Bezogen auf die Tageszeit?
- 230 R: Es ist so, dass die Patienten immer, wenn sie Zeit haben, speziell im Sommer viel
231 draußen sind, weil es einfach viel angenehmer ist als wenn du drinnen in irgendwelchen
232 Räumen bist. Es haben auch viele Häuser einen eigenen Garten dabei, der eigentlich die
233 ganze Zeit offen steht. Aber wie gut das jetzt frequentiert wird, das kann ich eigentlich nicht
234 sagen, das weiß ich nicht.
- 235 I: D.h. sie können die Flächen zwischendurch nützen sowie am Abend?
- 236 R: Jederzeit!
- 237 I: Zu deinem persönlichem Empfinden: Wie gefällt dir die Umgebung deines Arbeitsplatzes?
- 238 R: Ja, für mich passt das perfekt. Ich könnte mir eigentlich nichts Schöneres vorstellen. Ich
239 nutze das eigentlich in der Arbeit, was andere in der Freizeit machen müssen.
- 240 I: Könntest du vielleicht Wohlfühlorte aus deiner Sicht beschreiben? Und wo befinden sich
241 diese Plätze?
- 242 R: Es ist so, dadurch das in der ganzen Parkanlage überall Bänke sind und auch Tische,
243 also ich schätze da werden mindestens so 50 Bänke rundherum sein. So Plätze wo immer
244 Leute sind ist z.B. der Speisesaal, der Springbrunnen vorn bei der Kirche, da ist ein großer
245 Teich da sind auch Fische drinnen, Goldfische, und auch einfach rund herum auf den
246 Bänken dann. Im Frühjahr mehr in der Sonne, im Sommer mehr im Schatten. Wir haben
247 ziemlich große alte Bäume. Das verteilt sich eigentlich gut auf das ganze Klinikum.
- 248 I: Da wo wir jetzt sitzen, im Therapiegarten, das ist ja auch wunderschön. Mit den
249 angelegten Flächen, den selbstgebauten Bänken und dem Biotop.

- 250 R: Ja der ist allerdings untertags nicht zugänglich, weil das ist eingezäunt wegen dem Teich
251 eigentlich und andererseits, weil das ein Therapiebereich ist. Auch wegen den Rehen, am
252 Gelände und im Wald sind ja Rehe und Hasen, damit die nicht in den Garten hineinkommen.
253 I: Wann bist an den Wohlfühlplätzen? Und wie viel Zeit verbringst du dort?
254 R: Ich bin dann dort, wenn ich mit den Leuten dort bin und wenn jemand mal eine Pause
255 braucht, dann nehmen wir die Bänke in Anspruch. Aber ich bin die ganze Zeit am
256 Wohlfühlplatz eigentlich.
257 I: Also du brauchst nicht gesondert hingehen?
258 R: (Wir lachen) Ich brauch nicht gesondert hingehen, ich bin sowieso dort.
259 I: Was fehlt dir jetzt oder geht dir ab?
260 R: Eigentlich, wenn man so nachdenkt, durch die Sporttherapie (pausiert kurz) wir haben
261 so ziemlich alles was wir brauchen. Wir haben nicht wirklich was, wo wir jetzt sagen das
262 brauchen wir noch unbedingt. Wenn wir von den Materialien oder so irgendetwas brauchen:
263 Wir bekommen eigentlich ziemlich alles, was wir gut argumentieren können, was wir wirklich
264 brauchen. Und da bekommen wir auch eine super Unterstützung vom Klinikum, das muss
265 man echt sagen!
266 I: Was fehlt aus Sicht der Patienten?
267 R: Das kann ich eigentlich nicht wirklich sagen, also im Bezug auf die Sporttherapie:
268 eigentlich nichts. Also was wir noch brauchen könnten ist, dass wir einen dritten oder vierten
269 Dienstposten hätten, weil man dann einfach viel flexibler arbeiten kann um das noch zu
270 optimieren. Aber so von der Umgebung her passt eigentlich alles.
271 I: Woran scheitert es da?
272 R: Ja das ist eine Kostenfrage natürlich. Wir sind dem Pflegepersonal unterstellt und der
273 Chef, der Oberste, ist der Pflegedirektor, da gehen die Tendenzen eher dazu an
274 Dienstposten zu sparen, als das etwas dazu kommt.
275 I: Welche Veranstaltungen werden hier angeboten?
276 R: In welchem Bereich?
277 I: Das kann alles sein: Unterhaltung, Sport, ...
278 R: Fürs Personal oder für die Patienten?
279 I: Für die Patienten.
280 R: Naja, also was fixe Veranstaltungen sind im Jahresverlauf, das ist der Ostermarkt, dann
281 der Weihnachtsmarkt. Wir haben am Gelände ja auch ein Pflegeheim, ein großes. Was da
282 im Jahresverlauf geboten wird, wird auch gemacht wie Maibaumsetzen, Sonnenwendfeuer,
283 Fronleichnamsprozession, Weihnachtsfeier natürlich das ist klar. Aber sonst werden so
284 Veranstaltungen für die Patienten dann eigentlich nicht angeboten. Ja einmal im Jahr gibt's
285 das Sportfest, da nehmen dann auch die Abteilungen vom Krankenhaus teil.
286 I: Welche Funktion habt ihr dabei?
287 R: Die Sporttherapie organisiert das Stockschießen. Was es jetzt auch neu gibt seit zwei
288 Jahren ist das Beachvolleyballturnier. Da nehmen auch die Abteilungen teil und das
289 Beachvolleyballturnier gibt es auch für die Bediensteten. Für die Bediensteten gibt es dann
290 schon einige Veranstaltungen, auch im sportlichen Bereich.
291 I: Zum Beispiel?
292 R: Z.B. gibt's ein Fußballturnier, eine Beachvolleyballlandesmeisterschaft für die
293 Landesbediensteten, Schi fahren für die Landesbediensteten, da nimmt immer eine
294 Mannschaft von uns teil, dann einen Marathon in Wien gibt's, da laufen glaub ich 6,7,8
295 Staffeln, Businesslauf in Waidhofen, Radrennen werden organisiert, da sind auch viele von
296 der Betriebssportgemeinschaft die teilnehmen, Golfturniere, Tennis, da gibt es 3-4
297 Meisterschaften die mitspielen. Ja und für die Mitarbeiter gibt's dann auch Kulturfahrten, so
298 heißt das, das wird vom Betriebsrat organisiert. Das sind teilweise Städtereisen so 2-3-
299 tägige Ausflüge in ganz Österreich, wo man irgendwas besichtigt und dann am Abend noch
300 schnell zum Heurigen fährt um das Gesellschaftliche auch zu fördern. In diesem Bereich
301 gibt's eigentlich für's Personal sehr viel.
302 I: Wer organisiert die ganzen Sportveranstaltungen?

303 R: Die Tennisturniere werden teilweise von der Betriebssportgemeinschaft organisiert.
304 Stockschützeturniere das geht von der Station aus. Die Beachvolleyballturniere die mach
305 ich. Und die anderen Aktivitäten werden teilweise auch vom Land organisiert, die sind für
306 die Landesbediensteten organisiert. Und die ganzen Betriebsfahrten, das macht der
307 Betriebsrat.
308 I: Könntest du mir die Betriebssportgemeinschaft kurz mit ein paar Worten beschreiben?
309 R: Ja die Betriebssportgemeinschaft, das steht dann in der Broschüre genau drinnen, die
310 ich dir gegeben hab, wann sie gegründet wurde weiß ich jetzt nicht, die gibt's schon relativ
311 lang. Entstanden ist sie, um die Gesundheit der Mitarbeiter zu fördern. Da hat es dann
312 einige Sektion gegeben. Zurzeit gibt es glaub ich 14 oder 15 eigene Sportsektionen. Es ist
313 jetzt ein eigener selbständiger Sportverein geworden, ist ein Unionsverein, heißt jetzt
314 Sportunion Betriebssportgemeinschaft Mauer. Ja es gibt 14 oder 15 Sektionen, soll ich's dir
315 aufzählen?
316 I: Nein, musst du nicht!
317 R: Ja, also es ging darum die Gesundheit der Mitarbeiter zu fördern.
318 I: Wie oft nimmst du an den Veranstaltungen teil? Bei den Veranstaltungen sind wir stehen
319 geblieben.
320 R: Hm ja bei den Sportveranstaltungen und Kulturfahrten, so etwa 6 Mal im Jahr.
321 I: Und die Patienten? Weißt du wie oft die teilnehmen an so Sachen wie Sonnwendfeier?
322 R: Nein, das geht vom Pflegeheim aus. Das weiß ich nicht, da bin ich eigentlich nicht dabei.
323 Das ist ein anderer Bereich.
324 I: Wald, Wiese oder Parkanlage - argumentiere bitte für deine Lieblingsumgebung?
325 R: Die Lieblingsumgebung? Kann ich so nicht sagen, das ist ziemlich gleichwertig. Das
326 entscheiden wir je nachdem, wie gut der Zustand von den Patienten ist. Wenn er aktiver ist,
327 dass er weiter gehen kann, weil der Wald ist ein bisschen weiter weg, dann nehmen wir
328 den. Und im Sommer natürlich auch eher Wald und Park. In der Wiese ist es im Sommer
329 einfach eher zu heiß, da kann man eher am Vormittag Spiele machen wie z.B. Frisbee oder
330 Fußball und sonst sind wir da dann eher im Wald oder im Park.
331 I: Okay, und wenn man jetzt von dir ausgeht von deiner Lieblingsumgebung, also
332 abgesehen von der Arbeit mit den Patienten.
333 R: In der Wiese wird's dann irgendwann mal fad für mich sag ich jetzt mal. Im Wald ist es
334 therapeutisch einfach super, weil da sieht man viel mehr.
335
336 I: Okay. Trainingstherapieeinheiten im Grünen, darum geht's jetzt im nächsten Kapitel.
337 Wie schätzt du das Potential für die therapeutische Nutzung der Außenflächen? Potenzial
338 ist jetzt vielleicht nicht der richtige Begriff, bei euch ist ja schon irrsinnig viel geschaffen
339 worden, da ist ja irrsinnig viel Potenzial da, sag ich jetzt mal. Wie beurteilst du das?
340 R: Also Außenflächen, ich find das extrem wichtig, weil ganz einfach, wennst immer nur
341 drinnen bist, fällt dir irgendwann die Decke auf den Kopf. Man muss sich ja vorstellen, wenn
342 man selber lang drinnen ist und es geht einem gut, dann hat man auch schon das Bedürfnis
343 rauszugehen. Und wenn's einem jetzt auch noch nicht gut geht, dann erdrücken dich die
344 Wände irgendwann einmal. Wenn man draußen ist, dann hat man einfach mal eine
345 anregende Umgebung wo Natur ist. Wir sind halt mal, althergebracht, für draußen
346 geschaffen, weil wenn wir das nicht wären, dann würden wir anders aussehen. Die Natur
347 draußen ist einfach eine natürliche Umgebung für uns. Gerade wenn es einem schlecht
348 geht, ist es extrem wichtig, dass man raus kommt ins Grüne.
349 I: Worin siehst du Begrenzungen bei Therapien im Freien?
350 R: Bei uns im psychiatrischen Bereich ist es einfach so, wenn eine Suchtgefahr da ist
351 einfach der Sicherheitsaspekt. Es gibt ja bei uns auch viele Patienten, wo eine suizidale
352 Absicht da ist und der Sicherheitsaspekt soll hier schon im Vordergrund stehen.
353 I: Wurden bereits Grünflächen aufgeschlossen? Und wenn ja wie z.B. der Motorikpark, wer
354 entscheidet dann über diese Aufschließung?

R: Bei uns ist es so, wir sind in der glücklichen Lage, (überlegt) also mal so, das Klinikum wird von drei Direktoren geleitet. Das ist einmal der ärztliche Leiter, der Pflegedirektor und der Verwaltungsdirektor. Wir sind in der glücklichen Lage, dass vor allem der Pflegedirektor und der Verwaltungsdirektor selber Sportler sind und es einfach wissen und schätzen wie wichtig die Umgebung ist. Denen ist es auch z.B. extrem wichtig, das zu erhalten was wir haben und auszubauen. Bei uns ist es einfach so, wenn wir irgendetwas brauchen, wie z.B. der Beachvolleyballplatz, den haben wir seit drei Jahren. Der ist aus der Initiative von Pavillon 17 entstanden, da geht es um die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Und die haben gesagt, es wäre gut, wenn unsere Patienten nach der Arbeit etwas hätten, wo sie sich beschäftigen können. Und Beachvolleyball liegt jetzt im Trend und das ist auch gut, wenn man so einen Treiber hat. Und der ärztliche Leiter, eben der der das Geld zur Verfügung stellt, hat gesagt „ja, das sehe ich auch so, das ist eine gute Sache, das machen wir“. Bei uns funktioniert das so: Ein gewisses Grundverständnis, das ist da und wenn das in einem Kostenrahmen ist den man auch rein bringen kann und einen guten Argumentationsgrund einbringen kann, das das gut ist für die Leute, dann wird so was auch geschaffen.

I: Was bedeutet das für die Sicherheit der Patienten? Du hast es zuerst schon angesprochen. Welche Anforderungen muss man dafür an die medizinische Notfallversorgung stellen?

R: Bei uns ist es so, dass es einen Alarmplan gibt, d.h. wenn irgendwo ein Notfall wäre, haben wir eine Nummer die wir anrufen können und da kommt dann sofort irgendwer, ein Ärzteteam und Pfleger, um eben Notfälle dann entsprechend zu versorgen. Was für uns einfach wichtig ist, wenn irgendwas geschaffen wird, dass das keine Sachen sind, wo sich wer suizidieren kann. Also das steht schon immer im Vordergrund, auch bei Sachen die eben neu geschaffen werden. Wir haben keine Sachen wo irgendwo Stricke runter hängen oder so irgendwas. Und alle Sachen die auch geschaffen werden, werden so geschaffen, dass die Sicherheit im Vordergrund steht.

I: Seid ihr mit Handys ausgestattet?

R: Also bei uns in der Sporttherapie ist es so: Wir haben das Diensthandy. Das Diensthandy geht im Krankenhausbereich und wir haben immer unser privates Handy mit. Und das haben wir auch nicht lautlos geschaltet oder ganz normal, wenn irgendwas ist oder irgendwer was braucht, das wir jederzeit wen verständigen können oder holen können.

I: Kannst du bitte eine typische Trainingstherapieeinheit im Freien beschreiben?

R: Ich komm jetzt z.B. von der geschlossenen Abteilung, von 1a. Das sind OGT Patienten, praktisch zwangsweise eingekerkert und die dürfen alleine die Station nicht verlassen, ja also geschlossen. Gerade mit diesen Patienten sind wir hauptsächlich im Freien, weil sie eben sonst nicht die Möglichkeit haben. Sie haben zwar einen eigenen Garten den sie benutzen können, wenn es die Personalsituation erlaubt, dass sie ihn aufsperrt. Und mit den Patienten geh ich einfach nur eine große Runde spazieren in den Wald und im Park und da kommt es dann auch auf das Krankheitsbild drauf an: Ist er jetzt depressiv oder mehr psychotisch. Gerade bei Spaziergängen kann man alle Sinne anregen. Du hörst was, wie z.B. jetzt gerade den Zug, oder irgendein Auto, oder du hörst die ganzen Vögel zwitschern oder du hörst das Rascheln von den Blättern im Wind, das sind lauter so Sachen, die besonders bei depressiven Patienten wirken. Bei denen ist es ja so, die nehmen ihre Umgebung nicht mehr wahr. Da kann man sie ganz gezielt auf das hinführen. Oder taktile Reize, du gehst auf einem unebenen Untergrund und du musst das ausgleichen. Wir gehen im Wald z.B. nicht nur auf den Wegen, sondern auch sehr viel querfeldein, z.B. am Moos oder du musst auf Äste steigen, wo der Fuß dann kippt oder so Sachen. Taktile Reize kann man auch ganz gezielt nutzen, indem man sagt „Schau mal, die Rinde, wie rau die ist!“ und dann greift er's an oder einen glatten Baum, oder Blätter einfach berühren und das samtige Blattgefühl wie z.B. bei der Königskerze. Da kann man sehr viel hineinpacken. Dann kann man auch - man muss sich halt ein bisschen auskennen - aber es gibt ja extrem viel Kräuter da bei uns, da kostet man z.B. eine Vogelmiere, die

schmeckt nach Kukuruz z.B. Es gibt dann auch viele Sachen die man essen und kosten kann. Oder mit den Gerüchen von draußen zu arbeiten, ein Holz, das harzig ist oder, wenn ein Holz geschnitten wird, so, wie's jetzt ist, die ganzen Blumen und die Blüten. In einen Spaziergang lässt sich extrem viel verpacken.

I: Wie oft gehst du raus?

R: Das ist natürlich auch jahreszeitlich bedingt, wenn's draußen regnet sind wir natürlich eher drinnen, das ist klar. Und im Sommer, wenn's draußen schön ist, dann sind wir hauptsächlich draußen. Es gibt zwar schon immer wieder ein paar Patienten, die speziell die Kraftkammer nutzen wollen. Das kann sein, dass das auch im Sommer von gewissen Patienten ganz gern genutzt wird, weil sie das eben zuhause auch machen, die sagen „ich trainier das ganze Jahr und wenn ich jetzt nicht trainieren kann, das geht mir so ab, ich möchte das machen“ dann gehen wir mit denen rein. Aber im Sommer sind wir zu 80% draußen.

I: Also wetter- und patientenwunschabhängig.

R: Ja genau, wetter- und patientenabhängig, wenn's geht dann erfüllen wir die Bedürfnisse des Patienten. Eh wie wir am Anfang schon geredet haben, sie sollen sich über ihre Bedürfnisse klarwerden und das artikulieren können und wenn's geht dann entsprechen wir dem auch.

I: Wie ist das Verhältnis für dich? Hättest du dir vom einen oder anderen mehr oder weniger gewünscht?

R: Nein, also ich muss sagen für mich passt das, da stehen meine Bedürfnisse komplett im Hintergrund. Da ist der Patient wichtig und nicht das, was eigentlich ich grad will. Aber es ist eh so abwechslungsreich bei uns, also bei uns ist das kein Problem. Bei uns ist es auch so, wir sind zwei Sporttherapeuten und wenn wir beide da sind, wechseln wir uns da sehr gut ab. Jeden Tag hat einer Hauptdienste eingeteilt, der was der [an dem jeweiligen Tag] machen soll. Und wenn ich sag „heute will ich unbedingt heraußen sein“ dann mach halt ich die Outdoorgruppe und die P. dann die Indoorgruppe und beim nächsten Mal ist es dann umgekehrt. Also wie gesagt, wir können da unsere Bedürfnisse auch ein bisschen einbringen, indem die Gruppe sowieso zu einem Teil draußen und zu einem Teil drinnen ist und wir teilen uns das auf.

I: Worauf achtest du speziell beim Rausgehen oder worin siehst du Probleme?

R: Im Winter ist es natürlich wichtig, dass sie entsprechend gekleidet sind. Im Sommer muss man aufpassen von der Hitze her, besonders Kreislaufprobleme. Die Patienten bei uns nehmen teilweise sehr viele Medikamente die den Kreislauf beeinflussen und da muss man halt aufpassen, dass man sie nicht überfordert. Dass man, wenn man draußen ist was zum Trinken mit hat speziell im Sommer. Da hilft die Erfahrung, weil oft sehen die Patienten das nicht und dann muss man viel schauen und beobachten und mit ihnen reden. Die entsprechende Kleidung ist wichtig und dem Gesundheitszustand entsprechend belasten.

I: Wie setzt ihr die Intensitäten?

R: Bei uns geht das nicht nach Puls so wie in der Trainingslehre, dass sie in dem und dem Pulsbereich trainieren müssen, sondern bei uns ist die sportliche Leistung eigentlich im Hintergrund, sondern es geht eher um Selbstwertsteigerung, Integration, der soziale Bereich das ist ganz wichtig. Man muss sich bewusst sein, man kann auch jemanden bei einem Spaziergang überfordern. Wenn der jetzt z.B. Depressionen hat und 3 - 4 Wochen sein Bett nicht verlassen hat, dann ist ein Spaziergang über eine Kilometer schon das Äußerste das er überhaupt leisten kann. Das soll man sich bewusst sein und da darf man nicht normale Maßstäbe anwenden. Andererseits haben wir auch Menschen da, die vor drei Wochen einen Marathon gelaufen sind. Also wir haben eine Bandbreite von bis.

I: Gibt's da auch Vorgaben oder Sicherheitsmaßnahmen die einzuhalten sind, wenn ihr rausgeht mit den Patienten?

R: Wie meinst du das?

I: Das kann z.B. sein, wie weit ihr euch vom Gelände weg entfernen dürft oder ähnliches.

R: Nein solche Vorgaben haben wir eigentlich nicht, das ist in unserer Verantwortung. Das ist auch schwierig abzuschätzen, weil im Sommer z.B. da tun wir viel Radl fahren. Wenn ich jetzt eine Gruppe hab, angenommen mit 4 Patienten, die selber viel Rad fahren, mit denen kann ich in der einen Stunde 15km fahren. Mit einem anderen Patienten, der das eben nicht viel macht, da fahren wir nur 4km oder 5km. Da verlassen wir das Klinikgelände gar nicht, da fahren wir im Klinikgelände eine kleine Runde. Für das haben wir keine Vorgaben. Wären aber auch nicht sinnvoll, weil die Leistungsfähigkeit einfach sehr individuell ist.

I: Welche Einflüsse gibt es hinsichtlich der Erkrankungsbilder? Das wären in dem Fall verschiedenste psychiatrische Erkrankungen?

R: Ja, da ist schon klar, wenn man einen psychotischen Patienten hat, der die Umgebung nicht so wahrnimmt wie du sie wahrnimmst, da muss man schon um einiges mehr aufpassen, weil du nie genau weißt „Was sieht er oder hört er?“ Stimmen oder so Sachen. Und solche Patienten haben wir dann meistens in Einzelbetreuung, die sind auch meistens von der geschlossenen Station.

I: Geht ihr da dann wahrscheinlich nicht in den Wald?

R: Doch gehen wir schon in den Wald, natürlich schon, nur da hast du dann eher eine Einzelbetreuung und kannst dich ganz dem widmen. Gruppen sind da von dem her immer ein wenig problematisch, weil man da nicht die direkte Aufsicht oder den direkten Kontakt hat.

I: Wie haben die Teilnehmer/innen die Outdoor-Einheit angenommen?

R: Also wir haben extrem positive Rückmeldungen. Zum Beispiel bei uns fängt das Ganze mit Morgensport an um 7 Uhr in der Früh. Da kommen Rückmeldungen, „Ich hab gar nicht gewusst, dass ein Sonnenaufgang so schön sein kann“, oder „Ich kann mich nicht erinnern, dass ich im Regen mal spazieren gegangen wäre“, und das ist einfach so ein Aha-Effekt, wo sie sagen, „Ma, es ist so gut, endlich wieder mal rauszugehen“. Also wir haben extrem viele positive Rückmeldungen.

I: Die Frage nach der Beteiligung ist dann hinfällig, weil sie es sich eh aussuchen können, ob sie mit rausgehen wollen oder nicht.

R: Ja, also grundsätzlich werden Patienten zugewiesen vom Stationsarzt. Dann hat er die Berechtigung, dass er teilnehmen kann und es wird der Termin eingetragen. Und dann kann er immer noch entscheiden, ob er mit geht oder nicht. Bei gewissen Krankheitsbildern ist es halt schon so, also z.B. bei depressiven Patienten, die brauchen halt schon ein bisschen einen Druck, dass sie teilnehmen. Und das erfolgt beim Personal auf der jeweiligen Station, das z.B. „Herr Müller, gehen Sie mit! Probieren Sie das mal! Schauen's Ihnen das mal an! Kommen Sie! Stehen Sie auf!“ Die brauchen die Motivation, weil die das eben selber nicht haben. Und wenn sie sich dann überwunden haben und dann draußen sind, dann sind sie trotzdem froh und sagen „ma, gut dass ich mitgegangen bin!“. Ja da fehlt ihnen einfach der Antrieb bei dem Krankheitsbild.

I: Wenn man das jetzt in Relation setzt, wie entscheiden sich die Patienten dann meistens? Zwischen indoor und outdoor.

R: Da geht es einfach viel um individuelle Bedürfnisse. Wenn einer immer bergwandern war und sagt „ma, ich muss unbedingt raus, ich halt die Halle nicht aus“ wird der dann natürlich auch bei jedem Mal draußen sein. Es ist oft auch so, im Winter, wenn es 15 Grad minus hat, wenn wir uns zum Morgensport treffen, dann denken wir uns „ja heute werden nicht viele mitgehen“ und dann stehen 15 Leute da und sagen „ich muss raus“. Oder es regnet, es regnet wirklich und du denkst dir „ich weiß nicht ob heut jemand mitgeht“ und dann sind auch wieder 10 Leute da. Da sieht man aber auch wie individuell das ist, und wie wichtig das ist, dass man ihnen auch die Möglichkeit gibt das sie rausgehen.

I: Das heißt du kannst nie was ausschließen.

R: Du kannst nie was ausschließen. Und der Mensch ist ja Gott sei Dank sehr unterschiedlich und wir haben die Bandbreite von bis.

I: Wie war die allgemeine Stimmung in der Gruppe? Wie würdest du die beschreiben?

R: Ja. Bei uns ist es so, dass es uns wichtig ist, (überlegt) also die Sporttherapie ist mal auf Vertrauen aufgebaut. Weil bei der Gruppentherapie, wenn wir 10 oder manchmal 15 Leute mithaben, kannst sowieso nicht jeden einzelnen, du hast einfach nicht immer jeden im Auge, das geht einfach nicht. Die Besonderheit der Sporttherapie ist auch, dass wir die Leute beim Vornamen anreden und per „Du“ sind. Wir fragen den Patienten einzeln, ob das in Ordnung ist so und ich mach das seit 17 Jahren, und ich glaube ich habe das erst 3-4 mal gehabt das einer gesagt hat „nein, ihm wär ein ‚Sie‘ lieber“. Die meisten sagen „ja gern, ist mir eh lieber“. Im Sport ist das einfach so, du bist einfach mit deinen Kameraden per du und redest sie beim Vornamen an. Im Mannschaftssport sowieso und auch so überall, das ist einfach üblich und wir arbeiten ja mit den gesunden Anteilen, darum nehmen wir auch die Normalität und das normale Leben in unsere Therapie rein. Jetzt habe ich den Faden verloren was war die Frage (lacht) aja, die Stimmung in der Gruppe: Das ist eigentlich sehr freundschaftlich aufgebaut. Wir reden auf gleicher Höhe, wir machen auch das gleiche wie der Patient, wir sind zwar der Trainer aber, wenn wir jetzt Rad fahren gehen, wir fahren mit, wenn wir jetzt in der Halle eine Gymnastik machen, wir machen mit. Wir tun genauso mit wie die anderen, wir zeigen nur vorher vor. Das funktioniert aber auch nur so. So tut's uns Spaß machen und so macht es aber auch den Patienten Spaß, dass da einfach so ein bisschen eine positive Grundstimmung da ist. Ein bisschen mit Spaß, ja das macht einfach alles viel leichter und es stimmt einen einfach besser. Gerade die positive Therapiestimmung ist einfach extrem wichtig, sonst hast du keinen Zugang zu allen.

I: Gab es Situationen, in denen es schwierig war? Wie hast du die gelöst? Vielleicht könntest du so eine Situation beschreiben?

R: Kann oft auch sein, dass wenn's einen Patienten wirklich schlecht geht, dass er einfach eine Krise bekommt und es nicht mehr aushält. In solchen Situationen können wir immer die Station anrufen und es kommt jemand und holt ihn ab. Eben durch das, dass wir immer Gruppen haben ist es eben schwierig, weil du kannst dich nicht nur um den einen Patienten kümmern, weil dann hast du die anderen 10, was machst mit denen? Von dem her ist das so ausgemacht: Wir können jederzeit auf die Station rufen und es holt sie sofort wer und wir kümmern uns dann um die anderen Patienten. Wenn wir Schüler haben, oder das ist dann auch der Vorteil, wenn mehr Therapeuten da sind oder, wenn wir zu zweit sind, dann nimmt sich halt einer den Patienten aus der Gruppe heraus und macht mit ihm eine Einzelbetreuung.

I: Gib es am Rehabilitationszentrum auch noch andere Therapiefelder, die mit Natur oder Grünflächen in Ihren Therapieeinheiten arbeiten?

R: Ich muss sagen, dass sehr viele Therapeuten das Gelände draußen nutzen. Auch in der Ergotherapie, in der Physiotherapie. Die gehen z.B. auch Nordic Walken und machen draußen was. Wir haben einen Kunsttherapeuten, der einfach hauptsächlich mit Naturmaterialien arbeitet, die gehen raus, holen sich Sachen vom Wald. Es gibt viele Psychologen, die draußen mit ihren Patienten ihre psychologischen Gespräche machen, auch im Gehen, weil sie sagen: „Es bringt einfach so viel. Wenn du dich mit einem Patienten in einer entsprechenden Umgebung bewegst, dann wird er einfach viel lockerer“. Das Stationspersonal geht auch viel mit Patienten spazieren, wenn Zeit bleibt, und da kommen dann Rückmeldungen „wennst mit ihnen spazieren gehst, da erzählen sie dir Sachen, das würden sie dir auf der Station nie erzählen“. Es ist einfach: Wenn du dich bewegst, dann bewegt sich auch in dir was.

I: Ja und dann kommt noch dazu was du vorher schon aufgezählt hast, die Gartentherapie und die tiergestützte Therapie.

R: Ja, das sowieso.

I: Gut dann der letzte Abschnitt und ich halt dich dann auch nicht mehr länger auf (wir lachen). Da geht's um deine Zufriedenheit. Wie zufrieden bist du mit der Wahl deines Berufes?

565 R: Also ich bin in der glücklichen Lage, mein Hobby zum Beruf gemacht zu haben und ich
566 muss auch sagen, ich geh gern in die Arbeit. Dass es einen ab und zu mal nicht freut ist
567 schon klar aber wenn ich in der Früh aufstehe, dann freu ich mich auf's arbeiten. Also für
568 mich passt's gut.

569 I: Ist die Arbeitspraxis so verlaufen, wie du es dir vorgestellt hast?

570 R: Die Arbeitspraxis, ja bei mir ist das ja ein bisschen ein spezieller Fall. Ich war auch
571 wirklich gern Pfleger auf der Station. Ich muss sagen das hat mir auch wirklich gut gefallen
572 und hat gut für mich gepasst. Und die Stelle vom Sporttherapeuten ist glaube ich 97 oder
573 98 ausgeschrieben worden und der Kollege von mir hat das ins Leben gerufen, der hat das
574 induziert. Der war der erste Sporttherapeut und der hat sich da einen Vertreter suchen
575 können, also einer ist bestimmt worden und einen zweiten hat er sich gesucht. Und da ist
576 er dann an mich herantreten und hat mich gefragt, ob ich mir das vorstellen könnte. Das
577 war gerade die Zeit, wo ich die Trainerausbildung gemacht hab und ich habe gesagt „ja ich
578 schau mir das mal an“ und hab ihn vertreten ein paar Jahre, und dann ist er leider
579 überraschend im 52. oder 53. Lebensjahr gestorben. Das war im Jahr 2001. Und da ist
580 dann der damalige Pflegedirektor an mich herantreten und hat mich gefragt, ob ich das
581 machen möchte, so und so würde das aussehen. Und das habe ich dann ein halbes Jahr
582 gemacht und dann ist es ausgeschrieben worden und da hab ich mich dann beworben und
583 habe ich dann die Stelle für den Sporttherapeuten gekriegt. Da war eigentlich sehr viel Zufall
584 dabei und für mich passt's aber optimal muss ich sagen, das passt perfekt. Genauso bei
585 meiner Kollegin, die P., die ist auch ein Bewegungsmensch und die haltet's ohne Bewegung
586 gar nicht aus und für die passt das auch optimal.

587 I: Ist das bei Ihr auch so ähnlich hergegangen, dass sie vorher in der Pflege war?

588 R: Ja die war auch lang in der Pflege und dann ist eben der zweite Posten für die
589 Sporttherapie geschaffen worden. Da habe ich zuerst vier oder fünf andere Kollegen
590 gehabt, die eine ist dann auf die Station zurück gegangen, ist schwanger geworden und hat
591 Kinder bekommen, Familie geplant, die P. ist dann statt ihr gekommen und war auch schon
592 eine Vertretung vorher und für die passt das auch optimal.

593 I: Gab es während deiner vergangenen Dienstzeit Situationen in denen du an der
594 Entscheidung deiner Berufswahl gezweifelt hast?

595 (Esel kommen vorbei und wir unterhalten uns über die Esel und der Befragte ergänzt
596 folgendes) Ja was auch noch zu sagen ist, es gibt auch eine eigene Parkpflegegruppe. Die
597 Gartengruppe ist wieder eine eigene Therapie. Ja und die Parkpfleger ist eine Gruppe von
598 Patienten und Therapeuten, die machen z.B. im Winter tun sie ein bisschen Schneeräumen,
599 im Sommer ein bisschen Rasenmähen, Laubrechen und so. (Wir fahren mit den Fragen
600 fort)

601 I: Wie zufrieden bist du mit deinem Arbeitsplatz?

602 R: Ja passt super, wir haben ja alle Möglichkeiten. Ja ich glaube nicht, dass es das in
603 Österreich noch ein zweites Mal gibt in einem Krankenhaus muss ich ehrlich sagen.

604 I: Damals wie du dich beworben hast, hat es da noch andere Arbeitsplatzoptionen gegeben
605 oder Alternativinstitutionen? Oder war das dann eh klar, dass du hierbleibst?

606 R: Wie ich mich da für die Krankenpflege beworben hab, war eigentlich klar das ich da in
607 Mauer bleiben werde.

608 I: Das ist auch naheliegend, weil ihr die Ausbildung hier gemacht habt.

609 R: Ja genau das ist bei uns naheliegend, die Ausbildung haben wir im Haus. Das ist die
610 Psychiatrie und Neurologie. Damit kann man in einem anderen allgemeinen Krankenhaus
611 ja nur auf der neurologischen Station arbeiten. Dadurch das ich von der Gegend bin und
612 auch da mein Haus hab und Familie, war's eigentlich klar das ich da bleib. Dass mit der
613 Sporttherapie, das hat sich ergeben (eine Gruppe von Radfahrern kommt vorbei, der
614 Befragte ergänzt) Wir fahren mit unseren Patienten hauptsächlich auf Radwegen in der
615 Natur oder im Wald. Wir beziehen die ganze Umgebung ein, weil wir fahren teilweise auch
616 durch die Ortschaften. Eine sehr beliebte Strecke ist auch Richtung Aschbach rauf, dass
617 sind so 20min, da gibt's auch einen Radweg rauf. Und da oben ist dann ein Fitnessbereich

618 und ein Kneippbecken das wir nutzen, dann gibt's da ein Fitnessparkour für Kräftigung und
619 einer für Dehnung, und dann gibt's auch einen keltischen Baumweg. Da kannst du dir nach
620 deinem Geburtsdatum deinen Lebensbaum suchen. Da sind wir dann meistens so 20min
621 oben und dann so 20min runter, so dass wir 1h unterwegs sind. Das ist z.B. so ein Fixpunkt,
622 oder zur Ybbs runter und mal die Füße reinhalten oder untertauchen.
623 I: Und dann meine letzte Frage: Würdest du deinen Arbeitgeber weiterempfehlen?
624 R: Ich muss sagen wir haben einen sehr guten Arbeitgeber. Wir werden in der Sporttherapie
625 unterstützt wo es nur geht, wenn's um Materialien geht, wenn wir was brauchen. Wir haben
626 immer ein offenes Ohr von unserer Verwaltung. Was in unserem Bereich auch wirklich sehr
627 zur Zufriedenheit beiträgt ist, dass wir eigenverantwortlich sind. Wir haben zwar sehr viel
628 Verantwortung, die muss man auch tragen, aber wir können selber entscheiden was wir
629 machen. Das ist einfach schon was wert, das schätzen wir schon sehr.
630 I: Ja super, danke! Es war sehr hilfreich und du hast das sehr schön beschrieben!
631 (wir unterhalten uns noch weiter)

ANHANG 1.4: INTERVIEWTRANSKRIPT OPTIMAMED REHABILITATIONSZENTRUM RAXBlick

Bezeichnung:	Rax
Thema:	Umsetzung von Trainingstherapien im Grünen an ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen Österreichs
Befragte Person:	Herr R.
Personencode:	R24
Alter:	24
Ort des Interviews:	Aufenthaltsraum im Rehabilitationszentrum Raxblick
Datum und Urzeit:	17.02.2017, 10:13 Uhr
Interviewerin:	Magdalena Eschlböck
Datei:	Rax.mp4

- 1 I: Worum es bei meiner Masterarbeit geht habe ich Sie eben schon informiert.
2 R: Ja.
3 I: Dann würde ich noch gern Ihr Alter wissen?
4 R: 24.
5 I: Wo sind Sie wohnhaft?
6 R: In Wiener Neustadt.
7 I: Die korrekte Bezeichnung des Rehabilitationszentrums ist Gesundheitsresort Raxblick?
8 R: Gesundheitsresort Raxblick genau.
9 I: Das ist ein Rehabilitationszentrum? Oder auch Kurzentrum?
10 R: Das ist eine Rehabilitation für pulmonale sowie orthopädische Erkrankungen.
11 I: Ihre Berufsbezeichnung bitte!
12 R: Ich bin Physiotherapeut von der Berufsbezeichnung her und habe hier die Funktion als
13 Therapieleiter.
14 I: Also eine leitende Tätigkeit. Wo haben Sie den Ihre Ausbildung gemacht?
15 R: Meine Ausbildung habe ich, wie man hört, in Deutschland gemacht, Sachsen. Ich bin
16 jetzt seit vier Jahren hier tätig und habe sozusagen vor vier Jahren meine Ausbildung in
17 Deutschland fertig gemacht.
18 Wir können ruhig auch „du“ sagen, ist da okay.
19 I: Ja sehr gern.
20
21 I: Gut, Fragen zur deiner Person. Treibst du Sport? Bist du bewegungsaktiv?
22 R: Ja ich bin sehr bewegungsaktiv.
23 I: Was machst du da zum Beispiel?
24 R: Das ist ziemlich wetterabhängig. So wie's jetzt ist, im Winter, gern snowboarden,
25 ansonsten eher Indoor-Aktivitäten also Fitnesscenter und teilweise spiele ich auch Tennis.
26 I: In welchem Ausmaß betreibst du die Sportarten?
27 R: Man kann sagen 4-5-mal die Woche.
28 I: Seit wann betreibst du die Sportarten?
29 R: Also die Sportarten kann man sagen seit ich in Österreich bin, also seit 4 Jahren. Als ich
30 noch in Deutschland war vor 4 Jahren habe ich eher Fußball gespielt. Hab auch in einem
31 Verein gespielt, man kann sagen 3-4-mal die Woche auch Training gehabt und am
32 Wochenende Spiel. Ja das sind so meine sportlichen Aktivitäten.
33 I: Wo betreibst du den Sport üblicherweise? Eher indoor oder eher outdoor?
34 R: Also Fitnessstudio, also wenn ich da Krafttraining mache, dann bin ich da natürlich indoor
35 in Wiener Neustadt. Im Sommer wenn's vom Wetter geht so gut wie's geht draußen. Ich
36 spiel auf Tennisplätzen hier in der Umgebung. Snowboarden auch natürlich outdoor.
37 I: Wie wichtig ist dir Natursport?

38 R: Ja (überlegt) vielleicht zum Ausgleich von der Arbeit. Da ich in einer leitenden Tätigkeit
39 auch bin, ist natürlich auch immer viel im Kopf und wenn ich mal, also wenn's nur spazieren
40 gehen ist oder ein bisschen wandern, spielt das schon eine große Rolle wenn man seine
41 Ruhe hat und die frische Luft, da kann man doch ein bisschen besser abschalten als wenn
42 man gar nichts macht oder eine Sportart drinnen macht.
43 I: Wie oft betreibst du Sport draußen?
44 R: Hm muss ich überlegen, im Winter vielleicht weniger, vielleicht einmal die Woche, wenn
45 man es hochrechnet. Im Sommer dann schon fast täglich. Fahrrad fahren tue ich auch und
46 joggen, kann man sagen im Sommer fast jeden Tag.
47 I: Und wo bist du da draußen? Wie schaut die Umgebung landschaftlich aus?
48 R: Da ich in Wiener Neustadt wohnhaft bin, da ist es eher eine Mischung aus Stadt und
49 Land, also da ist es ein Wechsel von Naturnähe und dann ist man auch gleich mal wieder
50 in der Stadt. Damals bevor ich in Wiener Neustadt gewohnt hab, habe ich in Gloggnitz
51 gewohnt und da gibt es weit mehr von Bergen und von der frischen Luft. Da sieht es gleich
52 ein bisschen anders aus.
53 I: Du wohnst in der Stadt, wohnst du da in einem Haus oder in einer Wohnung?
54 R: Ich habe da eine Mietwohnung, das ist da so in Reihenhäusern aufgebaut. Das ist nicht
55 direkt in der Innenstadt, sondern schon ein bisschen außerhalb, aber auch nicht so
56 zentrumfern, aber auch nicht zu weit entfernt um das Auto auszulassen. Also es ist um von
57 allem was zu haben.
58 I: Was machst du gern in deiner Freizeit?
59 R: Also zu dem was schon sportlich erwähnt wurde kommen halt noch so Sachen die man
60 mit Freunden macht, also was trinken gehen oder ins Kino.
61
62 I: Okay, zu den Rahmenbedingungen.
63 Seit wann bist du hier am Rehaszentrum beschäftigt.
64 R: Seit vier Jahren und seit Mai 2016 als Therapieleiter.
65 I: Und seit wann gibt es diese Einrichtung hier?
66 R: Seit 2008. Da wurde diese hier eröffnet.
67 I: Die Erkrankungen auf die sich das Rehaszentrum spezialisiert hat hast du schon genannt,
68 das sind orthopädische und pulmologische Erkrankungsbilder.
69 R: Genau. Das ist relativ allgemein gesagt von den Krankheitsbildern. Bei den
70 Lungenpatienten sind die meisten COPD Patienten, das sind fast alle Patienten die wir
71 aufnehmen. Dann sind dann auch noch Patienten die nach Transplantationen kommen oder
72 schwerer Mukoviszidose. Bei der Orthopädie ist es halt den wesentlich breiter. Da reicht es
73 von chronischen Beschwerden, Rückenschmerzen, aber auch nach Gelenkersatz oder
74 psychosomatischen Erkrankungen. Wirklich auch schwerwiegende Skoliosen.
75 Amputationen hatten wir auch schon da, aber eher wenige, aber die gibt's auch.
76 I: Wie ist die Einrichtung organisiert? Gibt es einen Versicherungsträger oder unterliegt sie
77 einer privaten Führung?
78 R: Das Gesundheitsresort Raxblick ist eins von sechs Reha-/ und Kureinrichtungen von Dr.
79 Dr. Wagner. Das ist eine private Kur- und Reha Einrichtung oder Gesellschaft kann man
80 sagen. Die Zentrale von Dr. Wagner liegt in Salzburg und darüber wird das ganze gesteuert
81 und geregelt.
82 I: Welche Therapiearten oder Therapieformen werden hier angeboten?
83 R: Naja das hat ein ganz breites Spektrum, wenn man das alles erwähnt. Ganz allgemein
84 fang ich bei Gruppentherapie an, für die oberen sowie für die unteren Extremitäten, das
85 wird dann auch noch mal untergliedert in schwere und leichtere Gruppen. Wir hatten dann
86 auch noch Gleichgewichtstraining, Beckenbodengymnastik. Die Gruppentherapien finden
87 im Sportraum auf der Matte statt und die Gruppentherapien im Wasser für die oberen und
88 unteren Extremitäten sind in leichtere und bisschen schwere Gruppen unterteilt. Dann für
89 Gruppengymnastik auch noch Ausdauer-Einheiten mit Fahrradergometer und Crosstrainer.
90 Dann sind da noch die Krafteinheiten. Verbunden dann noch die Einzelgymnastik und für

die Atem-Patienten die Atemgymnastik und für die orthopädischen Patienten dann die Krankengymnastik. Viele Therapeuten bieten ihre Gruppen dann auch outdoor an. Auch in verschiedenen Gruppen unterschiedlich von der Leistung her, v.a. für jungen Patienten, damit man da dann unterscheiden kann. Und bei orthopädischen Patienten dann genauso, da sind auch verschiedene Gruppen, so wie der Arzt sie dann einteilt. Manche bisschen länger und ein bisschen zügiger, manche bisschen langsamer. Das sind mal die aktiven Einheiten. Die passiven Einheiten wie Moorpackung, Massagen, Bäder, die gesamte Elektrotherapie, Rotlichttherapie, Ultraschalltherapien, Lasertherapien. Untergeordnet zu der Massage dann auch noch Fußreflexzonenmassage, die Lymphdrainagen natürlich. Dann von der Ergotherapie, jetzt hatten wir die Physiotherapie, jetzt gibt's noch von der Ergotherapie die Zehen- und Fingerhebungen.

I: Welche Berufsgruppen übernehmen die Arbeit dann? Physiotherapeuten, Ergotherapeuten? Gibt es Sportwissenschaftler?

R: Wir haben 12 Physiotherapeuten, 2 Ergotherapeuten, 8 Masseur, 3 Psychologinnen. Ja bei den aktiven Therapien, die ich erwähnt habe am Anfang, die Gruppentherapie und die Kraftkammer machen die Physiotherapeuten. Die Ergotherapie machen die Ergotherapeuten. Die physikalischen Sachen übernehmen die Masseur.

I: Danke das passt schon gut. Wie lange sind die Therapieeinheiten?

R: Das ist unterschiedlich. Die normalen Gruppen und die Einzelgymnastik dauert eine halbe Stunde. Da ist natürlich ein Unterschied zur Brutto- und Nettozeit. Zur Therapiezeit zählt als Beispiel die Vor- und die Nachbereitungszeit, die Dokumentierzeit oder zur nächsten Therapie zu erscheinen. Es gibt auch Einheiten die eine Stunde dauern wie Nordic Walking beispielsweise und es gibt Therapien die kürzer dauern wie Ultraschall- oder Stromtherapien, also je nach dem auch was halt vorgegeben ist vom Programm.

I: Wo finden die Therapieeinheiten statt?

R: Überall im Haus. Im Gruppentherapieraum sowie im Kraftraum bzw. Kraftausdauer Raum, wo die Geräte stehen, Fahrradergometer und Krafttrainingsgeräte. Andere Therapie Räume gibt's natürlich auch noch: die Physiotherapieeinzelräume, der Multimediasaal, der Raum wo die Schulungen stattfinden und dann gibt's noch ein Therapiezentrum, wo die Ergotherapie stattfindet.

I: Es gibt auch ein Schwimmbad habe ich gesehen.

R: Richtig, es gibt ein Therapiebecken für die Therapien und es gibt ein Freizeitbecken für jene Patienten, die gerade keine Therapie haben um sich ein bisschen zu beschäftigen. Da dürfen die Patienten aber nicht über Nacht rein, aber wenn doch mal im Therapieplan vom Patienten eine Pause steckt, kann man da auch mal die Patienten schwimmen lassen.

I: Diese Möglichkeit gibt es aber nur im Sommer oder? Das ist ein Freibecken?

R: Es gibt beides. Eins das draußen ist und eins das drinnen ist. Aber nur im Sommer ist draußen geöffnet, manchmal wird es auch als Kältebecken verwendet draußen, aber es ist nicht beheizt.

I: Wie viel Entscheidungsfreiraum steht den Therapeut/innen für die Gestaltung ihrer Therapie zur Verfügung?

R: Also innerhalb der Therapie darf der Therapeut das machen, wo er glaubt, dass es für den Patienten das ist, was ihm am meisten hilft. Wir geben keinem Therapeuten genaue Behandlungstechniken vor die er machen muss, aber es gibt natürlich Situationen, wo der Patient vom Arzt vorgegeben bekommt, oder besser dem Therapeuten wird vorgegeben, „das ist besonders wichtig“, „aufpassen da“, oder eine besondere Gangschulung, also doch viele Sachen die dem Therapeuten mit auf dem Weg gegeben werden. Wie er es umsetzt ist vom Therapeuten selbst zu entscheiden. Jeder Therapeut hat seine eigene Art und Weise, seine Stärken und so kann er auch Sachen mit den Patienten machen, wo er seine Stärke ausspielen kann.

I: Wie eng arbeitest du mit den anderen Therapiebereichen zusammen?

R: Das hier ist ein Haus, welches nicht so groß ist, aber auch nicht so klein ist, aber trotzdem ist die Kommunikation wichtig, dass man mit anderen Bereichen immer gut zusammen

arbeitet. Wir haben allgemein jeden Montag und jeden Donnerstag immer eine Besprechung. Am Montag ein Meeting mit den Pulmologen und mit den orthopädischen Ärzten, dann am Donnerstag wo allgemein und über Patienten gesprochen werden kann und erarbeitet werden kann.

I: Werden die besprochenen Inhalte umgesetzt?

R: Das ist eine gute Frage. Ich würde mal sagen zu 95% ja. Manchmal ist es so, dass nicht jeden Tag alle Therapeuten da sind, es gibt natürlich auch Dokumente und Protokolle von den Meetings und wir geben das schon weiter. Alle wichtigen Sachen die umgesetzt werden müssen, werden umgesetzt. Alle informativen Sachen gehen manchmal ein bisschen unter.

I: Was glaubst du welchen Mehrwert bringt die Zusammenarbeit für den Patienten?

R: Umso besser die Kommunikation und die Zusammenarbeit, umso mehr hilft das den Patienten finde ich. Umso mehr die Bereiche, sagen wir mal bereichsübergreifend von einander wissen was gemacht wird oder was auch weitergegeben wird, und wenn keine Fragezeichen sind oder es Probleme gibt und man wurde informiert darüber, umso mehr profitiert der Patient.

I: Dann zum nächsten Abschnitt, da geht es um die Umgebung und Soziales. Wie würdest du das Umgebungsfeld des Rehabilitationszentrums beschreiben? Also wie schaut's da aus?

R: Sehr ländlich, viele Berge, man kann sagen abgeschieden ein bisschen von der Stadt. Der nächste Weg runter ins Dorf ist Prein an der Rax, das ist aber nur ein sehr kleines Dorf. Die nächste Einkaufsmöglichkeit ist dann erst in Reichenau, erst in 8km. Ich denke mal nicht für jedermann kann das der richtige Standort sein. Die nächste große Stadt ist dann erst Gloggnitz. Da ist dann auch die nächste Autobahnabfahrt und da fährt man schon 25min. Also schon sehr abgeschieden. Das hat Vor- und Nachteile.

I: Vom landschaftlichen her, gibt es Grünflächen rund um dem Rehabilitationszentrum?

R: Ja natürlich, es gibt schon Grünflächen. Wir sind da auf 800/900m Höhe, was man sich gar nicht so vorstellen kann, aber sind schon sehr viele Waldwege. Am Grundstück sind die Grünflächen natürlich auch vorhanden und gehören zum Grundstück dazu. Also das ist nicht fremd sondern gehört zum Haus.

I: Werden diese für die Patienten zugänglich gemacht?

R: Ich glaube das ist nicht offiziell zugänglich, weil sich aber auch keiner freiwillig hinter dem Haus bewegt wegen der Aussicht. Es gibt aber auch den Motorikpark, unten der Gleichgewichtspark. Dass sind auch ein paar Grünflächen, die ganz zugänglich sind. Da kann man so oft hingehen wie man will. Zugänglich schon, aber für den Patienten nicht immer geeignet oder nicht genutzt.

I: Womit verbringen die Patienten den ihre Freizeit?

R: Ja es gibt schon Angebote. Von der Ergotherapie Freizeitangebote wie Töpfern, Korbflechten, was Drittes gibt's auch noch aber das fällt mir jetzt gerade nicht ein. Das ist mal das was von der Ergotherapie angeboten wird. Es gibt dann auch noch ein Angebot Aqua-Fit, Aqua-Zumba, Wandergruppen gibt's immer am Nachmittag die angeboten werden, Yoga, Kräftigung mit dem Theraband.

I: Alles auf freiwilliger Basis oder?

R: Alles auf freiwilliger Basis. Genau und es gibt teilweise auch am Wochenende Schneeschuhwanderungen an der Rax, die angeboten werden. Auch von einem internen Therapeuten, also kein Therapeut vom Haus aber schon einer, der freiberuflich die Freizeitaktivitäten durchführt.

I: Was ist das für ein Therapeut?

R: Ich weiß jetzt nicht was er gelernt hat, aber er ist schon tätig mit Sport und Freizeit, ich glaube Fitnesskaufmann oder ähnliches.

I: Wo finden diese Veranstaltungen statt oder wo werden die Wanderungen abgehalten?

R: Ja die Wanderungen finden natürlich gleich hinter dem Haus statt. Da gibt's dann auch verschiedene Gruppen die angeboten werden, manche sind ein bisschen größer also die gehen 1 bis 1,5 bis 2h. Die schaffen eine gute Wegstrecke hier im Wald. Manche gehen bis

- 198 zur Speckbacherhütte das ist auch sicher 1-2h. Und die, die für die Therapien eher zu
199 unmobol sind finden im Haus statt.
- 200 I: Wie oft werden die Wanderungen angeboten?
- 201 R: Es gibt von Montag bis Freitag immer ein Freizeitangebot, man kann sagen, dass z.B.
202 die Wanderungen schon einmal durchschnittlich angeboten werden.
- 203 I: Dürft ich mir das Freizeitangebot kopieren?
- 204 R: Hm ja das hängt im Fahrstuhl.
- 205 I: Okay. Wie oft nehmen die Patienten an den Angeboten teil?
- 206 R: Es gibt Phasen da ist die Beteiligung geringer und dann gibt's Phasen da ist es überfüllt,
207 also bis zu 15-20 Mann die da teilnehmen. Es gibt keine klare Linie, wo ein bisschen mehr
208 und ein bisschen weniger teilnehmen. Das kommt auf den Patienten drauf an, weil es an
209 ihm selber ist sich an die Bar zu setzen und einen Kaffee oder ein Bier zu trinken oder sich
210 selbständig zu bewegen. Also manchmal mehr und manchmal weniger.
- 211 I: Zu dir, wie gefällt dir die Umgebung deines Arbeitsplatzes?
- 212 R: Also ich glaub besser kann man sich das Arbeitsumfeld nicht vorstellen. Man hat, also
213 auch wenn's im Winter schwer ist mit dem Auto rauf zu fahren, hat man glaub ich nie die
214 Ruhe oder nach dem Feierabend so in der Natur zu sein. Es ist wunderschön, wenn man
215 alles sieht und wenn dann auch noch alles schön warm ist.
- 216 I: Wie beschreibst du Wohlfühlorte aus deiner Sicht? Und wo befinden sich diese?
- 217 R: Wohlfühlorte (überlegt) ein Wohlfühlort wäre natürlich hier (meint die Räumlichkeiten in
218 denen wir uns befinden), wenn die Pause dafür geeignet ist und um was zu essen bzw. sich
219 ein bisschen zu strecken. Draußen haben wir, da gibt's dann eine Terrasse auch, mit einer
220 Schaukel wo man sich auch hinsetzen kann, was auch von den Therapeuten genutzt wird,
221 da kann man sich raus in die Sonne setzen, wenn's Wetter schön ist und man hat eine
222 schöne Aussicht, ja.
- 223 I: Wann bist du dort? Und wie viel Zeit verbringst du dort an diesen Plätzen?
- 224 R: Man kann sagen draußen auf der Terrasse, was im Sommer sehr häufig ist, so eine
225 halbe Stunde am Tag.
- 226 I: Was fehlt dir hier?
- 227 R: Allgemein?
- 228 I: Bezogen auf die Umgebung.
- 229 R: Naja es fehlt vielleicht schon die nähere Einkaufsmöglichkeit, wenn man noch in der
230 Arbeitszeit ist oder man hat eine Pause wo man sich was zu essen holen kann oder
231 vielleicht eine Bäckerei, die im Haus ist. Wir haben schon in der Küche die Möglichkeit uns
232 was zu holen, aber natürlich nicht wo mal frisches Gebäck geholt werden kann oder
233 ähnliches.
- 234 I: Was fehlt aus Sicht der Patienten?
- 235 R: Ich glaub das gleiche. Dass man runter in den Ort fahren muss um eine Tafel Schokolade
236 zu holen sag ich mal oder Alltagsdinge die man jetzt nicht notwendig braucht, aber die man
237 vielleicht auch verschenken möchte oder Zeitschriften in einer größeren Auswahl, es gibt
238 zwar auch einige, aber nur die Standard-Sachen. Oder vielleicht mal ein Eis oder irgendwas
239 in der Richtung. Wir haben schon eine Cafeteria auch wo es Kaffee und Kuchen gibt, aber
240 es fahren halt viele nach Reichenau. Die, die kein Auto haben können zwar irgendwo
241 mitfahren, es gibt immer eine Mitfahrgelegenheit, aber es ist nicht so toll, wenn man halt
242 kein Auto hat.
- 243 I: Welche Veranstaltungen werden hier angeboten?
- 244 R: Es gibt dann noch Veranstaltungen wie, also was nicht zu den sportlichen Angeboten
245 gehört, da gibt's dann noch einen Zauberer der manchmal kommt, ein Sänger, ein
246 Tanzabend wird hier gemacht oder ein Filmabend wo Dokumentationen vorgestellt werden.
247 Sowas findet auch statt.
- 248 I: Wie oft nehmen die Patienten daran teil?
- 249 R: Das kann ich gar nicht beurteilen, weil ich da dann nicht mehr da bin. Aber es wird schon
250 auch gut besucht glaub ich. Aber das kann ich eigentlich nicht beurteilen.

- 251 I: Wald, Wiese oder Parkanlage - argumentiere bitte für deine Lieblingsumgebung?
252 R: Das sind alle drei Plätze wo ich mich gerne befinde. Ich würde jetzt keinen vorziehen,
253 was ich lieber wählen würde, weil jeder Platz seine eigenen Eigenschaften hat. Im Wald ist
254 es schön von der Luft, wenn man alles kombiniert um ein bisschen Abwechslung zu haben,
255 bisschen Wald und bisschen Bäume, bisschen Wiese und dann mit einem Park verbunden,
256 das wäre natürlich optimal (lacht). Aber so würde ich jetzt keines auswählen, wo ich sagen
257 würde „das gefällt mir nicht“ oder „das gefällt mir mehr“.
258 I: Also keine eindeutige Richtung.
259 R: Nein.
260
261 I: Jetzt speziell zu den Trainingstherapieeinheiten im Grünen. Wie schätzt du das
262 therapeutische Potential der Außenflächen?
263 R: Potential hat auf jeden Fall der Motorikpark den wir haben, der ist rechts unten, ich weiß
264 nicht ob du den gesehen hast?
265 I: Ja im vorbeigehen, aber ich werde ihn mir dann noch genau anschauen.
266 R: Er hat nur Potential, wenn das Wetter schön ist und es nicht nass oder rutschig ist, wo
267 auch Gleichgewichtssinn und Sensomotorik trainiert werden kann. Wenn da Patienten
268 Schwierigkeiten haben, dass man da Möglichkeiten im Freien hat. Gleichgewichtsübungen,
269 Wackelbretter gibt es auch für die Patienten, die immer Gangschulung haben oder wo es
270 ein bisschen mehr um Ausdauer geht, das sind die Nordic Walking Gruppen oder leichte
271 Anstiege zu trainieren. Je nachdem wie fit er ist. Um Gruppentherapien zu machen gehen
272 wir manchmal auf die Terrasse. Also da ist schon Potential da, aber es gibt sicher noch
273 mehr Möglichkeiten, wie sagt man (überlegt), wo Patienten noch die Möglichkeit haben um
274 andere Sachen machen zu können. Im Grunde genommen wird schon überlegt, ob noch
275 andere Sachen angeboten werden könnten wie z.B. eine Kletterwand oder so was in der
276 Art. Das wäre halt zusätzlich noch etwas, dass man draußen machen könnte. Dann wurde
277 auch überlegt, also wir haben ja nur den Motorikpark, also unter Anführungszeichen nur
278 den Motorikpark. Da kann schon viel gemacht werden, aber halt nur bei schönem Wetter.
279 I: Wie häufig werden die Außenflächen genutzt? Der Motorikpark z.B.?
280 R: Im Sommer sehr häufig kann man sagen. Jetzt im Winter oder wenn's regnet gar nicht.
281 Im Sommer schon sehr häufig, wenn das Wetter schön ist und es in den Therapieräumen
282 stickig ist, kann man sagen fast täglich.
283 I: Worin gibt's Begrenzungen? Also im Bezug darauf, die Außenflächen therapeutisch zu
284 nutzen?
285 R: Ja es gibt natürlich dann Gefahren die man schon immer mitbetrachten sollte. Sei es
286 jetzt der glatte Boden oder doch wo jetzt [im Winter] viele Steine sind oder die
287 Sonneneinstrahlung und vor allem Gräserallergien. Das darf man auch nicht vergessen, wir
288 haben Lungenpatienten auch und da kann man mit dem nicht rausgehen, wenn der schon
289 eine Heuallergie hat, da würde man ihn überfordern. Das sind Sachen die man auch
290 beachten sollte, ja.
291 I: Meine nächste Frage ist: Wurden bereits Grünflächen aufgeschlossen? Darunter fällt der
292 Motorikpark. Wer entschiedete über diese Aufschließung?
293 R: Die Direktorin und weiter oben dann die Zentrale Dr. Wagner.
294 I: Weißt du wer das hier entschieden hat, den Motorikpark zu errichten?
295 R: Ich glaube der Herr Dr. Wagner auch persönlich, dass der Motorikpark geöffnet wird. Er
296 ist seit 2 Jahren da. Es gibt immer bisschen Schwierigkeiten, weil natürlich alles auch
297 geprüft werden muss.
298 I: Was bedeutet das für die Sicherheit der Patienten?
299 R: Alle Therapien die draußen angeboten werden, liegen natürlich in der Verantwortung
300 des Therapeuten, d.h. der Therapeut muss aufpassen, dass nichts passiert. Das ist bei
301 jeder Wandergruppe so und bei Therapien die draußen durchgeführt werden. Natürlich ist
302 das Risiko draußen bedeutend höher als drinnen. Ja wenn was passiert, es ist auch schon

- 303 passiert, dass sich jemand die Hand gebrochen hat, weil er über eine Wurzel gestolpert ist,
304 dass man weiß wie man Hilfe holt.
- 305 I: Was gibt es den da für Anforderungen, die an die medizinische Notfallversorgung gestellt
306 werden?
- 307 R: Es ist schon notwendig, z.B. bei der Wandergruppe, dass da gewisse Hilfsmaterialien
308 wie ein Erste-Hilfe-Koffer oder ein kleines Päckchen mitgenommen wird, genauso wie das
309 sie wissen was passieren kann und was tut man in so einem Notfall sowie ein telefonische
310 Verbindung immer zum Haus und eine Sauerstoffkontrolle mit einem Pulsoxymeter
311 beispielsweise bei Lungenpatienten, die da immer Probleme haben.
- 312 I: Hältst du die Therapien im Freien ab?
- 313 R: Jetzt nicht mehr, vor meiner Zeit als Therapieleiter schon. [Früher] täglich, da gibt's
314 verschiedene Gruppen und im Sommer bin ich wie gesagt auch selber gern rausgegangen
315 mit den verschiedensten Varianten, wenn es mehr um Ausdauer geht, ein bisschen
316 Treppentherapie mit ein bisschen Anstieg, wie atmet man dann beim bergauf gehen oder
317 auch Gleichgewichtsübungen im Motorikpark. Jetzt weniger.
- 318 I: Wie oft bist du da rausgegangen?
- 319 R: Wenn das Wetter gut war kann man sagen jeden Tag. Ob es mit der Wandergruppe war
320 oder dann mit einem Patienten, fast jeden Tag ja.
- 321 I: Was würdest du sagen, wie ist das Verhältnis zwischen Outdoor- und Indoor-Einheiten?
- 322 R: Das Verhältnis ist schon ein Unterschied. Ich würde sagen 75-80% indoor und 25-30%
323 outdoor.
- 324 I: Wie ist das Verhältnis für dich? Hättest du dir mehr vom einen oder anderen gewünscht?
- 325 R: Naja es ist immer schöner draußen zu arbeiten, aber draußen lässt sich natürlich nicht
326 alles umsetzen. Ich würde es mir gar nicht anders wünschen, weil gewisse Sachen auch
327 umgesetzt werden müssen. Wenn innerhalb der Therapie rausgegangen werden kann,
328 dann ist das schon ein guter Ausgleich.
- 329 I: Worauf achtest du beim Rausgehen oder worin siehst du Probleme?
- 330 R: Probleme sehe ich beim Rausgehen mit mehreren Leuten, dass das Niveau immer sehr
331 unterschiedlich ist. Das man sich dann immer so anpassen muss, dass jeder zufrieden ist,
332 dass keiner irgendwie wegrennt oder das keiner über- oder unterfordert ist. Speziell bei
333 gewissen Übungen, dass der Patient nicht hinterher hängt, dass da niemand in die Ecke
334 gestellt wird sondern auch jeder Patient miteinbezogen wird. Das ist manchmal sehr
335 schwierig, Gruppentherapien sind manchmal bis zu 10 Mann. Der eine hat da die
336 Problematik, der eine beim bergab gehen, der andere beim bergauf gehen, dass man da
337 auch ein Geschick haben muss und dass man die Gruppenführung dann auch ordentlich
338 gestaltet. Da gibt's immer das Problem, dass man sich nicht gut vorbereiten kann, weil man
339 nicht immer alle Patienten kennt und dann muss man selbst entscheiden und hat keine Zeit
340 zum Nachdenken. Aber das lernt man (lacht und erzählt über Geschichten mit Patienten)
- 341 I: Zu den Sicherheitsmaßnahmen: D.h. du hast dein Telefon dabei. Gibt es da einen
342 Umkreis wie weit du dich vom Rehabilitationszentrum entfernen kannst/darfst?
- 343 R: Also das Handy nehme ich nicht mit (zeigt auf sein Arbeitstelefon), der Therapeut der
344 alleine rausgeht, der soll sein eigenes Handy mitnehmen. Heutzutage hat ja jeder schon
345 ein Handy. Für die Gruppen gibt's auch ein Diensthandy das man auch mit rausnehmen
346 kann. Das Problem ist eher, dass es hier Stellen gibt, die kein Netz haben. Also da darf
347 eigentlich nichts passieren, weil da hat man kein Netz - gar nichts. Aber bisher ist noch
348 nichts passiert, sodass man keine Rettung rufen konnte. Wichtig ist dann noch, dass der
349 Therapeut weiß wie er sich verhalten muss.
- 350 I: Welche Einflüsse gibt es hinsichtlich der Erkrankungsbilder?
- 351 R: Auch einen bedeutenden. Der Lungenpatient hat die Schwierigkeit meistens beim
352 bergauf gehen. Und der orthopädische Patient sehr oft beim bergab gehen. Wir haben
353 Gruppen die sind gemischt und das ist manchmal sehr schwierig, weil die Lungenpatienten
354 bergauf hinterher hängen und da sind die orthopädischen dann um Längen vorweg. Wenn
355 man zuerst bergauf geht z.B. und dann beim bergab gehen sind die Lungenpatienten weg,

weil natürlich bergab läuft's dann gut und da können die orthopädischen Patienten dann nicht so schnell gehen, weil Gelenke wehtun und so weiter. Da ist der Unterschied schon sehr groß, aber bei den orthopädischen Patienten ist es auch schon ein Unterschied, je nachdem ob er was mit dem Fuß hat oder mit der Hüfte hat. Da ist auch schon ein Unterschied, welcher beim bergauf und beim bergab gehen noch mal unterschiedlich sein kann.

I: Wie haben die Teilnehmer/innen die Outdoor-Einheit angenommen? Wie war die Beteiligung?

R: Therapien die jetzt outdoor angeboten werden, die werden dazu eingeteilt. D.h. die Patienten entscheiden nicht selber ob sie rausgehen wollen oder nicht, sondern der Therapeut entscheidet das oder wir bei der Einteilung. Es gibt auch nie Negatives, außer wenn sie zu faul sind bei schlechten Wetter rauszugehen. Es gibt sehr viele, die sind einfach faul. Die wollen nicht rausgehen. Wir haben aber den Spruch: „Schlechtes Wetter gibt es nicht, nur schlechte Ausrüstung“. So versuchen wir mit den zwei stärksten Gruppen immer rauszugehen. Auch wenn's schneit oder neblig ist, immer rauszugehen. Und die schwächeren Gruppen, die die wirklich Einschränkungen haben, da werden die Gruppentherapien dann natürlich im Haus durchgeführt.

I: Wie werden die Gruppen eingeteilt?

R: Wir haben zwei gemischte Gruppen, die eine ist die „Einser-Gruppe“, das sind gemischte Patienten, egal ob pulmologisch oder orthopädisch. Die gehen 60min. Dann gibt's eine „Zweier-Gruppe“, die sind ein bisschen schwächer, sind auch noch gemischt. Die gehen 45min und ein bisschen langsamer, da die auch ein bisschen eine Einschränkung haben und nicht ganz so schnell können. Dann gibt's bei der Untergliederung noch eine „Dreier-Gruppe“ für orthopädische Patienten. Die geht eine halbe Stunde. Das sind meistens die, die noch eine Stütze haben, das nennt man dann Nordic Walking, da geht entweder die Hälfte mit und die andere Hälfte ohne Unterarmstützen und die anderen versuchen Nordic Walking Stöcke zu nehmen. Und dann gibt es noch die „Vierer-Gruppe“, das sind nur die pulmologischen Patienten. Die gehen dann auch ein bisschen länger, weil sie dann aber auch langsamer gehen. Dann gibt es noch eine reine Wandergruppe. Das sind dann schon die, wie soll man sagen, das sagen wir normalerweise nicht, aber die ganz ganz ganz ganz von der Leistung limitierten. Die sind dann dauernd mit Stock unterwegs und schaffen vielleicht 80m.

I: Wie war die Stimmung in der Gruppe? Wie würdest du die beschreiben?

R: Meistens immer sehr gut, auch wenn am Anfang bei manchen die Motivation nicht immer so da ist. Aber wenn wir dann gegangen sind, dann sind alle happy, weil's einfach gut tut. Aber sonst immer sehr gut weil jeder freut sich rauszugehen glaub ich, auch wenn's nicht immer gleich ist, aber es freut sich dann immer jeder wenn er dann doch gegangen ist. Das ist meistens nur der innere Schweinehund wo einfach der Kopf sich wehrt vom rausgehen, aber dann, wenn man doch in der Gruppe gegangen ist, dann doch sehr positiv. Auf jeden Fall.

I: Gab es Situationen, in denen es schwierig war? Wie hast du die gelöst? Beschreibe diese Situation?

R: Ja es gab schon mal schwierige Situationen, wo man einen Patienten hatte, den es dann nicht mehr gut ging, weil er doch überfordert war und das ich dann natürlich mit einem Handy angerufen hab, weil ich dann jemanden brauchte der mir einen Rollstuhl bringt, um den Patienten dann wieder zurückzubringen. Das war eine blöde Situation für den Patienten, er war sehr überfordert, hat im Grunde nichts falsch gemacht, aber es war die Gruppe zu stark für ihn. Er hat es dann einfach nicht mehr weiter geschafft. Er war ganz fertig, er musste sich setzen. Es war aber dann kein Problem, innerhalb von 2min war jemand da mit dem Rollstuhl und hat den Patienten dann wieder zurückgebracht.

I: Könntest du bitte eine typische Trainingstherapieeinheit im Freien beschreiben, wie läuft die ab?

R: Ist es schlimm, wenn ich eine Situation von der Nordic Walking Gruppe nehme?

- 409 I: Nein, das kann eine Outdoor-Gruppe deiner Wahl sein.
- 410 R: Also mit einer „Einser-Gruppe“ die wirklich fit sind, mach ich am Anfang
- 411 Erwärmungsübungen im Kreis, wo es hauptsächlich nicht um Dehnung geht, sondern um
- 412 Mobilisation und Erwärmung. Mit der Zeit werden natürlich schon ein paar wichtige
- 413 Informationen über das Nordic Walking auch den Patienten beigebracht, was er beachten
- 414 soll usw. Natürlich kurz die Patienten kennen lernen, ob die das schon mal gemacht haben
- 415 oder ob das alle zum ersten Mal machen, damit man ein bisschen unterscheiden kann,
- 416 wem muss man am Anfang noch ein bisschen mehr helfen und wen kann man schon alleine
- 417 gehen lassen. Das ist natürlich wichtig zu wissen. Dann natürlich mit der Gruppe gehen und
- 418 schauen ob alles passt. Und am Schluss ergibt sich auch nochmal ein Kreis, um vielleicht
- 419 noch ein Spiel zu machen oder eine Dehnungsübung für einen bestimmten Muskel zu
- 420 machen. Und so schließt man dann auch die Gruppe wieder.
- 421 I: Gib es am Rehabilitationszentrum auch noch andere Therapiefelder die Natur oder
- 422 Grünflächen für ihre Therapieeinheiten nutzen? Es gibt ja z.B. in der Ergotherapie die
- 423 Möglichkeit Gartentherapie zu machen.
- 424 R: Nein.
- 425
- 426 I: Gut dann zur Zufriedenheit. Das ist der letzte Abschnitt. Wie zufrieden bist du mit der
- 427 Wahl deines Berufes?
- 428 R: (Überlegt lange) Ich weiß nicht wie ich das richtig beschreibe. Ich bin schon zufrieden
- 429 von der Art wie die Dinge hier aussehen, was ich zu tun habe und mit den Aufgaben, mit
- 430 denen ich hier arbeite. Darum bin ich auch in eine Rehaeinrichtung gegangen, da ich hier
- 431 die Abwechslung habe und darum bin ich auch sehr zufrieden mit der
- 432 physiotherapeutischen Arbeit. Ja die Grundsachen die dann immer mitspielen waren
- 433 überhaupt Arbeit zu finden, was in Deutschland schwierig war. Und mit der Bezahlung und
- 434 so weiter, die in Deutschland ein bisschen schlecht war, wo ich nicht zufrieden bin. Aber ja
- 435 was die Arbeit ausmacht, damit bin ich zufrieden.
- 436 I: Ist die Arbeitspraxis so verlaufen wie du es dir vorgestellt hast?
- 437 R: Ja also eigentlich kann man davon ausgehen, dass im Beruf die Praxis immer etwas
- 438 anders aussieht und dass nicht alles immer gleich funktioniert. Aber auch von der
- 439 Ausbildung her. Ich habe auch in der Ausbildung schon eine Praxis gehabt. Es hat einem
- 440 schon geholfen, wenn man den richtigen Weg gewusst hat.
- 441 I: Gab es während deiner vergangenen Dienstzeit Situationen, in denen du an der
- 442 Entscheidung deiner Berufswahl gezweifelt hast?
- 443 R: Ja. Am Anfang wo es nicht einfach war die richtige Stelle zu finden, das war schon
- 444 schwierig darüber hinweg zu kommen. Es ist schon schwierig die richtige Stelle zu finden,
- 445 wo es dann auch von der Bezahlung her passt, [verglichen mit dem] was man in der
- 446 Ausbildungszeit investiert hat. (Wir reden über die Situation in Deutschland)
- 447 I: Wie zufrieden bist du mit deinem Arbeitsplatz?
- 448 R: (Überlegt) Das ist auch nicht ganz so leicht zu beantworten. Das was Haus-intern
- 449 geschieht das passt sehr gut, das ist alles perfekt. Was von den Mitarbeitern oder den
- 450 Angestellten auch rüberkommt. Alles was uns von der Zentrale vorgegeben wird, das sind
- 451 Arbeitszeiten oder Überstunden oder Sachen von Reparaturen, Bestellungen z.B., damit
- 452 bin ich nicht zufrieden.
- 453 I: Was habt ihr für Arbeitszeiten?
- 454 R: Die Arbeitszeiten sind schon relativ frei wählbar, aber Wochenenddienste sind
- 455 vorgeschrieben, da hat man dann einen Tag frei in der Woche. Das ist immer sehr
- 456 schwierig.
- 457 I: Also 8:00-16:00 Uhr oder?
- 458 R: Genau 8:00-16:00 Uhr, manche Tage gehen ein bisschen länger.
- 459 I: Und dann meine letzte Frage: Würdest du deinen Arbeitgeber weiterempfehlen?
- 460 R: ‚Jein‘. Es gibt sehr viele Dinge die sehr positiv sind, aber auch sehr viele die nicht so
- 461 positiv sind. Für Berufsanfänger ist es sehr gut, weil man sehr viel lernen kann. Für eine

462 dauerhafte Arbeitsstelle würde ich es nicht weiterempfehlen. Es war ein guter Kompromiss
463 für den Anfang, man hat die Gelegenheit sehr viel zu lernen. Aber dauerhaft gesehen tut
464 sich sehr wenig von der Weiterbildung, was einem angeboten wird. Die Bezahlung ist schon
465 relativ niedrig, aber es ist auch sehr schwer was zu finden wo man mehr verdient.
466 I: Dann sag ich herzlichen Dank, dass du dir Zeit genommen hast und ich würde mir gerne
467 noch die Freizeitangebote kopieren.

ANHANG 2

INTERVIEW-LEITFADEN



Interview zur Umsetzung von Trainingstherapien im Grünen an ausgewählten Rehabilitationseinrichtungen Österreichs

LEITFADEN

Ich studiere Sportwissenschaft im Masterstudium an der Universität Wien. Im Zuge meiner Master Thesis beschäftigt mich die Frage, nach der jeweiligen Trainingstherapiegestaltung in den Rehabilitationszentren - insbesondere jene Therapien, die im Freien stattfinden. In diesem Interview geht es um Ihre Erfahrungen dazu, wie die naturnahen Räume rund um Ihr Rehabilitationszentrum gesehen und genutzt werden und welche Relevanz diesen zukommt.

Wenn Sie damit einverstanden sind möchte ich das Interview gerne aufzeichnen. Selbstverständlich werden Ihre Daten anonymisiert.

Bevor wir mit dem Leitfaden-Interview beginnen, noch ein paar Fragen zur Person:

Alter: _____

Geschlecht: _____

Wohnort: _____

Rehabilitationszentrum/Krankenanstalt: _____

Berufsbezeichnung: _____

Ausbildungsstelle: _____

Leitende Tätigkeit: Ja

☐

Nein

☐

Zur Person: Sport- und Naturbezug

- 👉 Treiben Sie Sport? Sind Sie bewegungsaktiv?
Wenn ja, was machen Sie?
In welchem Ausmaß betreiben Sie _____?
- 👉 Seit wann betreiben Sie diese Sportart(en)?
- 👉 In wie weit findet sich Bewegung und Sport im beruflichen Alltag wieder?
Sind Sie auch in Ihrer beruflichen Tätigkeit bewegungsaktiv?
- 👉 Wo betreiben Sie Ihre Sportart üblicherweise? (eher indoor oder outdoor?)
Wie wichtig ist Ihnen Natursport? Welche Rolle spielt die Umgebung dabei?
Wenn Outdoor-Sportarten genannt wurden: Wie oft treiben Sie Sport draußen?
Wo sind Sie da?
- 👉 Naturverbundenheit: Wohnen Sie am Land? Beschreiben Sie Ihre
Wohnumgebung? Was machen Sie in Ihrer Freizeit? Was sind Ihre Hobbys?

Rahmenbedingungen

- 🕒 Seit wann sind Sie hier im Rehabilitationszentrum _____ beschäftigt?
Seit wann gibt es diese Einrichtung hier?
Auf Welche Erkrankungen ist das Rehabilitationszentrum spezialisiert?
- 🕒 Welche Therapiearten/-formen werden hier angeboten?

Wie lange sind die Therapieeinheiten?
Wo finden die Therapieeinheiten statt? Welche Räumlichkeiten stehen für die TT-
Einheiten zur Verfügung?
Wie viel Entscheidungsfreiraum steht den Therapeut/innen für die Gestaltung ihrer
Therapien zur Verfügung? Wer entscheidet über die Therapigestaltung?
- 🕒 Wie eng arbeiten Sie mit anderen Therapiebereichen zusammen?

Findet eine bereichsübergreifende Besprechung statt?
Werden die besprochenen Inhalte umgesetzt?
Was glauben Sie, welchen Mehrwert bringt diese Zusammenarbeit für den/die
Patient/in?

-----> LAGEPLAN <-----

Umgebung und Soziales

- ☼ **Landschaftlich:** Wie würden Sie das Umgebungsfeld des Rehabilitationszentrums beschreiben?
Wo befindet es sich?
Gibt es Grünflächen rund um das Rehabilitationszentrum?
Wenn ja, werden diese für die Patient/innen zugänglich gemacht?
- ☼ **Womit verbringen die Patienten Ihre Freizeit? Welche Angebote gibt es seitens des Rehab-Zentrums?**
Wo befinden sich diese Plätze?
Wann sind Sie dort?
Wie oft sind Sie dort?
- ☼ **Persönliches Empfinden:** Wie gefällt Ihnen die Umgebung Ihres Arbeitsplatzes?
Beschreiben Sie Wohlfühlorte aus Ihrer Sicht! Wo befinden sich diese?
Wann sind Sie dort?
Wie viel Zeit verbringen Sie dort?
Was fehlt Ihnen?
Was fehlt aus Sicht der Patienten?
- ☼ **Welche Veranstaltungen werden hier angeboten?**
Wie oft nehmen Sie daran teil? Was sind Ihre Aufgaben dabei?
Wie oft nehmen die Patienten daran teil? Was sind deren Aufgaben dabei?
- ☼ **Wald, Wiese, Parkanlage - argumentieren Sie für Ihre Lieblingsumgebung?**

Trainingstherapieeinheiten im Grünen

- ☼ **Wie schätzen Sie das Potential für die therapeutische Nutzung der Außenflächen?**
Wie würden Sie das beurteilen?

Worin bestehen Begrenzungen?
Wurden bereits Grünflächen dafür aufgeschlossen? Wer entscheidet über die Aufschließung?
Was würde/Was bedeutet das für die Sicherheit der Patienten? Welche Anforderungen werden dabei an die medizinische Notfallversorgung gestellt?

- ⚙️ Können Sie sich vorstellen eine Trainingstherapieeinheit im Freien abzuhalten?
Oder wenn ja – Beschreiben Sie bitte, wie läuft Ihre typische
Trainingstherapieeinheit im Freien ab?

Wie oft gehen Sie raus? Wovon hängt das ab? Wie ist das Verhältnis zwischen
Indoor- und Outdoor-Einheiten?

Wie ist es für Sie? Hätten Sie sich mehr vom einen oder anderen gewünscht?

Wenn ja, warum?

Worauf achten Sie? Worin sehen Sie Probleme?

Welche Vorgaben sind zu beachten bzw. welche Sicherheitsmaßnahmen sind
einzuhalten?

Welche Einflüsse entstehen dabei hinsichtlich des Erkrankungsbildes/ der
klinischen Abteilung (Innere/ Orthopädische/ Neurologische Erkrankungen)?

Bei bestehendem Outdoor-Therapieprogramm:

- ⚙️ Wie haben die Teilnehmer/innen die Outdoor-Einheit angenommen? Wie war die
Beteiligung?
Wie war die allgemeine Stimmung in der Gruppe? Wie würden Sie diese
beschreiben?
Gab es Situationen, in denen es schwierig war? Wie wurde das gelöst?
Beschreiben Sie diese Situation!
- ⚙️ Gibt es am Rehabilitationszentrum auch noch andere Therapiefelder, die Natur
oder Grünflächen für Ihre Therapieeinheiten nutzen?

Zufriedenheit

- 😊 Wie zufrieden sind Sie mit der Wahl Ihres Berufs?
Ist die Arbeitspraxis so verlaufen, wie Sie es sich vorgestellt haben?
- 😊 Gab es während der vergangenen Dienstzeit Situationen, in denen Sie an der
Entscheidung ihrer Berufswahl, zweifelten?
- 😊 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Arbeitsplatz?
Gab es vor _____ auch noch andere Arbeitsplatzoptionen oder
Alternativinstitutionen? Wenn ja, welche?
- 😊 Würden Sie Ihren Arbeitgeber weiterempfehlen?

ERKLÄRUNG

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die Arbeit selbständig angefertigt, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und alle aus ungedruckten Quellen, gedruckter Literatur oder aus dem Internet im Wortlaut oder im wesentlichen Inhalt übernommenen Formulierungen und Konzepte gemäß den Richtlinien wissenschaftlicher Arbeiten zitiert, durch Fußnoten gekennzeichnet bzw. mit genauer Quellenangabe kenntlich gemacht habe. Diese schriftliche Arbeit wurde noch an keiner anderen Stelle vorgelegt.

Datum

Unterschrift