

**Bachelor-Arbeit**

Ausbildungsgang Sozialpädagogik

Kurs BB 2015-2019

**Christine Vögeli**

**Unabhängige Lebensführung durch körperliche Aktivität?**

**Die Bedeutung regelmässiger körperlicher Aktivität für die Förderung der  
unabhängigen Lebensführung – konkrete Handlungsansätze für die sozialpädagogische  
Praxis in sozialpsychiatrischen Institutionen**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2019 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialpädagogik**.

---

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

---

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

---

Reg. Nr.:

---

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem  
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag  
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>  
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California  
95105, USA.

#### Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle  
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



**Teilen** — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten  
Zu den folgenden Bedingungen:



**Namensnennung** — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur  
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder  
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber  
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



**Nicht kommerziell** — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



**Keine Bearbeitungen** — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt  
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.  
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,  
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers  
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

## **Vorwort der Schulleitung**

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialpädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2019

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Leitung Bachelor

## **Abstract**

In der Schweiz gibt es mehr als 300 Institutionen, die Menschen mit einer psychischen Erkrankung begleiten und unterstützen. Häufige Folgen einer psychischen Erkrankung sind neben geringer sozialer Unterstützung, Stigmatisierung, Einsamkeit und Begleiterkrankungen durch Psychopharmaka, oft auch ein tiefes Vitalitäts- und Aktivitätsniveau. Die Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen verfolgt in erster Linie das Ziel der sozialen Teilhabe der Klientel. Dieses Ziel findet sich in Art. 19 „Unabhängige Lebensführung“ der UN-Behindertenrechtskonvention wieder. Neben der gesellschaftlichen Teilhabe sind es die Selbstbestimmung und die Kontrollüberzeugung, die eine unabhängige Lebensführung ausmachen. Die Autorin Christine Vögeli geht der Frage nach, ob und wie regelmässige körperliche Aktivität zur Förderung der unabhängigen Lebensführung erwachsener Menschen in sozialpsychiatrischen Institutionen beitragen kann und welche Handlungsansätze für die sozialpädagogischen Fachpersonen daraus entstehen. Die Literaturrecherchen zeigen, dass sich regelmässige körperliche Aktivität förderlich auf die Faktoren der unabhängigen Lebensführung der Klientel auswirkt. Die Orientierung am Motivations-Volitions-Modell, die Motivierende Gesprächsführung als Haltung der Fachpersonen und die Inanspruchnahme bereits vorhandener Bewegungsangebote von PluSport sind einige Möglichkeiten zur Integration der körperlichen Aktivität in den Institutionsalltag. Bewegungs- und körperorientierte Sozialpädagogik steht noch in den Anfängen und muss sich in Zukunft weiter etablieren können, weil Körper und Psyche nicht getrennt voneinander betrachtet werden können.

# Inhaltsverzeichnis

Abstract .....	i
Abbildungsverzeichnis .....	iv
Tabellenverzeichnis .....	iv
Danksagung .....	1
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1 Ausgangslage .....	1
1.2 Berufsrelevanz und Motivation .....	3
1.3 Zielsetzung und Adressatenschaft .....	4
1.4 Abgrenzung .....	4
1.5 Fragestellungen .....	5
1.6 Aufbau der Arbeit .....	5
<b>2 Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen .....</b>	<b>7</b>
2.1 Definition und Aufgabenbereiche der Sozialpädagogik .....	7
2.2 Definition Sozialpsychiatrie .....	7
2.3 Sozialpsychiatrische Institutionen und deren Klientel .....	8
2.4 Aufgaben der Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen .....	9
2.5 Wesentliche Erkenntnisse .....	10
<b>3 Unabhängige Lebensführung .....</b>	<b>11</b>
3.1 Begrifflichkeiten .....	12
3.2 Zahlen und Fakten .....	12
3.3 UN-Behindertenrechtskonvention .....	13
3.3.1 Zweck .....	13
3.3.2 Unabhängige Lebensführung in der Behindertenrechtskonvention .....	14
3.3.3 Umsetzung Art. 19 BRK in der Schweiz – Stand 2017 .....	15
3.3.4 Auftrag der Sozialpädagogik .....	16
3.4 Wesentliche Erkenntnisse .....	16
<b>4 Psychische Gesundheit und die Herausforderungen einer psychischen Erkrankung .....</b>	<b>18</b>
4.1 Definition Psychische Gesundheit .....	18
4.2 Zwei Gesundheitsmodelle .....	18
4.2.1 Salutogenese nach Aaron Antonovsky .....	19
4.2.2 Das biopsychosoziale Modell .....	20
4.3 Psychische Gesundheit in der Schweiz .....	22
4.4 Psychische Erkrankung und ihre Folgen .....	23
4.4.1 Folgen einer psychischen Erkrankung für die unabhängige Lebensführung .....	26
4.5 Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung .....	27

4.5.1	Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.....	27
4.5.2	Sozialpädagogik und Gesundheitsförderung.....	28
4.6	Faktoren und Massnahmen zur Förderung des psychischen Wohlbefindens .....	28
4.7	Wesentliche Erkenntnisse .....	31
<b>5</b>	<b>Körperliche Aktivität und ihre Bedeutung für die unabhängige Lebensführung .....</b>	<b>33</b>
5.1	Definition Körperliche Aktivität.....	33
5.2	Körperliche Aktivität in der Schweiz.....	34
5.3	Bedeutung der körperlichen Aktivität für die Sozialpädagogik.....	36
5.4	Regelmässige körperliche Aktivität als Herausforderung für Menschen in sozialpsychiatrischen Institutionen .....	38
5.5	Einfluss von regelmässiger körperlicher Aktivität auf die unabhängige Lebensführung .....	38
5.5.1	Das Konzept der Selbstwirksamkeit .....	40
5.5.2	Selbstwirksamkeit durch regelmässige körperliche Aktivität .....	41
5.6	Das Systemische Anforderungs-Ressourcenmodell .....	42
5.7	Selbstwirksamkeit durch körperliche Aktivität gemäss Kinaesthetics .....	43
5.8	Der bewegte Körper als Ressource .....	44
5.9	Wesentliche Erkenntnisse .....	44
<b>6</b>	<b>Integration von regelmässiger körperlicher Aktivität in den sozialpsychiatrischen Institutionsalltag.....</b>	<b>46</b>
6.1	Fachwissen über Einfluss von regelmässiger körperlicher Aktivität auf die unabhängige Lebensführung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung.....	47
6.2	Unterstützung der Klientel in der nachhaltigen Veränderung des Aktivitätsverhaltens .....	47
6.2.1	Gewährleistung der Selbstkonkordanz .....	48
6.2.2	Motivierende Gesprächsführung zur Förderung der Verhaltensänderung .....	49
6.3	Bewegungs- und körperorientierte Sozialpädagogik .....	51
6.3.1	Freizeitgestaltung mit PluSport .....	52
6.3.2	Körperliche Aktivität als einer von zehn Schritten zur psychischen Gesundheit .....	53
6.4	Mögliche Herausforderungen und Grenzen.....	54
6.5	Wesentliche Erkenntnisse .....	55
<b>7</b>	<b>Schlussfolgerungen .....</b>	<b>60</b>
<b>8</b>	<b>Ausblick .....</b>	<b>65</b>
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>67</b>
<b>10</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>73</b>
10.1	Spezialbroschüre «Psychische Störungen» .....	73
10.2	«10 Schritte für deine psychische Gesundheit».....	85

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Aufbau der Arbeit .....	6
<b>Abbildung 2:</b> Kapitel 1-2.....	11
<b>Abbildung 3:</b> Kontrollüberzeugung, nach psychischer Belastung sowie psychische Belastung, nach Kontrollüberzeugung, 2012.....	13
<b>Abbildung 4:</b> Kapitel 1-3.....	17
<b>Abbildung 5:</b> G.L. Engels, originäres biopsychosoziales Modell .....	21
<b>Abbildung 6:</b> Energie und Vitalität, nach selbst wahrgenommener Gesundheit, Kontrollüberzeugung und sozialer Unterstützung .....	23
<b>Abbildung 7:</b> Geringe soziale Unterstützung, nach psychischer Belastung sowie mittlere bis starke psychische Belastung, nach sozialer Unterstützung, 2012 .....	25
<b>Abbildung 8:</b> Körperliche Beschwerden, nach psychischer Belastung und Depressivität, 2012 .....	26
<b>Abbildung 9:</b> Faktoren, die für das psychische Wohlbefinden besonders wichtig sind .....	29
<b>Abbildung 10:</b> Kapitel 1-4.....	32
<b>Abbildung 11:</b> Gesundheitszustand nach körperlicher Aktivität .....	35
<b>Abbildung 12:</b> Psychische Gesundheit nach körperlicher Aktivität .....	35
<b>Abbildung 13:</b> Kapitel 1-5.....	46
<b>Abbildung 14:</b> MoVo-Prozessmodell .....	48
<b>Abbildung 15:</b> Kapitel 1-6.....	59
<b>Abbildung 16:</b> Kapitel 1-7.....	64
<b>Abbildung 17:</b> Kapitel 1-8.....	66

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Kernaussagen des MoVo-Modells, der Selbstkonkordanz und der Motivierenden Gesprächsführung .....	55
<b>Tabelle 2:</b> Möglichkeiten zur Integration der regelmässigen körperlichen Aktivität in den sozialpsychiatrischen Institutionsalltag.....	57

## Danksagung

Am Entstehungsprozess der vorliegenden Arbeit waren verschiedene Personen beteiligt, denen ich meinen Dank aussprechen möchte. Für die Unterstützung in der Anfangsphase während des Kolloquiums möchte ich mich herzlich bei Ursula Leuthold der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit bedanken. Weiter bin ich dankbar für den regelmässigen und bereichernden Austausch mit meinen Kommilitoninnen und Kommilitonen. Der grösste Dank geht an Katrin Hofer. Ihr grosses Fachwissen im Bereich wissenschaftliches Arbeiten, die bereichernden Rückmeldungen nach dem Korrekturlesen, sowie die ständige Möglichkeit mich mit Fragen oder Unsicherheiten an sie zu wenden, stellten die grösste Unterstützung im Gesamtprozess dar. Vielen Dank dafür.

## 1 Einleitung

In welchem Zusammenhang stehen die psychische Gesundheit und die körperliche Aktivität? Was hat dieser Zusammenhang mit der selbstbestimmten Lebensführung einer Person in einer sozialpsychiatrischen Institution zu tun? Weshalb soll und wie kann die Sozialpädagogik die körperliche Aktivität ihrer Klientel in den Alltag integrieren, um sie in ihrer Selbstwirksamkeit und Unabhängigkeit zu unterstützen? Mit diesen und weiteren Fragen beschäftigt sich die vorliegende Arbeit.

Die folgenden einleitenden Kapitel zeigen in einem ersten Schritt die Ausgangssituation der einzelnen Themenschwerpunkte, sowie deren Zusammenhänge untereinander auf. Die Motivation der Autorin und die Berufsrelevanz beschreiben, welche Bedeutung die Inhalte der vorliegenden Arbeit für die Autorin und für die Sozialpädagogik haben. Kernelemente dieser Einleitung stellen die Zielsetzung, die Fragestellungen und der Aufbau der Arbeit dar.

### 1.1 Ausgangslage

Die psychische Gesundheit stellt laut Chantale Bürli, Fabienne Amstad, Margreet Duetz Schmucki und Daniela Schibli (2015) einen wesentlichen Faktor für das subjektiv empfundene Wohlbefinden und das Mass an Lebensqualität einer Person dar. Psychische Erkrankungen sind in der Schweiz stark verbreitet (S. 8). Studien zeigen auf, dass beinahe jede zweite Person mindestens einmal in ihrem Leben mit einer psychischen Erkrankung konfrontiert wird (Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Nathalie Buscher & Paul Camenzind, 2016, S. 11). Gemäss Nationalem Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Behinderung INSOS (ohne Datum) gibt es in der Schweiz 352 Institutionen, welche Menschen mit einer psychischen Erkrankung begleiten

und unterstützen. Solche sozialpsychiatrischen Institutionen stellen einen von vielen Aufgabenbereichen für die Soziale Arbeit dar.

Psychische Erkrankungen haben Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche. Geringe soziale Unterstützung, Einsamkeit, Stigmatisierung, Begleiterkrankungen durch Psychopharmaka, aber auch körperliche Beschwerden und ein geringes Aktivitäts- und Vitalitätsniveau sind häufige Folgen, von denen die Menschen betroffen sind (Schuler et al., 2016, S. 12-13). Dies deckt sich mit den Beobachtungen der Autorin während des Praxisalltags als Sozialpädagogin in Ausbildung innerhalb einer sozialpsychiatrischen Institution. Auffällig waren die geringe Ausdauer auf gemeinsamen Spaziergängen, der kleine Bewegungsradius der Klientel, sowie die Einschränkung bei Alltagsaktivitäten aufgrund fehlender Koordination und Übergewicht, was die Abhängigkeit zu den Fachpersonen der Sozialpädagogik verstärkte. Anne Lützenkirchen (2016) verpflichtet die Soziale Arbeit dazu, genau diesen körperlichen Faktoren, welche die Menschen an ihrer Selbstbestimmung und Unabhängigkeit hindern, entgegenzuwirken (S. 60). Auch Marianne Eisenburg (2015) ist überzeugt, dass sich Körper und Psyche gegenseitig beeinflussen und nicht getrennt voneinander betrachtet werden können (S. 257). Das Bundesamt für Statistik BFS (2014) zeigt auf, dass Menschen mit einem inaktiven Lebensstil wesentlich öfter von einem schlechten psychischen Gesundheitszustand und einer tiefen Kontrollüberzeugung betroffen sind als aktivere Menschen (S. 3-4).

Die Sozialpädagogik als Teilbereich der Sozialen Arbeit orientiert sich an den Handlungsmaximen und Grundprinzipien, welche im Berufskodex von Avenir Social (2010) enthalten sind. Auch internationale Abkommen, wie die Europäische Menschenrechtskonvention, die Kinderrechtskonvention oder die Behindertenrechtskonvention formulieren Aufträge für die Sozialpädagogik. Im Jahr 2014 ist für die Schweiz das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006, SR 0.109, kurz BRK, in Kraft getreten. In Art. 19 BRK ist das Recht auf eine selbstbestimmte und unabhängige Lebensführung von Menschen mit einer Beeinträchtigung verankert. Neben Massnahmen auf politischer Ebene, kann und muss auch die Sozialpädagogik auf Klientenebene zur Förderung der unabhängigen Lebensführung der Betroffenen beitragen.

Die Autorin geht in der vorliegenden Arbeit der Frage nach, ob und wie ein körperlich aktiver Lebensstil wesentlich zur Förderung der unabhängigen Lebensführung erwachsener Menschen in sozialpsychiatrischen Institutionen beitragen kann und welche Schlussfolgerungen für die sozialpädagogischen Fachpersonen daraus resultieren.

## 1.2 Berufsrelevanz und Motivation

Ausschlaggebend für die Themenwahl war die berufsalitägliche Auseinandersetzung der Autorin als Sozialpädagogin in Ausbildung mit der Klientel innerhalb einer sozialpsychiatrischen Institution. Verschiedene Zustände wurden als auffällig wahrgenommen. Die Mehrheit der Klientel wiesen konditionelle und koordinative Einschränkungen beim Ausüben von alltäglichen Haushaltsaufgaben oder bei gemeinsamen Spaziergängen auf. Zusätzlich dazu fiel auf, dass viele Betroffene das Haus nur für die notwendigsten Erledigungen verlassen und ansonsten sehr isoliert leben. Zudem fanden die meisten Tagesbeschäftigungsangebote für die Betroffenen innerhalb des Wohnhauses statt.

Die zweite Problematik zeigte sich der Autorin im geringen Unabhängigkeitsgrad der Klientel. Das Team um die Autorin herum stellte fest, dass den Betroffenen innerhalb der Institution täglich viel Verantwortung abgenommen wird. Vermehrt Verantwortung an die Klientel abzugeben und sie somit auf ihrem Weg zur grösstmöglichen Unabhängigkeit bezüglich Lebensführung zu unterstützen, stellte ein Ziel für das gesamte Team dar. Die Autorin konnte bei denjenigen Betroffenen mit einem hohen Aktivitätsniveau im Alltag eine grössere Unabhängigkeit in deren Alltagsbewältigung feststellen, als bei den Betroffenen mit niedrigem Aktivitätsniveau. Daraus entstand für die Autorin mit bewegungs- und tanzpädagogischem Hintergrund die Motivation, die körperliche Aktivität mit der unabhängigen Lebensführung in Verbindung zu bringen und allfällige Wechselwirkungen zu prüfen.

Laut Avenir Social (2010) ist die Soziale Arbeit dafür verantwortlich, Betroffene so zu unterstützen und ermächtigen, dass sie unabhängiger werden, auch von der Sozialen Arbeit (S. 6). Auch im Art. 19 des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006, SR 0.109, wird festgehalten, dass Massnahmen getroffen werden müssen, welche die unabhängige Lebensführung und die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit einer Beeinträchtigung fördern. Art. 24 Abs. 1 lit. b des Übereinkommens verpflichtet unter anderem dazu, die Arbeit mit Menschen mit einer Beeinträchtigung so zu gestalten, dass sich ihre körperlichen Fähigkeiten gänzlich entfalten können. Dieser Entfaltung der körperlichen Fähigkeiten wird aus Sicht der Autorin in sozialpsychiatrischen Institutionen zu wenig Wichtigkeit verliehen. Gemäss Josef W. Egger (2005) stellt das biopsychosoziale Krankheitsmodell eine der wesentlichsten Ausführungen für den Zusammenhang zwischen Körper und Geist dar (S. 4). Demnach beeinflussen sich die biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren eines Menschen gegenseitig und können nicht isoliert voneinander betrachtet werden (Egger, 2005, S. 5). Wenn die Soziale Arbeit ihrem Anspruch, den Menschen ganzheitlich zu betrachten, gerecht

werden will, darf sie die körperlichen Faktoren und Fähigkeiten ihrer Klientel nicht ausser Acht lassen.

### 1.3 Zielsetzung und Adressatenschaft

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es einerseits, dass die Fachpersonen der Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen für die Wichtigkeit von regelmässiger körperlicher Aktivität der Klientel sensibilisiert sind. Sie erkennen, dass regelmässige körperliche Aktivität einen wesentlichen Einfluss auf die unabhängige Lebensführung der Betroffenen hat. Sie betrachten ihre Klientel ganzheitlich und beziehen die physiologischen Aspekte genauso wie die psychologischen und sozialen Aspekte in den Berufsalltag ein. Die Fachpersonen der Sozialpädagogik kennen Möglichkeiten und Methoden zur Förderung der körperlichen Aktivität ihrer Klientel.

### 1.4 Abgrenzung

Die vorliegende Arbeit grenzt sich von allen bewegungs- und sporttherapeutischen Methoden ab. Die Ausbildung in Sozialer Arbeit befähigt nicht zu therapeutischem Arbeiten und die erläuterte körperliche Aktivität soll in keinem Zusammenhang zu therapeutischen Massnahmen gestellt werden.

Eine weitere Eingrenzung wird bei der Klientel gemacht. Die Inhalte der Arbeit beziehen sich auf Menschen ohne schwere körperliche Beeinträchtigungen, jedoch mit psychischen Beeinträchtigungen. Bei der Art der psychischen Beeinträchtigung wird keine Abgrenzung gemacht. Einerseits soll den medizinischen Diagnosen nicht so viel Wichtigkeit zugetragen werden und andererseits besteht zu wenig Literatur, um eine Differenzierung zwischen den einzelnen psychiatrischen Diagnosen vorzunehmen. Die Arbeit schliesst Menschen in akuten Psychosen und während stationären psychiatrischen Hospitationen aus, da während dieser Phasen mehrheitlich Fachpersonen aus den Bereichen Medizin und Pflege für die Patientinnen und Patienten zuständig sind.

Es wird davon ausgegangen, dass sich die Betroffenen im IV-Alter, also zwischen 18 und 65 Jahren befinden. Somit werden Kinder und Jugendliche, sowie Menschen im AHV-Alter nicht einbezogen. Die vorliegende Arbeit möchte eine wichtige Forschungslücke schliessen, da der bisherige Fachdiskurs sich fast ausschliesslich auf Kinder und Jugendliche oder auf ältere Menschen bezieht. Ein weiterer Grund für die Eingrenzung auf diese Altersgruppe liegt darin,

dass die Autorin ihre Arbeitserfahrungen im sozialpsychiatrischen Kontext mit Klientel im IV-Alter gesammelt hat.

Für den Begriff der unabhängigen Lebensführung wird konkret die Definition der UN-Behindertenrechtskonvention verwendet. Es wird jedoch auch mit Synonymen des Begriffs der unabhängigen Lebensführung gearbeitet. Dazu gehören die Kontrollüberzeugung sowie die selbstbestimmte Lebensführung.

## 1.5 Fragestellungen

Aufbauend auf der Ausgangslage und den formulierten Zielen, ergeben sich folgende begleitenden Fragestellungen:

**1) Welchen Auftrag hat die Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen?**

**2) Was wird unter unabhängiger Lebensführung verstanden?**

**3) Was bedeutet körperliche Aktivität und welche Auswirkungen hat sie auf die unabhängige Lebensführung?**

**4) Wie können die Fachpersonen der Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen zur Förderung der körperlichen Aktivität ihrer Klientel beitragen?**

## 1.6 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit ist in acht Kapitel unterteilt. Das erste Kapitel stellt die Herleitung zum Thema und den Fragestellungen dar. Im zweiten Kapitel werden die Aufgabenbereiche der Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen ausgeführt, was die erste Fragestellung beantwortet. In Kapitel drei wird die unabhängige Lebensführung gemäss Art. 19 BRK und der daraus entstehende Auftrag für die Sozialpädagogik erläutert. An dieser Stelle findet die Beantwortung der zweiten Fragestellung statt. Das vierte Kapitel beantwortet keine der vier Fragestellungen. Es beschreibt jedoch die Besonderheiten der Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung und bietet wichtige Begriffsdefinitionen zum Gesundheitsbegriff. Kapitel fünf widmet sich der körperlichen Aktivität und deren Einfluss auf die unabhängige Lebensführung, was die dritte Fragestellung beantwortet. Im sechsten Kapitel werden die Handlungsmöglichkeiten für die sozialpädagogische Praxis aufgezeigt und auf die vierte und letzte Fragestellung eingegangen. Kapitel sieben beinhaltet die Schlussfolgerungen, indem die Beantwortungen der vier Fragestellungen nochmals zusammengefasst aufgeführt werden. Kapitel acht bildet das letzte

Kapitel. Es beinhaltet einen Blick in die Zukunft bezüglich der in der vorliegenden Arbeit beinhalteten Themen.

Für einen Gesamtüberblick über die einzelnen Kapitel der vorliegenden Arbeit wird der Ablauf in Abbildung 1 visualisiert.

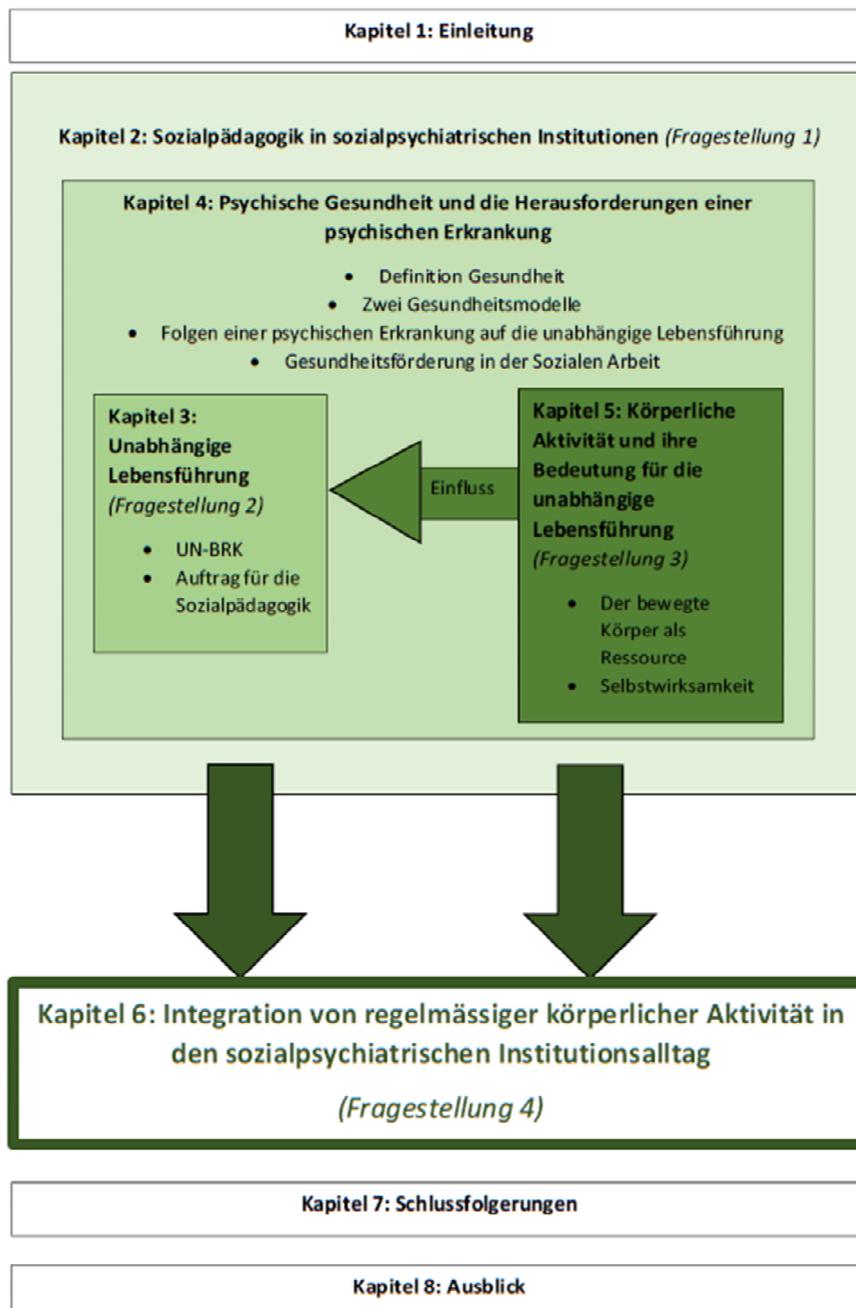


Abbildung 1: Aufbau der Arbeit (eigene Darstellung)

## 2 Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen

In den folgenden Kapiteln wird aufgezeigt, welche Aufgaben der Sozialpädagogik im sozialpsychiatrischen Kontext zukommen und was die Besonderheiten von sozialpsychiatrischen Institutionen sind. Diese Erläuterung dient dazu, einen Eindruck des Praxisalltags von Fachpersonen der Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen zu erhalten, welche die Adressatenschaft der vorliegenden Arbeit darstellen.

### 2.1 Definition und Aufgabenbereiche der Sozialpädagogik

Die Sozialpädagogik bildet neben der Sozialarbeit und der Soziokulturellen Animation einen von drei Teilbereichen der Sozialen Arbeit. In Deutschland und Österreich wird die Sozialpädagogik anders definiert als in der Schweiz. Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf Begriffsdefinitionen aus der Schweiz. Gemäss der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit (ohne Datum) bietet die Sozialpädagogik Unterstützung in der Alltagsbewältigung. Fachpersonen der Sozialpädagogik arbeiten oft in sozial- und sonderpädagogischen Einrichtungen, in betreuten Wohnangeboten, im psychiatrischen Kontext, der Familienbegleitung oder mit Kleinkindern im Bereich der Frühförderung. Dabei werden Menschen mit herausfordernden Lebensumständen bei der Bewältigung von Alltagstätigkeiten unterstützt und begleitet. Der Berufskodex von Avenir Social (2010) definiert die grundlegenden Prinzipien und Handlungsmaximen für die Soziale Arbeit, welche auch für die Sozialpädagogik unabhängig von Aufgabenbereich und Klientel gültig sind.

### 2.2 Definition Sozialpsychiatrie

Gemäss Dominik Gruber, Martin Böhm, Marlene Wallner und Gernot Koren (2018) betrachtet die Sozialpsychiatrie die sozialen Faktoren, welche mit psychischen Erkrankungen in Verbindung stehen. Zu dieser Betrachtung gehören nicht nur diejenigen Faktoren, die in einem direkten Zusammenhang mit der Entstehung psychischer Krankheiten stehen. Auch Prävention, Gesundheitsförderung, verschiedene Therapie- und Behandlungsmethoden, das gesamte Versorgungsnetz, sowie die gegebenen Rahmenbedingungen, mit denen die Menschen bezüglich psychischer Erkrankung konfrontiert sind, gehören zum Begriff der Sozialpsychiatrie (S. 6). Gruber et al. (2018) teilen die Disziplin Sozialpsychiatrie in drei Dimensionen ein: Sozialpsychiatrie als wissenschaftliche Disziplin, Sozialpsychiatrie als politisch-normativer Standpunkt und Sozialpsychiatrie als therapeutische und unterstützende Praxis (ebd.). Die Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (ohne Datum) bezeichnet die Sozialpsychiatrie nicht als Spezialgebiet, sondern geht von einem biopsychosozialen Modell aus. Sie beschreibt die Wichtigkeit der Lebenswelt-, Netzwerk- und Subjektorientierung.

Ruth Steiner (2012) beschreibt, wie der Fachbereich der Sozialpsychiatrie entstanden ist. In den 1960er Jahren wurden die menschenunwürdigen Zustände in den psychiatrischen Kliniken in Europa stark kritisiert. Menschen mit einer psychischen Erkrankung wurden bis anhin aus der Gesellschaft ausgeschlossen und in abgelegenen psychiatrischen Kliniken medikamentös behandelt. Die Protestierenden forderten mehr Selbstbestimmung und den Einbezug der sozialen Faktoren für die psychische Gesundheit der Betroffenen. Die Menschen waren überzeugt, dass sich psychische Erkrankungen nur in Interaktionen mit anderen Menschen entwickeln und zeigen. So ist es naheliegend, dass eine Genesung in Form einer psychosozialen Wiedereingliederung auch nur in sozialen Settings stattfinden kann. Die Sozialpsychiatrie hatte und hat einen Paradigmenwechsel zum Ziel. Weg von der rein medizinischen, hin zur biopsychosozialen Versorgung. Somit wurde die Begleitung und Unterstützung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu einem Tätigkeitsbereich der Sozialen Arbeit (S. 10-11).

### 2.3 Sozialpsychiatrische Institutionen und deren Klientel

Der Nationale Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Beeinträchtigung INSOS (ohne Datum) zeigt auf, dass es in der Schweiz insgesamt 352 Institutionen gibt, die Menschen mit einer psychischen Erkrankung begleiten und unterstützen. Gemäss Daniela Schuler und Laila Burla (2012) kann eine sozialpsychiatrische Institution dem Bereich der sozialmedizinischen Institutionen zugeordnet werden. Andere Teilbereiche sind Alters- und Pflegeheime, Institutionen für Menschen mit einer geistigen Behinderung, sowie Institutionen für Menschen mit einer Suchterkrankung (S. 50). Es kann in stationäre, teilstationäre, ambulante und aufsuchende Fachbereiche unterteilt werden. Somit gehören unter anderem Tageskliniken, Anlauf- und Beratungsstellen, begleitete Wohnangebote, Angehörigenarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Gruppenangebote und sozialpsychiatrische Dienste zu den Angeboten sozialpsychiatrischer Institutionen (Steiner, 2012, S. 12). Gemäss INSOS (2012) nehmen Menschen mit psychischen Langzeitbeeinträchtigungen und Menschen mit temporären psychischen Krisen, die Angebote von sozialpsychiatrischen Institutionen in Anspruch. Weiter beschreibt der Branchenverband, dass Besonderheiten in der Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung nicht einfach zu definieren sind, da die verschiedenen psychischen Krankheitsbilder eine grosse Bandbreite an Symptomen und Herausforderungen beinhalten. Diese Ausgangslage fordert von den Fachpersonen in sozialpsychiatrischen Institutionen eine stetige Weiterentwicklung der Profession im genannten Bereich (S. 1). Dennoch können einige Eigenschaften der Zielgruppe genannt werden. Menschen in sozialpsychiatrischen Institutionen zeigen in ihren Biografien oft eine gewisse Instabilität bezüglich ihrer Befindlichkeit auf. Weiter zeichnen sie sich durch ein hohes Mass an Sensibilität und Kreativität, sowie einem Bedürfnis

nach Strukturen, Verbindlichkeit, Mit- und Selbstbestimmung, sowie einem starken Willen nach gesellschaftlicher Integration aus. Aufgrund erfahrener Beziehungsabbrüche sehen sie in einer funktionierenden und auf Vertrauen basierenden Beziehung eine grosse Wichtigkeit. Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind oft betroffen von gesellschaftlicher Stigmatisierung. Ihre Beeinträchtigung ist für die meisten Menschen nicht sichtbar. Dies wiederum sorgt in vielen Fällen dafür, dass Betroffene ihre Beeinträchtigung versuchen zu verheimlichen und sich aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen. Diese Eigenschaften verlangen von sozialpsychiatrischen Institutionen ein auf das Individuum abgestimmtes Angebot der institutionellen Leistungen (S. 2).

#### 2.4 Aufgaben der Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen

Die Sozialpädagogik hat laut Steiner (2012) den Auftrag die biopsychosozialen Bedürfnisse der Klientel in den Mittelpunkt des Unterstützungsprozesses zu stellen. Dieser biopsychosozialen Ausrichtung liegt die Systemtheorie zu Grunde. Dabei haben die Wechselwirkungen zwischen den körperlichen, sozialen und psychischen Aspekten eines Menschen eine wesentliche Bedeutung. Das biopsychosoziale Modell wird in Kapitel 4.2.2 genauer ausgeführt.

Zur sozialpsychiatrischen Arbeit können vier Unterstützungsformen gezählt werden:

1. Ressourcen erschliessen durch Beratung
2. Leiden erleichtern durch Begleitung
3. Unterstützung geben durch Anleitung
4. Veränderungen fördern durch Therapie

Ziele der Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Settings sind die Förderung der sozialen Teilhabe sowie der gesellschaftlichen Integration von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Zur Zielerreichung können verschiedene Konzepte unterstützend sein. Die Sozialpädagogik orientiert sich immer am Individuum und bezieht in jedem Fall die Lebenswelt der Klientel in die Arbeit ein. Somit arbeitet die Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen immer mit dem Spannungsfeld der Ansprüche des Individuums und derjenigen der Gesellschaft (S. 11-12). Gesellschaftliche Strukturveränderungen und Veränderungen in den medizinischen Diagnoseverfahren zwingen die Sozialpsychiatrie zu einer ständigen Weiterentwicklung. Für Menschen mit einer Schizophrenie-Diagnose gibt es ein breites Angebot in sozialpsychiatrischen Institutionen. Für Menschen mit anderen Diagnosen fehlt es oft an adäquaten Unterstützungsangeboten.

Ausserdem wird eine Veränderung in der Altersstruktur der Klientel erwartet und teilweise schon festgestellt. Die Sozialpädagogik wird demnach vermehrt mit ganz jungen Erwachsenen und älteren Menschen innerhalb der sozialpsychiatrischen Institutionen arbeiten. All diese Veränderungen verlangen andere Rehabilitationsziele für die Klientel. Nicht die Fähigkeit einer Arbeit nachgehen zu können steht an erster Stelle. Zuvor sollen Aspekte wie Lebensqualität und Zufriedenheit gefördert werden. Die Legitimation dieser Haltung liegt in der Annahme, dass bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung zuerst die inneren Prozesse stabilisiert werden müssen, bevor äussere Faktoren wie beispielsweise die Arbeitsintegration erarbeitet werden können. Darin liegt der Kern der sozialpädagogischen Arbeit in sozialpsychiatrischen Settings. Die Sozialpädagogik muss in Zukunft innovativ denken. Es werden ständig neue Konzepte gefragt sein, um mit der Komplexität und den Zusammenhängen der Beeinträchtigungsfaktoren adäquat umgehen zu können (Steiner, 2012, S. 13).

## 2.5 Wesentliche Erkenntnisse

Durch die letzten Kapitel konnte die erste Fragestellung beantwortet werden:  
**Welchen Auftrag hat die Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen?**

In der Schweiz gibt es mehr als 300 Institutionen, die in einem stationären, teilstationären oder ambulanten Rahmen Dienstleistungen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung anbieten. Wie in anderen Fachbereichen auch, bietet die Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen Begleitung und Unterstützung bei der Alltagsbewältigung. Gleichzeitig geht die Sozialpädagogik von einem biopsychosozialen Ansatz aus, welcher den Wechselwirkungen zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren eine grosse Wichtigkeit beiträgt. Die Sozialpädagogik verfolgt in sozialpsychiatrischen Institutionen das Ziel der sozialen Teilhabe und gesellschaftlichen Integration der Klientel. Neuere Entwicklungen zeigen, dass in der Rehabilitationsarbeit vermehrt Wert auf die Steigerung der Lebensqualität der Einzelnen gelegt werden muss, bevor Bemühungen in der Arbeitsintegration gemacht werden. Dies deshalb, weil bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung die Stabilisierung der inneren Prozesse vor der Stabilisierung der äusseren Prozesse erfolgen soll. Die Sozialpädagogik wird vermehrt in ihrer Innovationsfähigkeit gefordert sein, um mit der Vielfalt an Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen professionell umgehen zu können. Sozialpsychiatrische Institutionen müssen dazu beitragen, Ressourcen der Klientel zu erschliessen, durch angemessene Begleitung Leiden zu verringern, Unterstützung durch Anleitung anzubieten, sowie Veränderungen zu fördern.

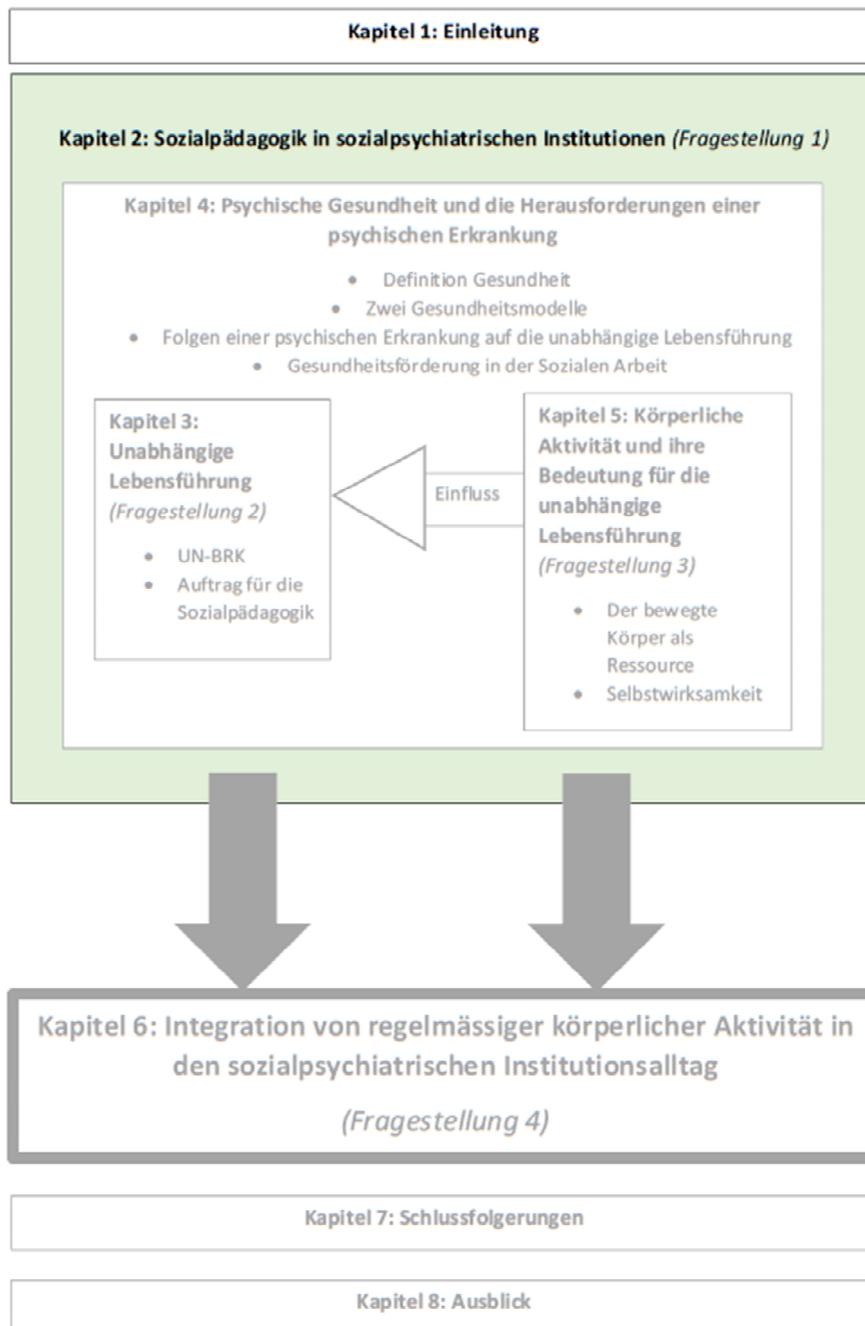


Abbildung 2: Kapitel 1-2 (eigene Darstellung)

### 3 Unabhängige Lebensführung

Die unabhängige Lebensführung ist für die vorliegende Arbeit der zu erreichende Zustand der Klientel in sozialpsychiatrischen Institutionen. Nach der Begriffsdefinition folgt ein Blick auf die Befragungen der Schweizer Bevölkerung zum Thema, bevor dann konkret auf die UN-

Behindertenrechtskonvention und die in Art. 19 formulierte unabhängige Lebensführung eingegangen wird.

### 3.1 Begrifflichkeiten

Der Begriff der unabhängigen Lebensführung taucht bei Literaturrecherchen stets in Zusammenhang mit der UN-Behindertenrechtskonvention auf. Die Unabhängigkeit kann dabei mit Selbstbestimmung gleichgesetzt werden – somit wird mit dem Begriff unabhängige Lebensführung eine selbstbestimmte Lebensführung bezeichnet (Behindertenrechtskonvention.Info, ohne Datum). Ein weiterer Begriff, der in der Fachliteratur verwendet wird und einen ähnlichen Zustand beschreibt, ist die Kontrollüberzeugung. Schuler et al. (2016) sprechen dann von Kontrollüberzeugung, wenn ein Mensch das Gefühl hat über eine mehrheitlich selbstbestimmte Alltagsgestaltung zu verfügen (S. 6). Selbstbestimmung im Alltag oder allgemein in der Lebensführung bildet also den Kerninhalt der beiden Begriffe. Somit können die unabhängige Lebensführung und die Kontrollüberzeugung in der vorliegenden Arbeit als Synonyme betrachtet werden.

### 3.2 Zahlen und Fakten

Dem Monitoring 2016 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums ist zu entnehmen, dass gut 40% der Schweizerischen Bevölkerung über eine hohe Kontrollüberzeugung verfügen. Ein fast gleich grosser Teil der Bevölkerung beschreibt ihren Einfluss auf die Lebensgestaltung als mittelmässig und ein Fünftel stuft diesen als tief ein. Auffallend ist, dass die Kontrollüberzeugung bei Menschen im Rentenalter wesentlich höher ist und Frauen ihre Kontrollüberzeugung tendenziell tiefer einstufen als Männer (Schuler et al., 2016, S. 31).

Um die Bedeutung einer selbstbestimmten und unabhängigen Lebensführung bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung einschätzen zu können, lohnt es sich die Abbildung 3 genauer zu betrachten. Der linken Grafik kann entnommen werden, dass 70,2 % der Menschen mit einer starken psychischen Belastung einen tiefen selbstwahrgenommenen Einfluss auf ihre Lebensführung haben. Bei Menschen mit keiner oder einer geringen psychischen Belastung sind dies lediglich 14%. Die rechte Grafik macht deutlich, dass in beide Richtungen ein Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugung und psychischer Belastung vorhanden zu sein scheint. Während fast 94% der Menschen mit hoher Kontrollüberzeugung kaum von einer psychischen Belastung betroffen sind, berichten über 40% der Bevölkerung mit tiefer Kontrollüberzeugung über eine mittlere oder starke psychische Belastung (Schuler et al., 2016, S. 32).

Kontrollüberzeugung, nach psychischer Belastung sowie  
psychische Belastung, nach Kontrollüberzeugung, 2012

G 3.2

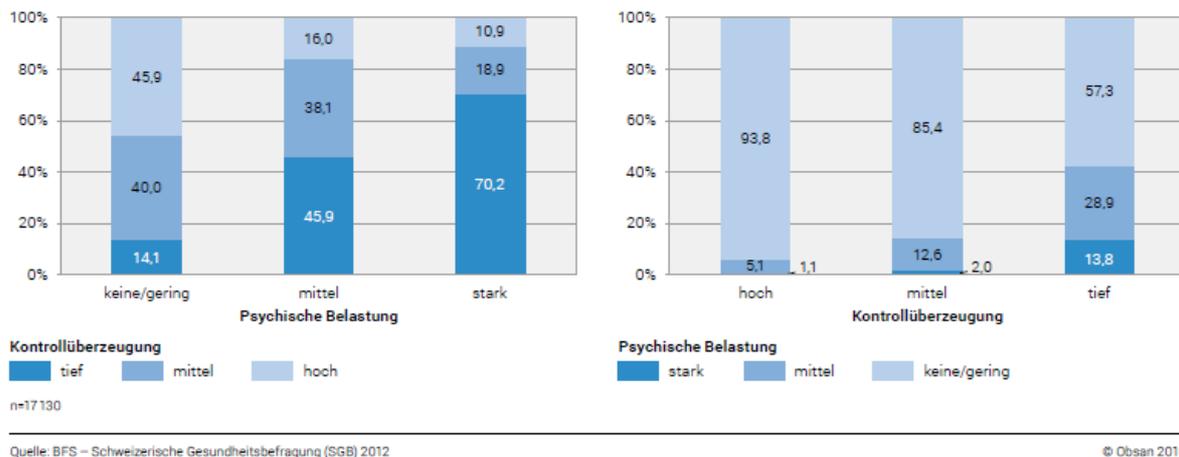


Abbildung 3: Kontrollüberzeugung, nach psychischer Belastung sowie psychische Belastung, nach Kontrollüberzeugung, 2012 (Quelle: BFS, 2012; zit. in Schuler et al., 2016, S. 32)

Dieser Zusammenhang zeigt auf, wie wichtig die Förderung der Selbstbestimmung in der Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist. Auch die UN-Behindertenrechtskonvention hat die unabhängige Lebensführung in Artikel 19 verankert, woraus ein Auftrag für alle Vertragsstaaten zur Förderung der selbstbestimmten und unabhängigen Lebensführung von Menschen mit einer Beeinträchtigung entstanden ist.

### 3.3 UN-Behindertenrechtskonvention

Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006, SR 0.109, ist für die Schweiz am 15. Mai 2014 in Kraft getreten. Im Folgenden wird dafür die Abkürzung BRK verwendet. Die Konvention verwendet den Begriff der Behinderung, welcher von der Autorin auch so zitiert wird. Im Anschluss an die zitierten Textstellen verwendet die Autorin den Begriff der Beeinträchtigung anstelle von Behinderung.

#### 3.3.1 Zweck

Die BRK verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, allen Menschen mit und ohne Behinderung den vollen Anspruch auf Menschenrechte und Grundfreiheiten zu garantieren. Die Konvention beschreibt die Behinderung als das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen Menschen mit einer Beeinträchtigung und umweltbedingten Hürden. Diese umweltbedingten Hürden führen im Alltag der betroffenen Personen oftmals dazu, dass der volle Zugang zu gesellschaftlicher Teilhabe verwehrt wird. Menschen mit langfristigen Sinnes-, Körperbeeinträchtigungen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen, welche aufgrund ihrer Beeinträchtigung an der gesellschaftlichen Teilhabe gehindert werden,

gehören zu den Menschen mit Behinderungen. Aufbauend auf den Grundprinzipien der Chancengleichheit, Zugänglichkeit, Achtung der Menschenwürde, Autonomie, Gleichberechtigung von Mann und Frau, Achtung und Akzeptanz von Unterschiedlichkeit, Nichtdiskriminierung, Unabhängigkeit, sowie Teilhabe an der Gesellschaft, sind die verpflichtenden Artikel der BRK formuliert. Die letzten beiden Grundsätze sind in Art. 19 BRK verankert.

### 3.3.2 Unabhängige Lebensführung in der Behindertenrechtskonvention

Art. 19 BRK (2006) trägt den Titel *Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft* und wird folgendermassen ausgeführt:

Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Massnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie unter anderem gewährleisten, dass:

- a) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;
- b) Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschliesslich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist;
- c) gemeindenahe Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen.

Der Zugang zur vollen Teilhabe an der Gesellschaft, Entscheidungsfreiheit und Selbstbestimmung, sowie Unabhängigkeit sind wesentliche Werte, die aus dem vorliegenden Artikel herausgelesen werden können. Diese Werte beziehen sich hier mehrheitlich auf die Wohnsituation von Betroffenen. Andrea Egbuna-Joss (2018) spricht von einem Paradigmenwechsel, welcher von Art. 19 BRK gefordert wird. Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderung sollen dort vorhanden sein, wo die Menschen sich dazu entschieden haben zu leben. Menschen mit Beeinträchtigung sollen nicht länger dazu verpflichtet sein, ein stationäres Wohnangebot in Anspruch zu nehmen (S. 15). Weiter beschreibt sie, welche Massnahmen die Schweiz in Bezug auf Art. 19 BRK bereits umsetzt. Die Schweizer Sozialversicherungen beispielsweise tragen wesentlich zur Förderung der Selbstbestimmung und Selbständigkeit von Menschen mit einer Behinderung bei. Die

Invalidenversicherung bietet finanzielle Unterstützung bei diversen Hilfsmitteln, die Hilflosenentschädigung unterstützt Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf und durch den Assistenzbeitrag der Hilflosenentschädigung soll das Leben in einer eigenen Wohnung gezielt gefördert werden. Weiter können Dienstleistungen der Spitex über die obligatorische Krankenkasse abgerechnet werden (Egbuna-Joss, 2018, S. 15-17). Unabhängige Lebensführung für Menschen mit einer Beeinträchtigung kann jedoch nicht ausschliesslich durch räumlich vorhandene Zugänge zu Unterstützungsangeboten sowie durch das Vorhandensein von Wahlmöglichkeiten erreicht werden. Auch auf der Ebene der betroffenen Individuen gilt es das Ziel einer unabhängigen Lebensführung zu verfolgen. Darin sieht die Autorin einen wichtigen Auftrag für die Sozialpädagogik.

### 3.3.3 Umsetzung Art. 19 BRK in der Schweiz – Stand 2017

Am 16. Juni 2017 wurde von Inclusion Handicap (2017) ein Schattenbericht veröffentlicht, in welchem die bisherige Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in der Schweiz aufgezeigt wird. Im Bericht werden verschiedene Problemfelder beschrieben:

- Es gibt nicht ausreichend vorhandene bezahlbare und barrierefreie Wohnungen, welche das selbstbestimmte Leben ausserhalb von Heimstrukturen ermöglichen.
- Die Objektfinanzierung anstelle einer wünschenswerten Subjektfinanzierung, sowie weitere Finanzierungsthemen stellen eine Hürde dar.
- Aufgrund nicht ausreichender klientelbezogener Arbeit berichten Betroffene über eine eingeschränkte Selbstbestimmung und Teilhabe. Selbstbestimmung und soziale Teilhabe bilden wesentliche Werte der BRK. Besonders kritisiert wird dabei die fehlende soziale Teilhabe ausserhalb der Institution, also die gesellschaftliche Teilhabe, sowie verschiedene Ausprägungen fehlender Selbstbestimmung.

Der Schattenbericht zeigt auf, dass in vielen Institutionen versucht wird, die Klientel den institutionellen Rahmenbedingungen anzupassen und nicht umgekehrt (S. 84-85).

Inclusion Handicap (2017) fordert verschiedene Veränderungen von Bund und Kantonen. Einige Forderungen betreffen jedoch auch die Soziale Arbeit, welche unmittelbar mit der Klientel in Zusammenarbeit steht. Soziale Einrichtungen sollen so begleiten und ermächtigen, dass bei den Betroffenen die soziale Teilhabe ausserhalb der Institution gefördert wird und somit eine Öffnung und Orientierung nach aussen stattfinden kann (S. 88).

### 3.3.4 Auftrag der Sozialpädagogik

Die in Art. 19 BRK enthaltenen Grundsätze finden sich auch im Berufskodex der Sozialen Arbeit wieder. Der in Art. 19 Abs. 1 BRK enthaltene Wert der Wahlmöglichkeiten und Selbstbestimmung ist auch im Grundsatz der Selbstbestimmung des Berufskodexes zu finden. Alle Menschen sollen selbstbestimmt Entscheidungen treffen können, ohne dabei die Rechte Dritter zu verletzen. Der Zugang zum gesellschaftlichen Leben und den dazugehörigen Dienstleistungen wird im Berufskodex beim Grundsatz der Partizipation festgehalten (Avenir Social, 2010, S. 8-9). Parallel zur Verwirklichung staatlicher Massnahmen zur Umsetzung des Art. 19 BRK, hat die Sozialpädagogik den Auftrag, Massnahmen auf Ebene der Klientel zu treffen. Konkret bedeutet dies, die Klientel so zu begleiten, unterstützen und ermächtigen, dass die grösstmögliche Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe erreicht werden kann.

### 3.4 Wesentliche Erkenntnisse

**Was wird unter unabhängiger Lebensführung verstanden?** Dies war die wegleitende Frage für Kapitel drei. Zwischen der unabhängigen Lebensführung, respektive der Kontrollüberzeugung und der psychischen Belastung eines Menschen kann ein Zusammenhang festgestellt werden. Daraus wird deutlich, dass in der Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung die Förderung der unabhängigen Lebensführung legitim und notwendig ist. In Art. 19 BRK werden die Vertragsstaaten dazu aufgefordert verschiedene Massnahmen zu treffen, welche Menschen mit Beeinträchtigung die volle gesellschaftliche Teilhabe und die grösstmögliche Selbstbestimmung ermöglichen. Selbstbestimmung, gesellschaftliche Teilhabe und Kontrollüberzeugung sind wesentliche Faktoren für eine unabhängige Lebensführung von Betroffenen. Während auf sozialpolitischer Ebene Massnahmen vom Staat getroffen und umgesetzt werden, ist die Sozialpädagogik für die Umsetzung von geeigneten Massnahmen in der täglichen Arbeit mit der Klientel verantwortlich. Die im Berufskodex verankerten Grundsätze der Selbstbestimmung und Partizipation legitimieren die sozialpädagogischen Massnahmen zur Förderung der Selbstbestimmung und der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Somit kann dann von einer unabhängigen Lebensführung gesprochen werden, wenn Menschen am gesellschaftlichen Leben teilhaben und ihren Alltag mehrheitlich selbstbestimmt gestalten können.

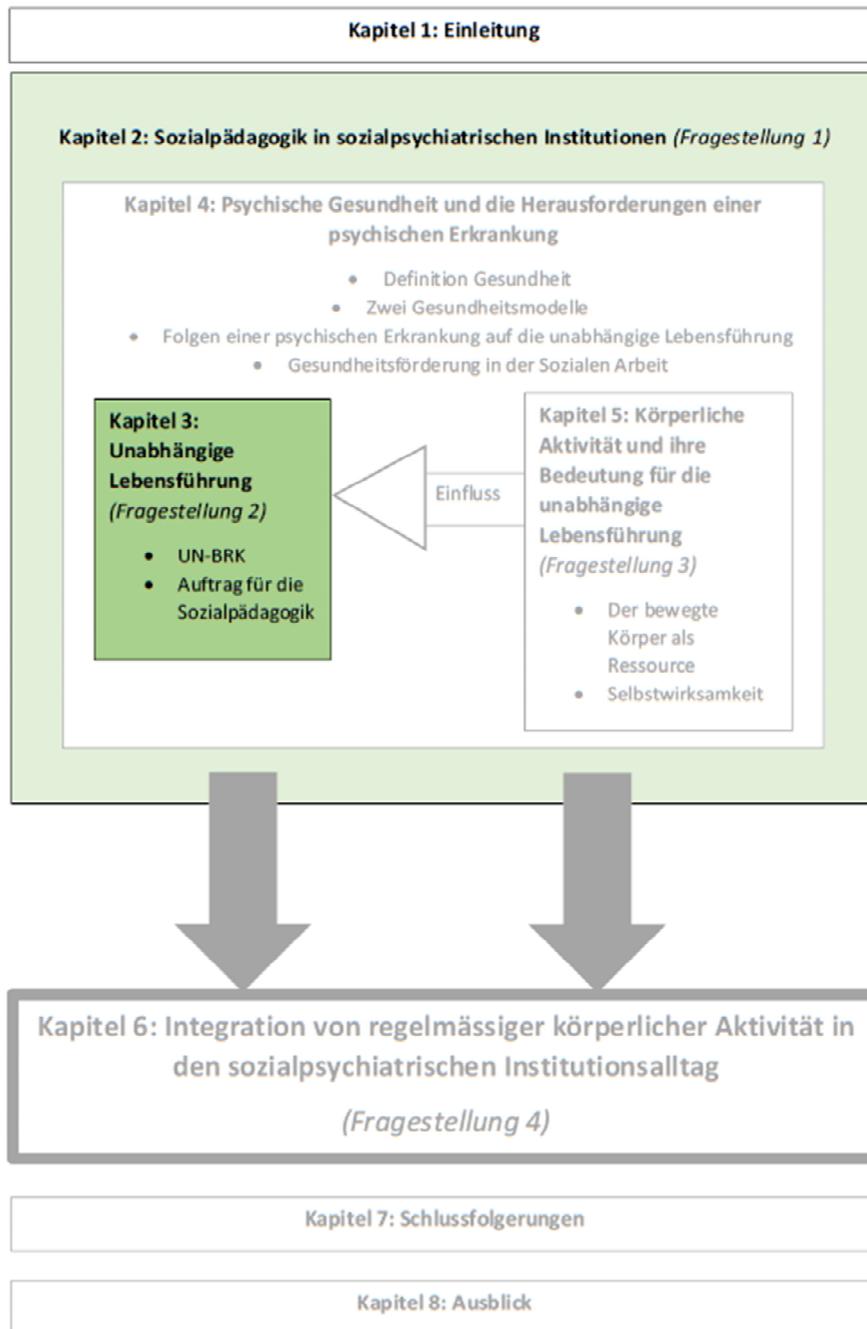


Abbildung 4: Kapitel 1-3 (eigene Darstellung)

## 4 Psychische Gesundheit und die Herausforderungen einer psychischen Erkrankung

Das gegenwärtige Kapitel beantwortet keine der vier Fragestellungen. Dennoch ist es notwendig, den Begriff der psychischen Gesundheit, sowie die Herausforderungen und Folgen einer psychischen Erkrankung aufzuzeigen. Genau diese Eigenschaften unterscheiden die Betroffenen in sozialpsychiatrischen Institutionen von Betroffenen in anderen Fachbereichen der Sozialpädagogik. Ausserdem bilden verschiedene Perspektiven auf den Begriff der Gesundheit die Grundlage für die Wichtigkeit der Gesundheitsförderung innerhalb der Sozialpädagogik.

### 4.1 Definition Psychische Gesundheit

Für den Begriff der psychischen Gesundheit orientiert sich die vorliegende Arbeit an der Definition des Berichts *Psychische Gesundheit in der Schweiz* aus dem Jahr 2015 vom Bundesamt für Gesundheit, der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Da sich die Arbeit immer wieder auf Daten von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz und dem Bundesamt für Gesundheit bezieht, wird dieser Begriffsdefinition eine besondere Wichtigkeit zugetragen. Demnach ist psychisch gesund nicht nur, wer frei von psychischer Erkrankung ist. Das Gefühl, die Kontrolle über die eigenen Handlungen zu haben und somit Selbstwirksamkeit zu erleben, über eine gestärkte Identität bezüglich der unterschiedlichen Rollen in der Gesellschaft zu verfügen, sowie ein gefestigtes Selbstwertgefühl verinnerlicht zu haben, sind wesentliche Faktoren, die zur psychischen Gesundheit eines Menschen beitragen. Psychisch gesunde Menschen erleben sich selbst als grundsätzlich zuversichtlich, optimistisch und ausgeglichen. Sie können die Aufgaben und Herausforderungen des Alltags bewältigen und ihr emotionales und intellektuelles Potenzial ausschöpfen. Diese Faktoren müssen und können nicht in jeder Situation und in jedem Kontext gleichzeitig vorhanden sein, damit ein Mensch als psychisch gesund bezeichnet werden kann. Psychische Gesundheit ist in jedem Fall ein Zusammenspiel aus biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren. Die genetische Disposition und das persönliche Verhalten sind somit keineswegs Hauptfaktoren für das Entstehen von psychischen Erkrankungen. Vielmehr werden diese persönlichen Aspekte wesentlich von kulturellen, sozioökonomischen und ökologischen Faktoren beeinflusst (Bürli et al., 2015, S. 12).

### 4.2 Zwei Gesundheitsmodelle

Diese Definition von psychischer Gesundheit beinhaltet Aspekte, welche bereits in Gesundheitsmodellen aus den 1970er- und 1990er-Jahren aufgezeigt wurden. An dieser Stelle werden zwei dieser Modelle ausgeführt.

Das in den 1990er-Jahren entstandene *Konzept des Kohärenzgefühls* von Aaron Antonovsky (1987/1997) beinhaltet Faktoren, welche vergleichbar sind mit den in der vorliegenden Arbeit erläuterten Faktoren der unabhängigen Lebensführung respektive der Kontrollüberzeugung. Aus diesem Grund wird dieses Konzept im folgenden Kapitel dargestellt.

#### 4.2.1 Salutogenese nach Aaron Antonovsky

Antonovsky (1987/1997) ist der Meinung, dass es sich beim Begriff der Gesundheit um ein mehrdimensionales Konstrukt handelt. Eine klare Einteilung eines Menschen in gesund oder krank ist nicht möglich. Vielmehr handelt es sich um ein Kontinuum zwischen Krankheit und Gesundheit, auf dem eine Person in unterschiedlichen Situationen und zu verschiedenen Zeitpunkten immer wieder neu verortet werden kann. Somit wird der Mensch mit seiner ganzen Biografie, seiner Lebenswelt und allem was zu ihm gehört betrachtet. Dem *Konzept des Kohärenzgefühls* liegt genau diese sogenannte salutogenetische Orientierung zu Grunde (S. 29-30). Im Folgenden wird für das Konzept die Abkürzung SOC verwendet, was dem englischen *Sence of Coherence* entspricht.

Der SOC besteht gemäss Antonovsky (1987/1997) aus den drei Faktoren Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Verstehbarkeit meint, dass eine Person interne und externe Reize als klare, geordnete und erklärliche Informationen wahrnehmen kann. Eine Person, die über ein hohes Mass an Verstehbarkeit verfügt, kann in zukünftigen Situationen auftretende Reize kognitiv einordnen und verstehen. Die Handhabbarkeit beschreibt die Überzeugung einer Person, mit den ihr zur Verfügung stehenden internen und externen Ressourcen herausfordernde Aufgaben bewältigen zu können (S. 34-35). Diese Definition erinnert stark an die Begriffe der Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeit. Das Konzept der Selbstwirksamkeit wird in Kapitel 5.5.1 genauer betrachtet. Als letzten Faktor des SOC nennt Antonovsky (1987/1997) die Bedeutsamkeit. Wenn eine Person über eine hohe Bedeutsamkeit verfügt, nimmt sie oder er das eigene Leben als sinnvoll wahr. Die Sinnhaftigkeit bezieht sich dabei auf die emotionale Ebene. Menschen mit einem gewissen Mass an Bedeutsamkeit empfinden einige zu bewältigenden Aufgaben als so wichtig, dass es sich lohnt diese zu bewältigen versuchen. Diese drei Faktoren stehen in einem engen Zusammenhang und können unterschiedlich kombiniert werden (S. 35-37). Folgende beiden Kombinationen werden für die vorliegende Arbeit als besonders nennenswert betrachtet:

<b>Verstehbarkeit</b>	<b>Handhabbarkeit</b>	<b>Bedeutsamkeit</b>	<b>Vorhersage</b>
<i>hoch</i>	<i>niedrig</i>	<i>hoch</i>	<i>positive Veränderung</i>
<i>hoch</i>	<i>niedrig</i>	<i>niedrig</i>	<i>negative Veränderung</i>

Ob es sich um eine positive oder negative Veränderung der Gesundheit handelt, hängt stark von der Bedeutsamkeit ab. Daraus kann geschlossen werden, dass die Kombination aus hoher Verstehbarkeit und hoher Bedeutsamkeit eine Steigerung der Handhabbarkeit und somit eine positive Veränderung zur Folge hat. Wenn eine Person jedoch keine Motivation oder Bedeutsamkeit aufbringen kann, wird die Handhabbarkeit niedrig bleiben und eine negative Veränderung kann vorhergesagt werden (Antonovsky, 1997, S. 37-38).

Für die vorliegende Arbeit ist die Erkenntnis, dass Handhabbarkeit respektive Kontrollüberzeugung oder Selbstwirksamkeit unbedingt im Zusammenhang mit einer hohen Bedeutsamkeit stehen muss, von grosser Wichtigkeit. Bevor zu einem späteren Zeitpunkt auf diese Wichtigkeit weiter eingegangen wird, beschreibt das nachfolgende Kapitel das biopsychosoziale Modell nach George L. Engel. Dieses Modell stellt eine Ergänzung der Salutogenese dar. Die beiden Modelle stellen die theoretische Grundlage für die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Begriffsdefinition der psychischen Gesundheit dar.

#### 4.2.2 Das biopsychosoziale Modell

In den 1970er-Jahren hat der US-amerikanische Psychiater George L. Engel das biopsychosoziale Modell entwickelt, welches auf den systemtheoretischen Grundannahmen von Niklas Luhmann basiert. Das Modell beinhaltet eine hierarchische Anordnung verschiedener Natur-Faktoren, wie Abbildung 5 zeigt (Egger, 2005, S. 4).

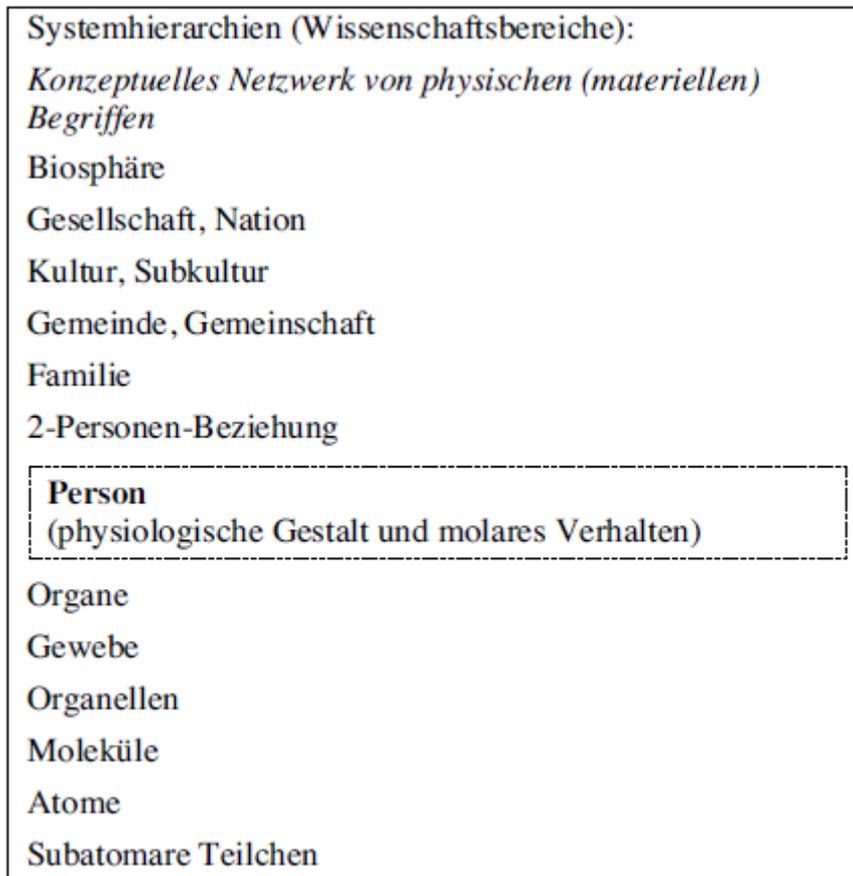


Abbildung 5: G.L. Engels, originäres biopsychosoziales Modell (Quelle: Egger, 2005, S. 4)

Egger (2005) beschreibt, dass das Modell von Engels die Natur in verschiedene sogenannte Systeme einteilt. Kein System funktioniert isoliert. Jedes System zeichnet sich durch bestimmte Qualitäten und Beziehungen aus. Alle Systemebenen sind miteinander verbunden, so dass Veränderungen in dem einen System einen Einfluss auf ein anderes System haben. Das System «Person» beinhaltet einerseits die physikalischen Faktoren und andererseits das Erleben und Verhalten eines Menschen. Entsprechend dieser Definition geht die Soziale Arbeit davon aus, dass bei Ursachen, sowie bei Entstehungs- und Behandlungsprozessen einer Krankheit nie ausschliesslich biologische oder psychologische Aspekte beteiligt sind. Es handelt sich bei allen Prozessen um ein Zusammenspiel zwischen biologischen und psychologischen Faktoren. Für die biopsychosoziale Definition von Krankheit und Gesundheit ist diese Erkenntnis wesentlich (S. 5). Die beiden Begriffe werden gemäss Egger (2005) folgendermassen definiert:

Im biopsychosozialen Modell bedeutet *Gesundheit* die ausreichende Kompetenz des Systems „Mensch“, beliebige Störungen auf beliebigen Systemebenen autoregulativ zu bewältigen. Nicht das Fehlen von pathogenen Keimen (Viren, Bakterien etc.) oder das Nichtvorhandensein von Störungen/Auffälligkeiten auf der psycho-sozialen

Ebene bedeuten demnach Gesundheit, sondern die Fähigkeit, diese pathogenen Faktoren ausreichend wirksam zu kontrollieren.

*Krankheit* stellt sich dann ein, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen auf beliebigen Ebenen des Systems „Mensch“ nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen. Wegen der parallelen Verschaltung der Systemebenen ist es nicht so bedeutsam, auf welcher Ebene oder an welchem Ort eine Störung generiert oder augenscheinlich wird, sondern welchen Schaden diese auf der jeweiligen Systemebene, aber auch auf den unter- oder übergeordneten Systemen zu bewirken imstande ist.

(S. 5)

Diese beiden Modelle legitimieren die in der vorliegenden Arbeit vorhandene biopsychosoziale Betrachtungsweise. Auch die Orientierung an der Handhabbarkeit respektive Kontrollüberzeugung, sowie der Bedeutsamkeit, welche in Kapitel 6 von besonderer Wichtigkeit sein wird, gewinnt an Legitimation.

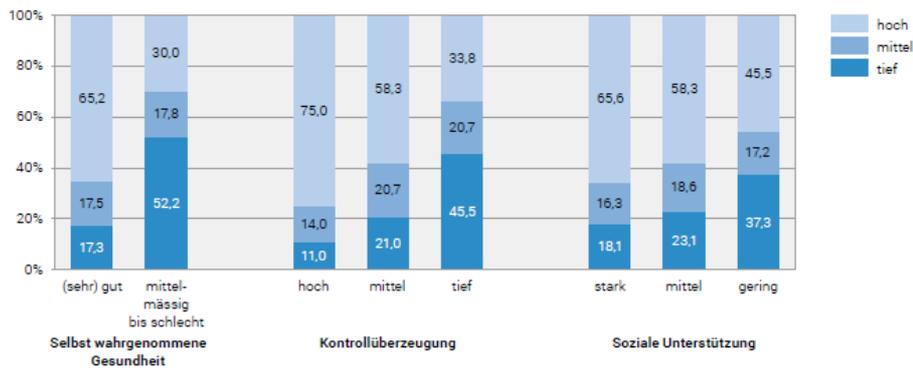
#### 4.3 Psychische Gesundheit in der Schweiz

Im Folgenden wird aufgezeigt, wie es der Schweizer Bevölkerung bezüglich psychischer Gesundheit ergeht. Der aktuellste Monitoring-Bericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums basiert auf bereits bestehenden Daten, welche aus Stichprobenbefragungen und Vollerhebungen stammen. Befragt wurde die ständige Wohnbevölkerung ab 15 Jahren. Der Regionalisierungsgrad bezieht sich auf Grossregionen und die Befragungen finden im Fünfjahresrhythmus statt (Schuler et al., 2016, S. 19). Für die vorliegende Arbeit ist es wichtig zu erwähnen, dass gemäss Schuler et al. (2016) ausschliesslich Menschen in Privathaushalten befragt wurden. Personen in betreuten Institutionen werden nicht befragt (ebd.).

Der Bericht gibt Auskunft über den Zustand der psychischen Gesundheit in der Schweiz. Demnach geben 60% der Bevölkerung an, ein Gefühl von Energie und Vitalität zu verspüren. Interessant ist dabei, dass sich Unterschiede zwischen Personengruppen feststellen lassen. Das Erleben voller Energie und Vitalität scheint vermehrt auf Personen mit höherem Bildungsabschluss, auf ältere Personen, auf Männer und auf in der Deutschschweiz lebende Personen zuzutreffen (Schuler et al, 2016, S. 22-24).

Energie und Vitalität, nach selbst wahrgenommener Gesundheit, Kontrollüberzeugung und sozialer Unterstützung, 2012

G 2.3



Selbst wahrgenommene Gesundheit: n=20627, Kontrollüberzeugung: n=17132, Soziale Unterstützung: n=19754

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012

© Obsan 2016

Abbildung 6: Energie und Vitalität, nach selbst wahrgenommener Gesundheit, Kontrollüberzeugung und sozialer Unterstützung (Quelle: BFS, 2012; zit. in Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2016, S. 24)

Abbildung 6 ist zu entnehmen, dass die drei Faktoren Kontrollüberzeugung, soziale Unterstützung und selbst wahrgenommene Gesundheit in einem Zusammenhang zum Energie- und Vitalitätsniveau einer Person stehen. Drei Viertel der Befragten, welche von sich behaupten, eine hohe Kontrollüberzeugung zu haben, berichten von einem hohen Energie- und Vitalitätsniveau. Hingegen berichten über 45% der Befragten mit tiefer Kontrollüberzeugung über ein tiefes Energie- und Vitalitätsniveau. Auch das Mass an sozialer Unterstützung aus dem Umfeld scheint gemäss Umfragen einen Einfluss auf die Aktivität und Vitalität einer Person zu haben. Auffallend ist, dass mehr als die Hälfte der Befragten mit einer mittelmässigen bis schlechten selbst wahrgenommenen Gesundheit ein tiefes Aktivitäts- und Vitalitätsniveau aufzuzeigen scheinen (Schuler et al., 2016, S. 24). Der Bericht, dessen Zahlen aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung von 2012 stammen, gibt auch Auskunft über die psychische Belastung in der Schweizer Bevölkerung. Demnach stufen sich 13% der Bevölkerung als psychisch mittelschwer und 5% als psychisch stark belastet ein. Stärker belastet fühlen sich auch in diesem Fall Personen mit tieferem Bildungsabschluss, Personen aus dem Tessin und der Westschweiz, sowie Frauen (Schuler et al., 2016, S. 24-25).

#### 4.4 Psychische Erkrankung und ihre Folgen

Von welchen Folgen sind Menschen mit einer psychischen Erkrankung häufig betroffen? Gemäss Schuler et al. (2016) sind Menschen mit psychischen Störungen von Einschränkungen in der Funktionsfähigkeit des eigenen Erlebens und Verhaltens betroffen, was sich auf den erlebten Alltag auswirkt. Betroffen von einer psychischen Störung können die körperliche, die emotionale und die kognitive Ebene, sowie die Verhaltensebene sein.

Bürli et al. (2015) beschreiben fünf Gruppen von psychischen Störungen, wie sie dem WHO-Klassifikationssystem *International Classification of Diseases* (ICD) entnommen werden können. Psychische Störungen können demnach entweder den *affektiven Störungen*, den *Psychosen*, den *neurotischen Belastungsstörungen*, den *Persönlichkeitsstörungen* oder den *Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen* zugeordnet werden (S. 16). Auf die verschiedenen Störungsgruppen wird in der vorliegenden Arbeit nicht genauer eingegangen, weil sie für die zu bearbeitenden Fragestellungen nicht von Bedeutung sind. In Fachdiskursen herrscht zudem keine absolute Einigkeit über die Begrifflichkeiten von *psychischer Erkrankung*, *psychischer Beeinträchtigung* und *psychischen Störung* (S. 9). In der vorliegenden Arbeit werden diese Begriffe als Synonyme verwendet.

Durch die Auswirkungen einer psychischen Erkrankung weisen Betroffene gemäss Schuler et al. (2016) tendenziell eine geringere Lebensqualität auf, als andere Personengruppen. Auf persönlicher Ebene erleben sie oft Hilflosigkeit, Leiden und Perspektivlosigkeit. Auf gesellschaftlicher Ebene werden sie mit Stigmatisierung und Diskriminierung konfrontiert. Der starke Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bringt nicht selten einen Invaliditätszustand mit sich. Auch körperliche Beschwerden und Suizidalität sind schwere Folgen für viele Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Diese Faktoren tragen dazu bei, dass die Betroffenen oft mit einer verkürzten Lebenserwartung konfrontiert werden. Es können auch Auswirkungen von psychischen Erkrankungen auf das soziale Umfeld einer betroffenen Person, sowie auf die Gesellschaft beschrieben werden. Angehörige erleben das Zusammenleben mit Betroffenen oft als eine Belastung, sind selbst psychisch instabiler und verfügen über einen allgemein schlechteren Gesundheitszustand. Die Gesellschaft hat direkte Kosten für psychiatrische Behandlungen zu tragen, aber auch Arbeitsausfälle und somit Produktivitätseinbussen zu tragen (S. 12-13).

Abbildung 7 ist zu entnehmen, dass Menschen mit einer mittleren oder starken psychischen Belastung mit einer geringen sozialen Unterstützung konfrontiert sind und umgekehrt. Mehr als ein Drittel der befragten Menschen mit einer starken psychischen Belastung erleben im Alltag geringe soziale Unterstützung.

Geringe soziale Unterstützung, nach psychischer Belastung sowie  
mittlere bis starke psychische Belastung, nach sozialer Unterstützung, 2012

G 3.4

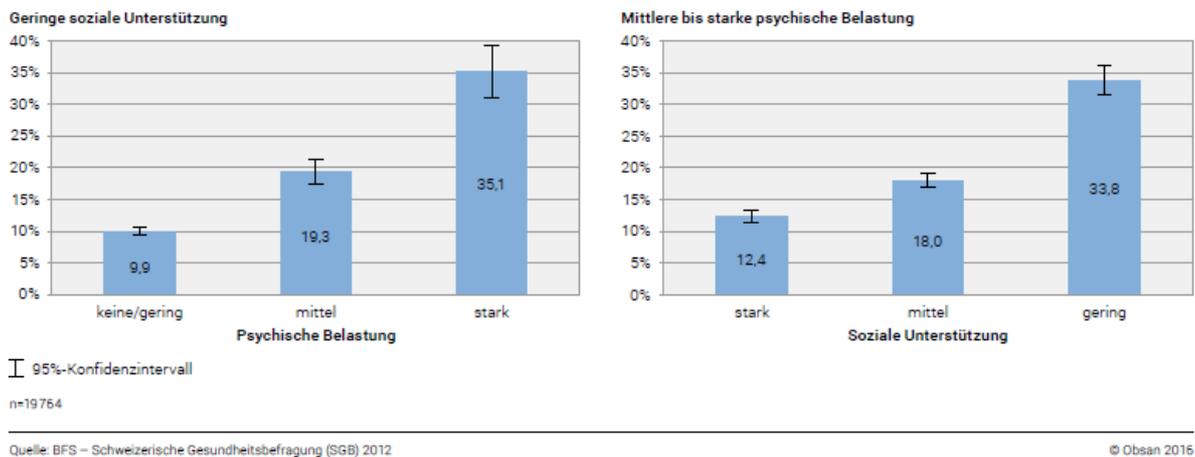


Abbildung 7: Geringe soziale Unterstützung, nach psychischer Belastung sowie mittlere bis starke psychische Belastung, nach sozialer Unterstützung, 2012 (Quelle: BFS, 2012; zit. in Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2016, S. 34)

Die geringe soziale Unterstützung stellt einen gesundheitlichen Risikofaktor dar, vergleichbar mit Übergewicht, Rauchen oder Bewegungsmangel (Schuler et al., 2016, S. 33-34). Somit stellt die geringe soziale Unterstützung zugleich eine Folge von psychischer Belastung, wie auch ein Risikofaktor für psychische Belastung dar.

Es ist naheliegend, dass gerade Menschen mit geringer sozialer Unterstützung auch von Einsamkeit betroffen sind. Schuler et al. (2016) beschreiben die Einsamkeit als ein unangenehmes Erleben, das daraus entsteht, dass ein Mensch von einem geringen sozialen Umfeld umgeben ist. Das Einsamkeitsgefühl steht in einer Verbindung mit der psychischen Belastung. Menschen mit einer psychischen Belastung fühlen sich wesentlich häufiger einsam als Menschen ohne oder mit einer geringen psychischen Belastung (S. 34). Auch die Einsamkeit ist Folge und Risikofaktor zugleich.

Geringe soziale Unterstützung und Einsamkeit stehen in einem Widerspruch zum im Art. 19 BRK verankerten Grundsatz der vollen Einbeziehung in die Gemeinschaft und der Teilhabe an der Gemeinschaft. Menschen in sozialpsychiatrischen Institutionen führen einen institutionell strukturierten Alltag, oft zusammen mit den anderen Klientinnen und Klienten. Die Arbeitserfahrung der Autorin zeigt, dass die Betroffenen in sozialpsychiatrischen Institutionen soziale Unterstützung vor allem durch die Fachpersonen der Sozialpädagogik, explizit im Rahmen der Bezugspersonenarbeit, erhalten. Einsamkeit und geringe soziale Unterstützung können aber auch wesentlich durch andere Klientinnen und Klienten verringert werden.

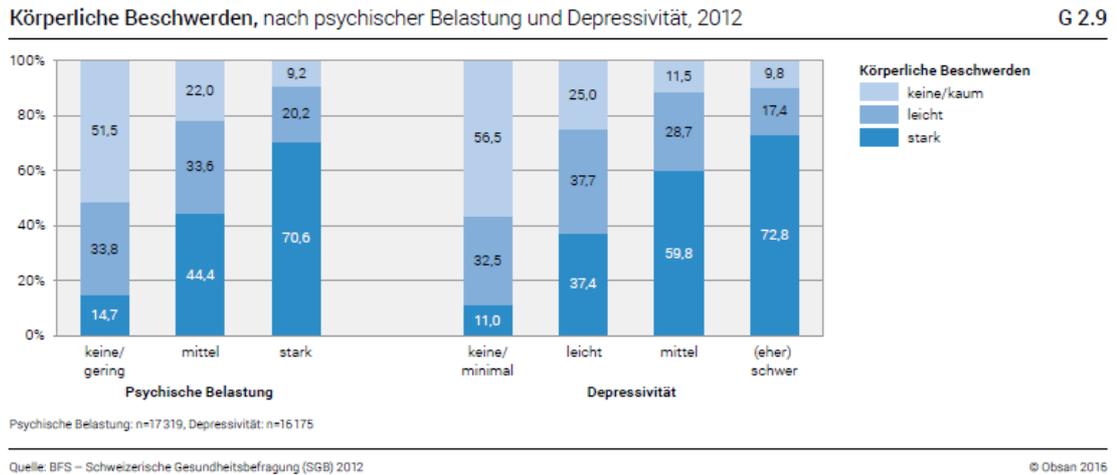


Abbildung 8: Körperliche Beschwerden, nach psychischer Belastung und Depressivität, 2012 (Quelle: BFS, 2012; zit. in Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, 2016, S. 29)

Nicht selten sind Menschen mit einer mittleren oder starken psychischen Belastung auch von körperlichen Beschwerden betroffen. 70 % der Befragten mit einer starken psychischen Belastung berichten von gleichzeitig vorhandenen körperlichen Beschwerden (Schuler et al., 2016, S. 28).

#### 4.4.1 Folgen einer psychischen Erkrankung für die unabhängige Lebensführung

Aus diesen Statistiken können gemäss der Autorin verschiedene Schlüsse gezogen werden. Einschränkungen in der Alltagsbewältigung, geringe Kontrollüberzeugung, ein tiefes Energie- und Vitalitätsniveau, Einsamkeit, körperliche Beschwerden, geringe soziale Unterstützung, eine tiefe Kontrollüberzeugung und körperliche Inaktivität als häufige Folgen einer psychischen Erkrankung scheinen sich negativ auf eine unabhängige Lebensführung auszuwirken. Einsamkeit kann zu sozialer Isolation führen, welche im Widerspruch zu sozialer Teilhabe steht. Körperliche Beschwerden und Inaktivität wiederum haben einen negativen Einfluss auf die Mobilität, was eine weitere Hürde für die Teilhabe ausserhalb der Institution darstellen kann. Einschränkungen in der Alltagsbewältigung können sich hinderlich auf die Überzeugung eines Menschen auswirken, durch sein Handeln etwas bewirken zu können. Eine tiefe Kontrollüberzeugung wiederum stellt ein Hindernis auf dem Weg zur unabhängigen Lebensführung dar.

Die Autorin ist der Meinung, dass die Sozialpädagogik im sozialpsychiatrischen Kontext stets die verschiedenen Ebenen der Gesundheit und deren Folgen berücksichtigen muss. Während die Erfahrungen in der sozialpädagogischen Praxis zeigen, dass der Bereich der Gesundheit oft den medizinischen Fachpersonen überlassen wird, ist die Autorin überzeugt davon, dass dieser Bereich von der Sozialpädagogik nicht ausser Acht gelassen werden darf. Wie die

vergangenen Kapitel gezeigt haben, steht die körperliche, psychische und soziale Gesundheit in einem engen Zusammenhang mit der unabhängigen Lebensführung der Klientel und somit mit wichtigen Zielen der Sozialpädagogik. Das folgende Kapitel zeigt auf, welche Verantwortung die Sozialpädagogik im Bereich der Gesundheitsförderung trägt.

#### 4.5 Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung

Katrin Liel (2019) ist überzeugt, dass nicht nur die Betroffenen selbst mit den verschiedenen Aspekten ihrer Gesundheit betroffen sind. Vielmehr sagen individuelle Gesundheitszustände etwas über den Zustand des Zusammenlebens innerhalb einer Gesellschaft aus. Aus diesem Grund gibt es eine Profession, die die Stärkung der sozialen Dimension von Gesundheit gleichzeitig auf individueller und gesellschaftlicher Ebene angeht – die Soziale Arbeit (S. 9).

##### 4.5.1 Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung

«Die erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung hat am 21. November 1986 in Ottawa die folgende Charta verabschiedet. Sie ruft damit auf zu aktivem Handeln für das Ziel „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus» (WHO, 1986). Mit der Ottawa-Charta verfolgt die WHO (1986) das Ziel, Menschen dazu zu ermächtigen, einen wesentlichen Beitrag zur Förderung der eigenen Gesundheit leisten zu können. Den Menschen soll es möglich sein, durch Selbstbestimmung ein physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen. Bei der Gesundheitsförderung geht es um gesundheitliche Chancengleichheit. Unterschiede in den Gesundheitszuständen einzelner Menschen oder Gruppen sollen aufgehoben werden. Jeder Mensch soll darin ermächtigt werden, sein grösstmögliches Gesundheitspotential auszuschöpfen. Eigene Entscheidungen treffen zu können, sich unterstützt und geborgen zu fühlen, handlungspraktische Fähigkeiten zu entwickeln, sowie Zugang zu Informationen zu haben. Dies sind notwendige Voraussetzungen für die Befähigung zur selbstbestimmten Gesundheitsförderung. Auf der Ebene der persönlichen Faktoren wirkt die Gesundheitsförderung als Unterstützung in der Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen, aber auch in der Erweiterung der Sozialkompetenzen und der für die Alltagsbewältigung notwendigen lebenspraktischen Kompetenzen. Durch gesundheitsfördernde Massnahmen sollen Menschen selbstbestimmte Veränderungen im Alltag vornehmen, welche sich positiv auf ihre Gesundheit auswirken. Menschen mit Beeinträchtigungen sollen dabei lernen, trotz Beeinträchtigung ein gelingendes Leben führen zu können. Die Menschen müssen in diesem Prozess von verschiedenen Körperschaften unterstützt werden (ebd.).

#### 4.5.2 Sozialpädagogik und Gesundheitsförderung

Liel (2019) ist der Meinung, dass die Soziale Arbeit – und somit auch die Sozialpädagogik – eine Profession der Gesundheitsförderung ist. Dies begründet sie damit, dass die Soziale Arbeit die soziale Gesundheit aus dem biopsychosozialen Ansatz fokussiert und deren Stärkung fördert. Der soziale Aspekt der Gesundheit bedarf an dieser Stelle einer Ausführung bezüglich Definition, Zusammenhang und Abgrenzung zur biologischen und psychologischen Dimension, sowie bezüglich Fördermöglichkeiten. In der Schweiz kann davon ausgegangen werden, dass die Gesundheit eines Menschen durch gesellschaftliche Bedingungen beeinflusst wird. Dies ist der Grund, weshalb Menschen mit tieferem sozioökonomischem Status öfter von einem schlechteren Gesundheitszustand und einer kürzeren Lebenserwartung betroffen sind (S. 6-7). Dies erklärt den in den vorangegangenen Kapiteln aufgezeigten Zusammenhang zwischen dem Bildungsabschluss und der psychischen Belastung der Befragten. Gemäss Liel (2019) hat die Soziale Arbeit den Auftrag diese sozial bedingten Ungleichheiten betreffend Gesundheit zu mindern. Soziale Gesundheit schliesst Aspekte wie soziale und gesellschaftliche Teilhabe, Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten, sowie Partizipation ein (S. 8). Wie es Art. 19 BRK vorsieht, ist die Soziale Arbeit dafür verantwortlich Menschen mit tieferem sozioökonomischem Status – und somit sozial benachteiligten Menschen - durch ihre Unterstützung gesellschaftliche Teilhabe und Entscheidungsfreiheiten zu ermöglichen. Dadurch soll die soziale Dimension von Gesundheit gefördert werden. Auf diesem Weg werden die Gesundheitschancen betroffener Menschen gesteigert. Der sozialen Gesundheitsförderung liegt unter anderem die in Kapitel 4.2.1 erläuterte Salutogenese nach Antonovsky zu Grunde. Die Salutogenese beinhaltet eine stets ressourcenorientierte Betrachtung der Gesundheit. Daraus resultieren wesentliche gesundheitsfördernde Faktoren wie Selbstwirksamkeit und Beziehungsfähigkeit (Liel, 2019, S. 9). Dass in der Bevölkerung auch der Bedarf nach der Förderung körperlicher Aspekte vorhanden ist, zeigen die im folgenden Kapitel aufgeführten Ergebnisse aus Befragungen.

#### 4.6 Faktoren und Massnahmen zur Förderung des psychischen Wohlbefindens

Gordon Bühler, Michael Hermann, David Krähenbühl und Eveline Würzler (2018) zeigen in Abbildung 9 auf, welche Faktoren für in der Schweiz lebende Personen wesentlich zum psychischen Wohlbefinden beitragen. Dabei stehen an erster und zweiter Stelle zwei physiologische Grundbedürfnisse. Nämlich das Bedürfnis nach genügend Schlaf und Ruhe, sowie das Bedürfnis nach körperlichem Wohlbefinden. Somit scheint bei der Schweizer Bevölkerung das körperliche und psychische Wohlbefinden eng miteinander verknüpft zu sein. Rund 40% der

Befragten geben an, dass genügend Bewegung ein wesentlicher Faktor darstellt, welcher zur Steigerung des psychischen Wohlbefindens beiträgt (S. 12-13).

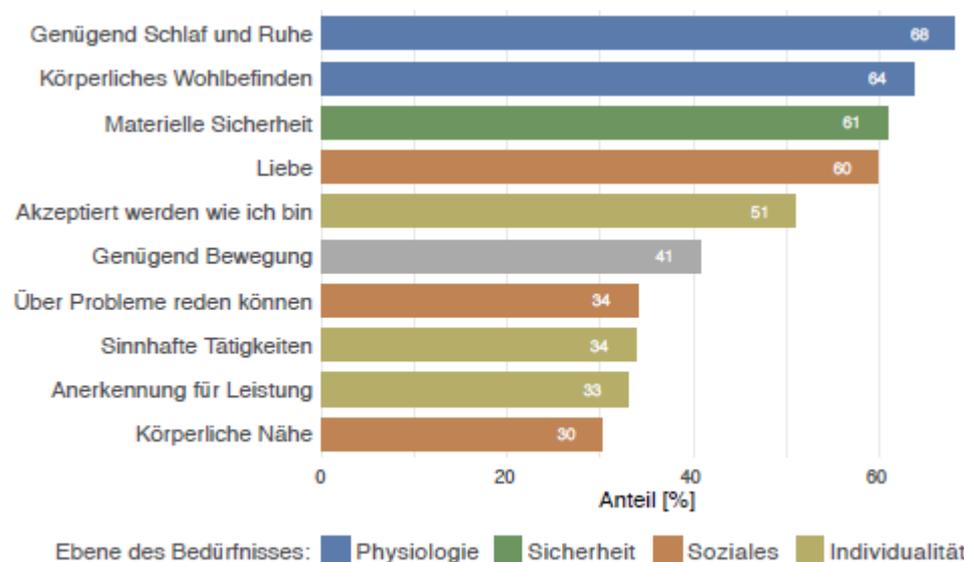


Abbildung 9: Faktoren, die für das psychische Wohlbefinden besonders wichtig sind. (Quelle: Bühler et al., 2018, S. 13)

Martina Blaser und Fabienne Amstad (2016) formulieren im Grundlagenbericht *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne* verschiedene Massnahmenbereiche, durch welche die psychische Gesundheit gefördert werden kann. Der zweite Bereich beinhaltet die Stärkung der internen und externen Ressourcen einer Person. Dabei lohnt es sich, einige wenige Ressourcen in den Vordergrund zu stellen und diese bewusst zu stärken. Die soziale Unterstützung als externe und die Selbstwirksamkeit als interne Ressource haben während des gesamten Lebens eine hohe Wichtigkeit. Deshalb sollen diese beiden Ressourcen besonders gestärkt werden (S. 11). Selbstwirksamkeit meint, dass eine Person überzeugt davon ist, dass gewünschte Handlungen mithilfe eigener Kompetenzen vollzogen werden können. Wer über eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung verfügt, ist zuversichtlich, dass herausfordernde Aufgaben erfolgreich bewältigt werden können und nicht umgangen werden müssen. Ihr wird eine solch hohe Bedeutung zugesprochen, dass sie als Lebenskompetenz bezeichnet werden kann. Die positive Wirkung der Selbstwirksamkeitserwartung auf das psychische Wohlbefinden kann empirisch mehrfach nachgewiesen werden. In einem deutlichen Zusammenhang zur Selbstwirksamkeitserwartung steht die bereits erläuterte Kontrollüberzeugung. Der Zusammenhang besteht darin, dass Menschen mit einer tiefen Kontrollüberzeugung ihr Leben besonders durch externe Faktoren, wie beispielsweise Zufall, Schicksal oder andere Personen gesteuert sehen (Blaser et al., 2016, S. 17). Wer davon überzeugt ist, dass er oder sie sein oder

ihr Leben selbstbestimmt gestalten kann ist somit auch davon überzeugt, dass tägliche Lebensaufgaben mit den vorhandenen Kompetenzen gemeistert werden können. Somit stellen Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung wesentliche Kompetenzen für die in Art. 19 BRK enthaltenen Werte der Selbstbestimmung und Unabhängigkeit dar.

Im Bereich der Sportmedizin gibt es laut Ralf Brand (2010) verschiedene Ansätze, die den Effekt von körperlicher Aktivität auf das psychische Wohlbefinden zu erklären versuchen. Folgende Ansätze werden in Form von Hypothesen aufgeführt und wissenschaftlich überprüft (S. 54):

**Endorphinhypothese.** Unter körperlicher Belastung werden körpereigene Schmerzhemmer (Endorphine) ausgeschüttet, die für die positive Stimmungsveränderung verantwortlich sind.

**Katecholaminhypothese.** Weil ein Mangel der Neurotransmitter Dopamin, Adrenalin und Noradrenalin zentralnervös am Auftreten depressiver Stimmungszustände beteiligt ist und es unter körperlicher Belastung zu einer vermehrten Ausschüttung u.a. des Hormons Noradrenalin in den Blutkreislauf kommen kann, bedingen diese Katecholamine die Stimmungsveränderung.

**Thermoregulationshypothese.** Die aus körperlicher Aktivität resultierende gesteigerte Durchblutung und Stoffwechselaktivität und die korrespondierende Anhebung der Körpertemperatur begründen den Wohlbefindensanstieg.

**Immunsystemmodulationshypothese.** Insbesondere moderate sportliche Aktivität zieht hormonale Adaptationen nach sich, die zu einer Stärkung des Autoimmunsystems führen. Dies senkt einerseits die Wahrscheinlichkeit von körperlichen Erkrankungen und fördert gleichzeitig das subjektive Wohlbefinden.

**Ablenkungshypothese.** Körperliche Aktivität beansprucht die kognitive Informationsaufnahme und -verarbeitungskapazität, so dass von der Wahrnehmung anderer Stressoren abgelenkt wird.

**Selbstwirksamkeitshypothese.** Die Erfahrung und Überzeugung, mit körperlicher Aktivität einhergehende Anforderungen erfolgreich bewältigen zu können, wirkt sich positiv auf das habituelle Wohlbefinden aus.

**Annahme unspezifischer Begleiteffekte.** Zum Beispiel die Gesellschaft anderer Personen, die als sympathisch empfunden werden (oder auch bloße Erwartungseffekte) verursachen den Effekt.

**Endocannabinoidhypothese.** Sportliche Aktivität führt zu einer zentralnervösen Ausschüttung von körpereigenen Cannabinoiden. Dies ist eine Klasse von Neurotransmittern, die zentralnervös u.a. zu sehr intensiven subjektiven Erfahrungen, zu verringerter Schmerz Wahrnehmung, zu weniger situativer Ängstlichkeit und zu größerem allgemeinem Wohlbefinden beiträgt.

**Transiente Hypofrontalitätshypothese.** Neuronale Aktivität, die für höhere kognitive Aufgaben sowie die Verarbeitung emotionaler Information zuständig und im präfrontalen

Cortex angesiedelt ist, kann unter körperlicher Belastung nur eingeschränkt ablaufen, weil neuronale Ressourcen zu den sensorischen, motorischen und autonomen Hirnarealen verschoben werden.

(Brand, 2010, S. 55-56)

Für die Soziale Arbeit und die vorliegende Arbeit erscheint die Selbstwirksamkeitshypothese als besonders interessante Hypothese, welcher in den folgenden Kapiteln weiter nachgegangen wird.

#### 4.7 Wesentliche Erkenntnisse

Menschen mit einer psychischen Erkrankung leiden oft unter verschiedenen Folgen ihrer Erkrankung. Diese Folgen treten auf der sozialen, psychischen und körperlichen Ebene auf und wirken sich hinderlich auf eine unabhängige und somit selbstbestimmte Lebensführung der Betroffenen aus. Befragungen innerhalb der Schweiz zeigen auf, dass genügend Schlaf und Ruhe, körperliches Wohlbefinden und ausreichend Bewegung sich positiv auf das psychische Wohlbefinden auswirken, was wiederum eine personale Ressource darstellt. Eine weitere wichtige personale, respektive interne Ressource, ist die Selbstwirksamkeit. Durch eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung ist ein Mensch davon überzeugt, dass er oder sie anstehende Lebensaufgaben mit den vorhandenen Ressourcen bewältigen und sein oder ihr Leben selbstbestimmt leben kann. Die Selbstwirksamkeit wird somit zur zentralen Ressource auf dem Weg zur unabhängigen Lebensführung. Das folgende Kapitel soll aufzeigen, weshalb die regelmässige körperliche Aktivität die Selbstwirksamkeit von Menschen mit einer psychischen Erkrankung fördert.

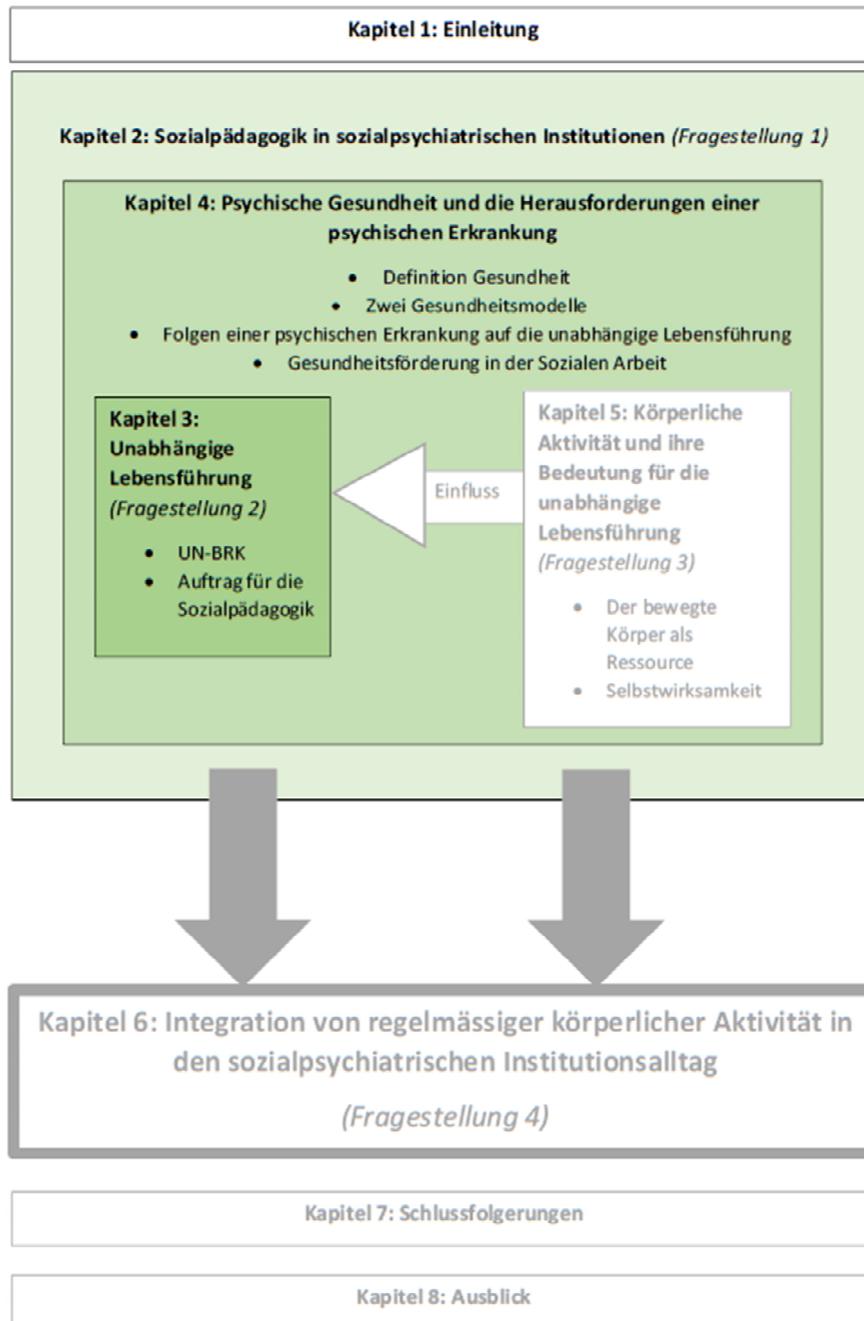


Abbildung 10: Kapitel 1-4 (eigene Darstellung)

## 5 Körperliche Aktivität und ihre Bedeutung für die unabhängige Lebensführung

Um in den folgenden Kapiteln den Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und unabhängiger Lebensführung erörtern zu können, wird in einem ersten Schritt der Begriff der körperlichen Aktivität erläutert sowie mit Zahlen und Fakten unterlegt.

### 5.1 Definition Körperliche Aktivität

Jede körperliche Bewegung, die durch Muskelarbeit entsteht und zu einer Steigerung des Energieverbrauchs führt, wird als körperliche Aktivität bezeichnet. Somit zählen alle Bewegungen des menschlichen Körpers, einschliesslich sportliche Betätigungen und Aktivitäten des täglichen Lebens dazu (Katharina Eckert, Martin Lange & Petra Wagner, 2014, S.99).

Das Bundesamt für Sport BASPO (2013) unterscheidet im *Konzept der relativen Intensität* zwischen Aktivitäten mittlerer und Aktivitäten hoher Intensität. Eine Bewegung, durch welche eine Person noch nicht zwingend ins Schwitzen kommt, jedoch eine schnellere Atmung zur Folge hat, gehört zu den Aktivitäten mittlerer Intensität. Dazu können beispielsweise Gartenarbeiten, schnelles Gehen, Fahrradfahren, Laubwischen oder Schneeschaufeln gezählt werden. Beim Ausüben von Aktivitäten hoher Intensität kommt die aktive Person, zusätzlich zur erhöhten Atemfrequenz, ins Schwitzen. Dazu gehören verschiedene Sportarten, durch welche grosse Muskelgruppen bewegt und trainiert werden. Beispiele dafür sind Schwimmen, Herz-Kreislauf-Training, Skifahren oder Tennisspielen. Ob eine bestimmte Bewegung zur Gruppe der mittleren oder hohen Intensität gehört, hängt nicht nur von der jeweiligen Bewegungsart ab, sondern auch von den individuellen Voraussetzungen der aktiven Person, sowie deren Einschätzung der Anstrengung. So kann Gartenarbeit für eine sportliche Person eine Aktivität mittlerer Intensität darstellen, eine andere Person kann eine Stunde Gartenarbeit hingegen als eine Aktivität hoher Intensität empfinden. Trotz beträchtlicher Unterschiede von Person zu Person, hat das Bundesamt für Sport Bewegungsempfehlungen für Erwachsene im erwerbsfähigen Alter veröffentlicht. Das BASPO empfiehlt, mindestens zweieinhalb Stunden pro Woche Aktivitäten mittlerer Intensität oder eineinviertel Stunden pro Woche Aktivitäten hoher Intensität auszuüben. Aktivitäten mit verschiedenen Intensitäten können auch miteinander kombiniert werden (S. 8-10). Die in der vorliegenden Arbeit genannte Regelmässigkeit der Aktivität bezieht sich somit auf die vom BASPO formulierten Empfehlungen.

## 5.2 Körperliche Aktivität in der Schweiz

Im Jahr 2013 hat das BASPO Zahlen zum Bewegungsverhalten der Schweizer Bevölkerung veröffentlicht. Dem Grundlagendokument *Gesundheitswirksame Bewegung* ist zu entnehmen, dass rund ein Drittel der Schweizer Bevölkerung ungenügend aktiv ist. Etwas weniger als die Hälfte dieser ungenügend aktiven Personen geben an, gänzlich inaktiv zu sein (BASPO, 2013, S. 19-20).

Aus verschiedenen Statistiken der aktuellsten *Schweizerischen Gesundheitsbefragung* aus dem Jahr 2012 lässt sich ablesen, zu welchen Personengruppen die ungenügend Aktiven gehören. So lassen sich Unterschiede bezüglich des Geschlechtes und der Herkunftsregion festhalten. Gemäss Bundesamt für Statistik BFS (2014) machen Frauen einen grösseren Teil der inaktiven oder teilaktiven Bevölkerungsgruppe aus. Zudem zeigen im Gegensatz zu Menschen mit Schweizer oder nord-/westeuropäischer Staatsangehörigkeit, Menschen aus einer südwesteuropäischen oder aussereuropäischen Herkunftsregion vermehrt inaktive oder teilaktive Bewegungsverhalten auf. Auch das Bildungsniveau scheint einen Einfluss auf das Bewegungsverhalten zu haben. So sind Personen mit obligatorischer Schule als höchsten Bildungsabschluss besonders häufig inaktiv oder teilaktiv - über 40% der genannten Personengruppe verfügt über eine ungenügende Aktivität in ihrem Alltag. Bei den Personen mit Tertiärabschluss sind es nur etwas mehr als 20% mit ungenügend aktivem Bewegungsverhalten (S. 2-3).

Dass regelmässige körperliche Aktivität Übergewicht, einem zu hohen Blutdruck oder Cholesterinspiegel, sowie Diabetes oder Rückenschmerzen entgegenwirken kann, hält die Autorin für allgemein bekannt. Einen möglichen Zusammenhang zwischen dem allgemeinen Gesundheitszustand und der körperlichen Aktivität zeigt Abbildung 11 auf. Gemäss BFS (2014) bezeichnen 40% der Personen mit einem inaktiven Lebensstil ihren selbst wahrgenommenen Gesundheitszustand als nicht gut. Bei den Teilaktiven scheinen es lediglich 17% zu sein, welche ihren Gesundheitszustand als schlecht beschreiben (S. 3-4).

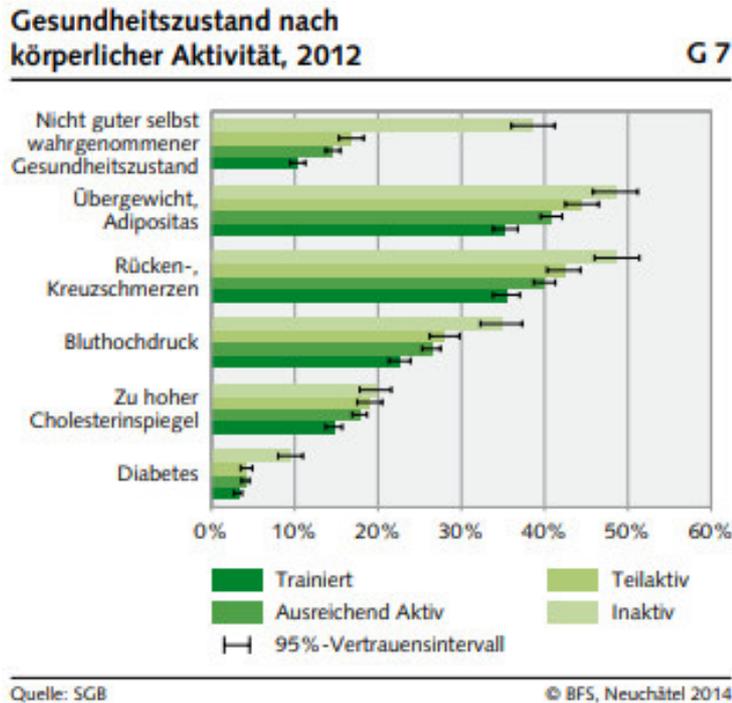


Abbildung 11: Gesundheitszustand nach körperlicher Aktivität (Quelle: Bundesamt für Statistik, 2014, S. 4)

Körperliche Beschwerden und ein schlechter selbstwahrgenommener Gesundheitszustand scheinen einen negativen Einfluss auf das psychische und physische Wohlbefinden einer Person zu haben (BFS, 2013, S. 14). Abbildung 12 macht diesen Zusammenhang der Faktoren körperliche Aktivität und psychische Gesundheit deutlich.

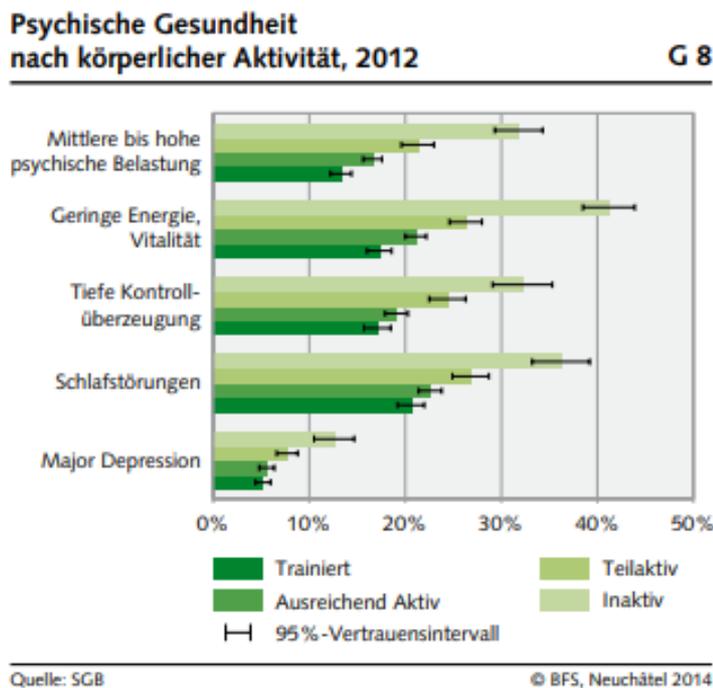


Abbildung 12: Psychische Gesundheit nach körperlicher Aktivität (Quelle: Bundesamt für Statistik, 2014, S. 4)

Trainierte und ausreichend Aktive sind demnach seltener von Schlafstörungen, einem geringen Energie- und Vitalitätsniveau, einer mittleren bis hohen psychischen Belastung oder einer Depression betroffen als Menschen mit einem inaktiven Lebensstil (BFS, 2014, S. 3-4). Auch der Faktor der Kontrollüberzeugung, welcher in Kapitel 3 ausgeführt wurde, ist ein Faktor, der wesentlich durch Inaktivität beeinträchtigt wird. Das Bundesamt für Statistik (2014) verwendet den Begriff der Kontrollüberzeugung identisch mit der hier verwendeten Definition und setzt ihn mit der selbstwahrgenommenen Einschätzung der selbstbestimmten Alltagsgestaltung gleich (S. 3). Neben dem bereits aufgezeigten Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Selbstbestimmung, kann gemäss den erläuterten Statistiken und Daten auch auf einen möglichen Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Selbstbestimmung geschlossen werden.

### 5.3 Bedeutung der körperlichen Aktivität für die Sozialpädagogik

Weshalb sich die Sozialpädagogik vermehrt mit dem Thema der körperlichen Aktivität auseinandersetzen sollte, macht das folgende Kapitel deutlich.

Der menschliche Körper ist in Bewegung solange wir leben. Mit dem Körper können sich Menschen ausdrücken und durch den Körper können sich Menschen spüren. Der Körper und das Selbst bilden eine Einheit, es existiert kein körperloses Dasein (Marianne Eisenburger, 2015, S. 253). Bewegung sorgt dafür, dass sich Menschen ihre Umwelt aneignen und sich entwickeln können (Lützenkirchen, 2016, S. 17). Die Sozialpädagogik unterstützt und begleitet Menschen darin, ihre eigene Wahl treffen zu können, die gesellschaftliche Teilhabe zu fördern, sie bezüglich ihrer Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit zu ermächtigen, sowie ihre Selbstbestimmung und Unabhängigkeit zu fördern (Avenir Social, 2010, S. 9). Um handeln zu können, brauchen Menschen ihren Körper. Er stellt das Instrument der Bewegung dar und ermächtigt den Körper alltägliche Handlung auszuführen. Eisenburger (2015) beschreibt drei Dimensionen der körperlichen Aktivität:

- Instrumentelle Dimension
- Soziale Dimension
- Personale Dimension

Die instrumentelle Dimension beschreibt, ob es möglich ist den eigenen Körper so zu kontrollieren, dass bestimmte Handlungen vollzogen werden können. Dies kann einen wesentlichen Einfluss auf die Lebensgestaltung einer Person haben (S. 255). Eine mögliche Herausforderung für die Kontrolle über den eigenen Körper, das Instrument zur Bewegung, stellt das Übergewicht dar. Gemäss Annette Immel-Sehr (2011) sind Menschen mit einer psychischen

Erkrankung und entsprechender Medikation nicht selten von Übergewicht betroffen. Obwohl die Appetitregulation im Gehirn eine hohe Komplexität aufweist, kann ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen der Wirkung eines Neuroleptikums und dem Ausmass der Gewichtszunahme der oder des Betroffenen festgestellt werden. Neben dem Einfluss auf die Appetitregulation haben laut Lützenkirchen (2016) Psychopharmaka auch einen wesentlichen Effekt auf die Müdigkeit von Betroffenen, was sich negativ auf deren Aktivitätsniveau auswirkt (S. 40). Durch solche körperlichen Veränderungen sind Betroffene in ihren Bewegungsmöglichkeiten während Alltagshandlungen eingeschränkt (Eisenburger, 2015, S. 255).

Eine weitere Dimension stellt die soziale Dimension dar. Durch den Körper und dessen Aktivität stellen Menschen Beziehungen untereinander her. Die Gestaltung von sozialen Kontakten wird dann erschwert, wenn Kommunikations- und Bewegungsfähigkeiten eingeschränkt sind (Eisenburger, 2015, S. 256). Die Soziale Arbeit setzt sich dafür ein, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung am gesellschaftlichen Leben teilhaben und selbstbestimmt an der Gestaltung der Sozialstruktur mitwirken können (Avenir Social, 2010, S. 9). Dies setzt voraus, dass es den Betroffenen gelingt soziale Kontakte herzustellen.

Als letzte Dimension des Körpers und dessen Bewegung nennt Eisenburger (2015) die personale Dimension. Der Körper, seine Bewegung, die Psyche und die Persönlichkeit eines Menschen beeinflussen sich gegenseitig und können nicht getrennt voneinander betrachtet werden. Somit können psychische Beeinträchtigungen den Körper und seine Bewegungsfähigkeiten einschränken, aber auch umgekehrt. Gleichzeitig bedeutet dies auch, dass die Förderung der körperlichen Aktivität einen förderlichen Einfluss auf die menschliche Psyche, das Wohlbefinden und die Persönlichkeit eines Menschen haben kann. Der Körper und dessen Aktivität hat bisher in der Sozialen Arbeit noch kaum Wichtigkeit erlangt (S. 257). Der Körper in der Sozialen Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung als Ressource zu betrachten, sieht die Autorin als unumgänglich.

Lützenkirchen (2016) macht deutlich, dass Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen deutlich seltener an organisierten Bewegungsangeboten teilnehmen als andere Personengruppen. Für die Soziale Arbeit entsteht deshalb ein Auftrag, weil die betroffenen Bevölkerungsgruppen gleichzeitig von fehlender gesellschaftlicher Teilhabe und vermehrten Gesundheitsrisiken betroffen sind. Die Soziale Arbeit muss sich demnach mehr für die gesundheitlichen Ungleichheiten in der Gesellschaft einsetzen, in dem sie sich im Bereich der bewegungsorientierten oder körperbezogenen Sozialen Arbeit stark macht. Lützenkirchen (2016) hebt hervor, dass körperliche Aktivitäten in unterschiedlichen Fachbereichen zur Reduktion von

Ungleichheiten, der Verbesserung der Lebensqualität, der Integration und der Ermächtigung von Menschen mit Unterstützungsbedarf beitragen sollen. Besonders bei Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung sollten bewegungsorientierte Interventionsansätze fester Bestandteil der täglichen Arbeit werden, da der förderliche Einfluss von regelmässiger körperlicher Aktivität auf das psychische Wohlbefinden mehrfach belegt ist (S. 9-10). So kommen körperlichen Aktivitäten in den Fachbereichen der Sozialpädagogik eine wichtige Bedeutung zu. Insbesondere im Hinblick auf die Alltagsbewältigung und Selbstsorge, zwei zentrale Aufgaben der Sozialpädagogik, wirkt sich körperliche Aktivität förderlich aus (Lützenkirchen, 2016, S. 20). Die Autorin hebt weiter hervor, dass die Sozialpädagogik verantwortlich dafür ist, ihre Klientel in deren Motivation, Aktivierung und Inanspruchnahme zielgruppenadäquater Angebote im Bereich der körperlichen Aktivität zu unterstützen und begleiten (Lützenkirchen, 2016, S. 40).

#### 5.4 Regelmässige körperliche Aktivität als Herausforderung für Menschen in sozialpsychiatrischen Institutionen

Kiselev, Kloimstein und Lichtsteiner (2015) bewerten es positiv, dass körperliche Aktivität bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung in der Schweiz seit einigen Jahren immer mehr an Bedeutung gewinnt. Als Folge dessen haben sich inzwischen in vielen psychiatrischen Kliniken sporttherapeutische Angebote etabliert. Als problematisch betrachtet wird von den Autoren die Zeit der Betroffenen nach einem Klinikaufenthalt. Jährlich nehmen mehrere zehntausend Menschen in der Schweiz einen Klinikaufenthalt in Anspruch, oft ohne Anschluss zu einem passenden Bewegungsangebot. Grund dafür ist, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung eine Zielgruppe darstellen, welche weder in den Bereich des klassischen Behindertensports noch in denjenigen Sportbereich der Menschen ohne Behinderung passt. Den meisten Betroffenen scheint es an Motivation fehlt, nach einem Klinikaufenthalt regelmässig allein körperlich aktiv zu sein. Auch niederschwellige Angebote, wie die Teilnahme an Bewegungsangeboten in Turn- und Sportvereinen, werden meist gemieden. Zu gross ist die Angst vor einer durch Medikamente bedingte verminderte Kondition oder durch Stigmatisierung bedingte Ablehnung (S. 969-971).

#### 5.5 Einfluss von regelmässiger körperlicher Aktivität auf die unabhängige Lebensführung

Gemäss Jannis Alexandridis (2012) konnten diverse Autorenschaften feststellen, dass körperliche Aktivität eine Steigerung des biopsychosozialen Wohlbefindens zur Folge hat (S. 77).

Der Zusammenhang von körperlicher Aktivität und dem Wohlbefinden wird von Hedda Lausberg (2012) aufgegriffen. So haben gemäss der Autorin Aufwärtsbewegungen und eine aufrechte

Körperhaltung einen positiven Einfluss auf die Psyche, da dadurch die Erinnerung an positive Gedanken gestärkt wird. Im Gegensatz dazu sorgt eine gekrümmte Körperhaltung für die Förderung von Erinnerungen an negative Gedanken (S. 14). Weiter beschreibt Lausberg (2012), dass eine Korrelation zwischen psychischen Erkrankungen und Veränderungen des Bewegungsverhaltens nachgewiesen werden kann. Diese Veränderungen können dabei je nach Krankheitsbild unterschiedlich ausfallen. Teilweise zeigen sich willkürliche oder unwillkürliche Bewegungen, psychomotorische Defizite, Veränderungen im Bereich der Bewegungsqualität oder auch Veränderungen auf der nonverbalen interaktiven Ebene (S. 16).

Frank Hänsel (2007) teilt die Effekte von regelmässiger körperlicher Aktivität auf die psychische Gesundheit in zwei Gruppen ein: Emotionale Aspekte und Selbstwahrnehmung. Wesentliche Effekte auf der emotionalen Ebene sind die Reduktion von Müdigkeit, Depressivität und Spannungen. Zusätzlich fördert körperliche Aktivität das Energie- und Vitalitätsniveau (S. 37). Zum Bereich der Selbstwahrnehmung zählt Hänsel (2007) den Selbstwert, das Körperbild, das Selbstkonzept, sowie die Selbstwirksamkeitserwartung. Unterschiedliche Studien belegen, dass körperliche Aktivität einen positiven Einfluss auf diese Faktoren hat (S. 37-38). Auch Tobias Staiger (2015) hält fest, dass regelmässige körperliche Aktivität einen wesentlichen Einfluss auf das Selbstwertgefühl, das physische Selbstkonzept und die Selbstwirksamkeit hat. Das Selbstwertgefühl wird besonders bei Personen gestärkt, die durch die körperliche Aktivität eine Veränderung ihrer körperlichen Erscheinung erzielen können. Zu einer Verbesserung des physischen Selbstkonzepts kommt es vor allem bezüglich der durch die körperliche Aktivität veränderten Faktoren Kraft, Schnelligkeit, Kondition, aber auch Attraktivität und Ausstrahlung. Die Selbstwirksamkeitserwartung wirkt als wesentlicher Faktor im Wechselspiel zwischen körperlicher Aktivität und psychischem Wohlbefinden (S. 30). Lützenkirchen (2016) unterstützt den aufgezeigten Einfluss auf die drei Faktoren, aber erweitert die beeinflussten Faktoren um einige Punkte. Sie unterteilt die Wirkmechanismen von körperlicher Aktivität in körperliche und psychische Effekte, wobei die Liste der psychischen Effekte wesentlich länger ist. Regelmässige körperliche Aktivität sorgt demnach unter anderem für bessere Schlafqualität, für die Stärkung eines positiven Selbstbildes, für den Abbau innerer Spannungszustände und die Stärkung der Selbstwirksamkeit (S. 39). Weil die Selbstwirksamkeit als unumgänglicher Aspekt auf dem Weg zur unabhängigen Lebensführung betrachtet wird, geht das folgende Kapitel vertieft auf die Selbstwirksamkeit und deren Entstehung ein.

### 5.5.1 Das Konzept der Selbstwirksamkeit

Ralf Schwarzer und Matthias Jerusalem (2002) betonen die Wichtigkeit einer positiven Erwartungshaltung für die Bewältigung von herausfordernden Aufgaben. Positive Erwartungshaltungen wirken sich förderlich auf die optimistische Einschätzung solcher Aufgaben aus. Auch körperliche Erregungszustände während herausfordernden Situationen können durch positive Erwartungshaltungen reduziert werden. Längerfristig trägt diese Haltung zur psychischen und physischen Widerstandsfähigkeit eines Menschen bei. Die Selbstwirksamkeitserwartung, Antonovskys Kohärenzsinn, sowie die Kontrollüberzeugung sind Konzepte, bei welchen die positiven Erwartungshaltungen den Kern des Konstrukts bilden. Durch diese Haltung soll es Menschen gelingen, sich mit herausfordernden Situationen zu konfrontieren und diese aktiv und optimistisch anzugehen. Bevor herausfordernde Situationen bewältigt werden können, müssen diese von der betroffenen Person eingeschätzt werden. Gemäss Schwarzer und Jerusalem (2002) gibt es verschiedene Ursachenfaktoren, sogenannte Attributionsmuster, entwickelt von Martin Seligman in den 1970er Jahren, welche die Betroffenen der gegebenen Situation zuschreiben:

- internal: Die Ursache für die Situation liegt bei der Person
- external: Die Ursache für die Situation liegt bei äusseren Umständen
- stabil: Die Ursache für die Situation ist unveränderlich, also nicht nur vorübergehend
- variabel: Die Ursache für die Situation ist vorübergehend und veränderlich

Menschen mit depressiven Erkrankungen sehen die Ursache für negative Ereignisse oft bei sich selbst. Sie gehen sie davon aus, dass die Ursache immer bei ihnen liegen wird. Somit kann bei diesen Menschen bezüglich negativer Ereignisse in vielen Fällen ein internes und stabiles Attributionsmuster festgestellt werden. Zuversichtliche Personen schreiben sich im Gegensatz dazu öfter positive Ereignisse zu, während negative Ereignisse eher durch externale Umstände begründet werden. Diese wiederum werden oft als variabel interpretiert, so dass bei negativen Ereignissen meist davon ausgegangen wird, dass diese auch wieder vorübergehen. Optimistische Personen sehen die Ursachen für positive Ereignisse öfter als stabil an (S. 29-32).

Die Selbstwirksamkeitserwartung zeichnet sich gemäss Gesundheitsförderung Schweiz (2019) dadurch aus, dass Menschen überzeugt davon sind mithilfe eigener Kompetenzen Herausforderungen zu bewältigen, also eine positive subjektive Erwartungshaltung haben. Damit nach der Erfahrung der positiven Bewältigung die Selbstwirksamkeit gestärkt werden

kann, sollte die betroffene Person die Ursachen für die Bewältigung sich selbst und eher stabilen Faktoren zuschreiben. Die Bewältigung soll nicht durch einen Zufall oder rein äussere Faktoren erklärt werden. Somit spielen eigene Erfahrungen eine der wichtigsten Rolle für die Entwicklung von Selbstwirksamkeit. Die Selbstwirksamkeitserwartung kann jedoch auch gefördert werden, indem andere Personen beim Bewältigen einer vergleichbaren herausfordernden Situation beobachtet werden. Auch die Ermutigung durch andere Personen, sowie eigene körperliche und emotionale Empfindungen können zur Selbstwirksamkeitserwartung beitragen. Zittern vor Aufregung oder Herzklopfen sind Beispiele für körperliche Reaktionen vor oder während herausfordernden Situationen. Diese Empfindungen können als Antrieb für die zu bewältigende Situation wirken (S. 5-7).

Selbstwirksamkeit, vergleichbar mit Antonovskys Handhabbarkeit (vgl. Kapitel 4.2.1) wirkt sich positiv auf das psychische Wohlbefinden und den Optimismus aus. In herausfordernden Situationen können Betroffene ruhig bleiben, weil sie das Vertrauen in sich haben, die Situation mit den vorhandenen Kompetenzen bewältigen zu können. Dies wirkt sich positiv auf die psychische Gesundheit aus und kann mit dem bereits erläuterten Begriff der Kontrollüberzeugung gleichgesetzt werden (Gesundheitsförderung Schweiz, 2019, S. 8). Die Kontrollüberzeugung wiederum kann als Indikator für die psychische Gesundheit bezeichnet werden, wie die Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 - aufgezeigt in Kapitel 3.2, Abbildung 3 – zeigen. Gemäss Gesundheitsförderung Schweiz (2019) trägt die Selbstwirksamkeit als einer der zentralsten Faktoren zur kompetenten und somit unabhängigen Lebensführung bei (S. 8).

Für die vorliegende Arbeit lässt sich somit festhalten, dass die Entwicklung von Selbstwirksamkeit der Klientel in sozialpsychiatrischen Institutionen von grosser Wichtigkeit ist und unterschiedlich unterstützt werden kann. Das Vorleben und regelmässige Thematisieren von Selbstwirksamkeit, aber auch das Ermutigen gehören zu den Möglichkeiten der Fachpersonen, einen Beitrag zur Förderung der Selbstwirksamkeit ihrer Klientel zu leisten. Dennoch muss Selbstwirksamkeit von den Betroffenen erlebt werden können. Welche Möglichkeiten es dafür innerhalb einer Institution gibt, wird im nachfolgenden Kapitel aufgezeigt.

### **5.5.2 Selbstwirksamkeit durch regelmässige körperliche Aktivität**

Der Körper hat die Funktion dem Menschen ständig Informationen über den Eigenzustand zu liefern. Der regelmässige Blick in den Spiegel macht das äussere Erscheinungsbild sichtbar. Physiologische Funktionen, wie etwa der Herzschlag, die Schweissproduktion oder der Puls

zeigen die aktuelle Befindlichkeit einer Person auf und machen spürbar in welchem Mass jemand gegenwärtig leistungsbereit ist. Körperliche Funktionen können auch Auskunft über das emotionale Befinden einer Person geben, etwa durch die rote Gesichtsfarbe bei peinlicher Berührung oder Aufregung (Hans-Jürgen Balz, 2015, S. 112).

Ruth Haas (2015) geht einen Schritt weiter indem sie betont, dass sich die Persönlichkeit und Identität eines Menschen durch lebenslange mit dem Körper handelnde Lebensbewältigung entwickelt. Über den Körper entwickeln Menschen ein Bewusstsein über ihre Selbstwirksamkeit und die dafür benötigten Kompetenzen. Die Erfahrungen, welche Menschen durch selbstbestimmtes Handeln mit ihrem eigenen Körper gemachten haben, bilden den Kern der Selbstwirksamkeitsbildung durch körperliche Aktivität (S. 240). Diese positiven Erfahrungen lassen einen Menschen Vertrauen bezüglich der eigenen Belastbarkeit aufbauen, was sich wiederum positiv auf das Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit auswirkt (Lützenkirchen, 2016, S. 53). Für die vorliegende Arbeit stellt dies eine wichtige Erkenntnis dar. Die körperliche Aktivität kann so als Instrument zur Erreichung eines wesentlichen Ziels der Sozialpädagogik betrachtet werden. Der positive Einfluss von regelmässiger körperlicher Aktivität auf die Selbstwirksamkeit kann mit dem *Systemischen Anforderungs-Ressourcenmodell* erklärt werden, welches im folgenden Kapitel erläutert wird.

## 5.6 Das Systemische Anforderungs-Ressourcenmodell

Haas (2015) ist überzeugt, dass die gesundheitlichen Ressourcen eines Menschen wesentliche Faktoren zur Förderung des psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens darstellen. Das *Systemische Anforderungs-Ressourcenmodell* (SAR-Modell), welches Peter Becker in den 90er Jahren aus Antonovskys Salutogenese-Konzept entwickelt hat, geht von internen und externen Anforderungen, sowie internen und externen Ressourcen aus. Zu den internen Anforderungen werden unterschiedliche Bedürfnisse gezählt, wie beispielsweise das Bedürfnis nach Schlaf, Nahrung oder auch Bewegung. Externe Anforderungen können aus verschiedenen Bereichen des Lebens entstehen. Dazu gehören u.a. die Bereiche der Freizeit, der Arbeit und der Familie. Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeitserwartung, Wissen, körperliche Fitness und Kontrolliertheit sind nur wenige von vielen internen menschlichen Ressourcen. Das SAR-Modell geht davon aus, dass das Wohlbefinden eines Menschen davon abhängt, wie es ihm gelingt, interne und externe Anforderungen mithilfe interner und externer Ressourcen zu meistern. Dabei wird der Körper als Ort der körperlichen, emotionalen und psychosozialen Bedürfnisbefriedigung betrachtet und erlangt dadurch eine grosse Bedeutung im Gesundheitsprozess. Die Körperlichkeit und der bewegte Körper werden nicht nur in der

Kindheit, sondern auch im Erwachsenenalter im Hinblick auf die Gesundheitsentwicklung als wichtige Ressource betrachtet. Eine Voraussetzung für das Nutzen von externen Ressourcen stellt das Vorhandensein von ausreichend internen Ressourcen dar (S. 234-236).

Diese Annahme unterstützt den in Kapitel 3 geforderten und formulierten Auftrag der Sozialpädagogik in Bezug auf Art. 19 BRK. Damit die Menschen in sozialpsychiatrischen Institutionen den Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten und Einrichtungen nutzen können, benötigen sie interne Ressourcen, die ihnen die Inanspruchnahme solcher Dienstleistungen ermöglichen. Eine selbstbestimmte Auswahl des zukünftigen Aufenthaltsortes und der dazugehörigen Wohnform setzt voraus, dass interne Ressourcen vorhanden sind, welche eine solche Entscheidung möglich machen. Neben den bereits in den vorangegangenen Kapiteln erwähnten internen Ressourcen der Selbstwirksamkeit und Kontrollüberzeugung, wird im Folgenden aufgezeigt, dass auch der bewegte Körper eine interne Ressource auf dem Weg zur unabhängigen Lebensführung darstellt.

### 5.7 Selbstwirksamkeit durch körperliche Aktivität gemäss Kinaesthetics

Bereits in den 1960er Jahren wurde in den USA eine Theorie im Bereich der Psychologie entwickelt, die den engen Zusammenhang zwischen Körper und Psyche aufzeigt. Die Theorie der Verhaltenskybernetik geht davon aus, dass körperliche Bewegung alle Funktionen der Sinneszellen steuert. Bewegung funktioniert somit als Kontrollsystem jeder Wahrnehmung, jedes Denkens und jeder Empfindung. Anders als bei linearen Verhaltenstheorien geht die Verhaltenskybernetik davon aus, dass es keine sogenannte entkörperterte Psyche gibt. Die Sinneswahrnehmung und die körperliche Bewegung stehen in einem engen Verhältnis zueinander (Karl Ulrich Smith, 1966; zit. in Stiftung Lebensqualität, 2007, S. 25). Dies ist eine interessante Verbindung, welche für die vorliegende Arbeit grosse Relevanz hat.

An die verhaltenskybernetischen Grundlagen knüpften Frank Hatch und Lenny Maietta an, als sie in den 1980er Jahren Kinaesthetics gründeten. Seither beschäftigt sich Kinaesthetics mit der Entwicklung einer bewussten Bewegungswahrnehmung und Bewegungskompetenz, sowie der Kompetenz, die eigene Körperbewegung im Dialog mit der Klientel so einzusetzen, dass diese in ihrer eigenen Bewegungskompetenz und ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Kinaesthetics bezeichnet die körperliche Bewegung als eine Lebensgrundlage. Menschen sollen ein Bewusstsein für ihre körperliche Bewegung sowie ihre Bewegungsmuster und -kompetenzen erlangen und diese wahrnehmen können. Dies begünstigt eine nachhaltige Förderung der Entwicklungs- und Lernkompetenzen, sowie der physischen und psychischen Gesundheit. Kinaesthetics hat zum Ziel, die Selbstständigkeit und Selbstwirksamkeit und somit die

Lebensqualität der Klientel zu fördern (Kinaesthetics, 2008). Kinaesthetics teilt somit Ziele der Sozialpädagogik und könnte ein wichtiges Konzept sein, das bisher in der Sozialpädagogik unzureichend berücksichtigt wurde.

## 5.8 Der bewegte Körper als Ressource

Kinaesthetics ist nicht das einzige Konzept, das auf den verhaltenskybernetischen Annahmen aufbaut. Kapitel 2.4 hat gezeigt, dass eine der Aufgaben der Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen das Erschliessen von Ressourcen ist. Weshalb der bewegte Körper als eine von vielen zu erschliessenden Ressourcen darstellt, wird an dieser Stelle aufgezeigt. Laut Haas (2015) sind die kognitiven, emotionalen und somatischen Kompetenzen eng miteinander verknüpft. Indem der bewegte Körper als Ressource betrachtet wird, kann davon ausgegangen werden, dass Prozesse des Denkens und Fühlens fest im Körper verankert sind. Gleichzeitig hat diese Annahme zur Folge, dass Veränderungen des körperlichen Zustandes einen Einfluss auf die Emotionen und die Kognition haben (S. 237). Dies erklärt den in Kapitel 4.4 aufgezeigten Zusammenhang zwischen der psychischen Gesundheit und der körperlichen Aktivität der in der Schweiz befragten Personen. Auch die in Kapitel 4.3 aufgeführte Grafik über die Wechselwirkung von psychischer Belastung und körperlichen Beschwerden kann somit erklärt werden. Haas (2015) zeigt auf, dass der wechselseitige Einfluss von Kognition, Emotionen und Körper damit begründet werden kann, dass es sich dabei nicht um lineare sondern zirkuläre Prozesse handelt (ebd.). Dies entspricht auch der verhaltenskybernetischen Theorie von Karl Ullrich Smith. Demnach laufen zwischen dem zentralen Nervensystem, der körperlichen Bewegung und der Wahrnehmung ständige Feedbackprozesse ab. Alle drei Bereiche beeinflussen sich stets gegenseitig und funktionieren somit zirkulär (Stiftung Lebensqualität, 2009, S. 37). Weil der bewegte Körper auch im Erwachsenenalter eine Ressource auf sozialer, physischer und psychischer Ebene darstellt (Haas, 2015, S. 248), gilt es diesen als Fachperson der Sozialpädagogik stets im Fokus der zu erschliessenden Ressourcen zu halten.

## 5.9 Wesentliche Erkenntnisse

Das fünfte Kapitel gibt Antworten auf folgende Frage: **Was bedeutet körperliche Aktivität und welche Auswirkungen hat sie auf die unabhängige Lebensführung?**

Unter körperlicher Aktivität wird jede körperliche Bewegung, die durch Muskelarbeit entsteht und zu einer Steigerung des Energieverbrauchs führt, verstanden.

Das Bundesamt für Sport zeigt in seinen Studien auf, dass mehr als ein Drittel der Schweizer Bevölkerung ungenügend aktiv ist. Ein Grossteil der Menschen mit einem inaktiven Lebensstil berichtet von einem schlechten selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand. Menschen mit einem inaktiven Lebensstil sind wesentlich häufiger von einer mittleren bis hohen psychischen Belastung und einer tiefen Kontrollüberzeugung betroffen. Weil Körper und Psyche nicht voneinander getrennt werden können und sich Menschen durch die körperliche Bewegung ihre Umwelt aneignen, muss die Sozialpädagogik den körperlichen Aspekten mehr Bedeutung schenken. Menschen mit einer psychischen Erkrankung leiden aufgrund ihrer Medikamente oft an Übergewicht und Müdigkeit, was sich negativ auf das Aktivitätsniveau auswirkt. Weil der förderliche Einfluss von regelmässiger körperlicher Aktivität auf das psychische Wohlbefinden mehrfach belegt ist, muss die Sozialpädagogik vermehrt bewegungs- und körperorientiert arbeiten. Wenn es Betroffenen gelingt, ihr Aktivitätsniveau zu steigern, kann dadurch die Handlungsfähigkeit einer Person und somit die soziale Teilhabe gefördert werden. Die Teilnahme an öffentlichen Bewegungsangeboten stellt für viele Betroffene eine Herausforderung dar, aufgrund mangelnder Kondition oder Angst vor Stigmatisierung oder Diskriminierung.

Regelmässige körperliche Aktivität hat nicht nur einen positiven Einfluss auf psychische und physische Gesundheit eines Menschen, sondern auch auf die Selbstwirksamkeitserwartung. Ein hohes Mass an Selbstwirksamkeitserwartung sorgt für Zuversicht bezüglich Bewältigung herausfordernder Aufgaben und Situationen. Über den Körper entwickeln Menschen ein Bewusstsein über ihre Selbstwirksamkeit und die dafür benötigten Kompetenzen. Die Erfahrungen, welche Menschen durch selbstbestimmtes Handeln mit ihrem eigenen Körper machen, bilden den Kern der Selbstwirksamkeitsbildung durch körperliche Aktivität.

Diese durch körperliche Aktivität geförderten Faktoren der Selbstwirksamkeit, der Kontrollüberzeugung und der sozialen Teilhabe sind wesentliche Aspekte für die unabhängige Lebensführung eines Menschen.

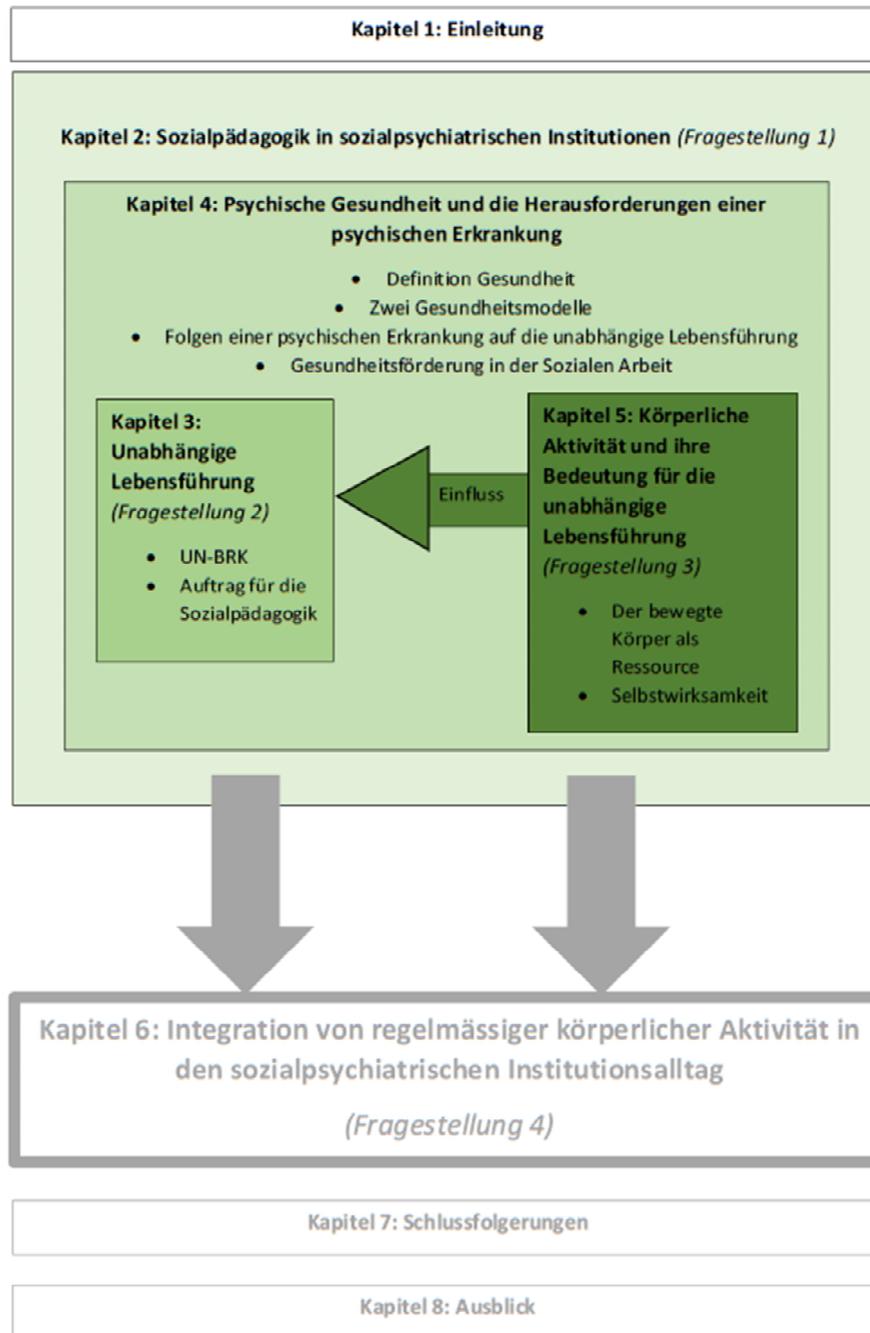


Abbildung 13: Kapitel 1-5 (eigene Darstellung)

## 6 Integration von regelmässiger körperlicher Aktivität in den sozialpsychiatrischen Institutionsalltag

In den letzten Kapiteln wurde deutlich, dass die regelmässige körperliche Aktivität einen Teil zur Förderung der unabhängigen Lebensführung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung beitragen kann. Für die alltägliche Praxis der Sozialpädagogik ist nun die Frage von besonderem Interesse, auf welche Art und Weise die körperliche Aktivität im Institutionsalltag gefördert werden kann. Auf diese Frage geben die nachfolgenden Kapitel Antworten.

## 6.1 Fachwissen über Einfluss von regelmässiger körperlicher Aktivität auf die unabhängige Lebensführung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung

Bevor Fachpersonen der Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen vermehrt körper- und bewegungsorientiert arbeiten, brauchen sie das Wissen über die verschiedenen und vielseitigen Möglichkeiten der körperlichen Aktivität mit den unterschiedlichen Intensitätsgraden. Weiter muss ihnen der positive Einfluss von regelmässiger körperlicher Aktivität auf die unabhängige Lebensführung ihrer Klientel bewusst sein. Erst wenn die betroffenen Fachpersonen den Nutzen darin sehen, können sie dazu motiviert werden, die Körper- und Bewegungsorientierung in ihren Arbeitsalltag zu integrieren. Nach dem angeeigneten Wissen über die Wirkmechanismen, können die Fachpersonen der Sozialpädagogik ihre Klientel auf verschiedenen Ebenen unterstützen und begleiten.

## 6.2 Unterstützung der Klientel in der nachhaltigen Veränderung des Aktivitätsverhaltens

Der Alltag zeigt, wie schwierig es sein kann Vorsätze umzusetzen. Vorsätze oder Absichten allein reichen oft nicht aus, um eine Verhaltensänderung im Alltag vorzunehmen. Neben motivationalen Faktoren muss eine Person auch volitionale Faktoren bilden. Denn erst durch konkrete Willensprozesse können aus Absichten Verhaltensänderungen werden (Brand, 2010, S. 60).

In den vergangenen Jahren sind verschiedene Motivationsmodelle entstanden. In der Sportpsychologie hat sich gemäss Brand (2010) besonders das *Motivations-Volitions-Modell* (kurz MoVo-Modell) von Reinhard Fuchs aus dem Jahr 2007 etabliert. In diesem Modell wird die Intensität einer Absicht durch drei Faktoren beeinflusst: Konsequenzerwartung, Verhaltenskontrolle (entspricht der Selbstwirksamkeitserwartung) und Selbstkonkordanz. Abbildung 14 zeigt auf, dass es sich bei der Verhaltensänderung gemäss MoVo-Modell um einen kreisförmigen Prozess handelt. Je mehr die Zielabsichten den authentischen Werten und Interessen einer Person entsprechen, also je grösser die Selbstkonkordanz, desto stärker werden die Umsetzungsabsichten. Damit die beabsichtigte Handlung initiiert werden kann, muss die Willenskraft so stark sein, dass konkurrierende Handlungsmöglichkeiten abgelehnt werden können. Bei jeder ausgeführten Handlung erlebt eine Person sogenannte Konsequenzerfahrungen, welche wiederum die Konsequenzerwartungen als wesentlichen Ursprungsfaktor prägen (S. 61-62).

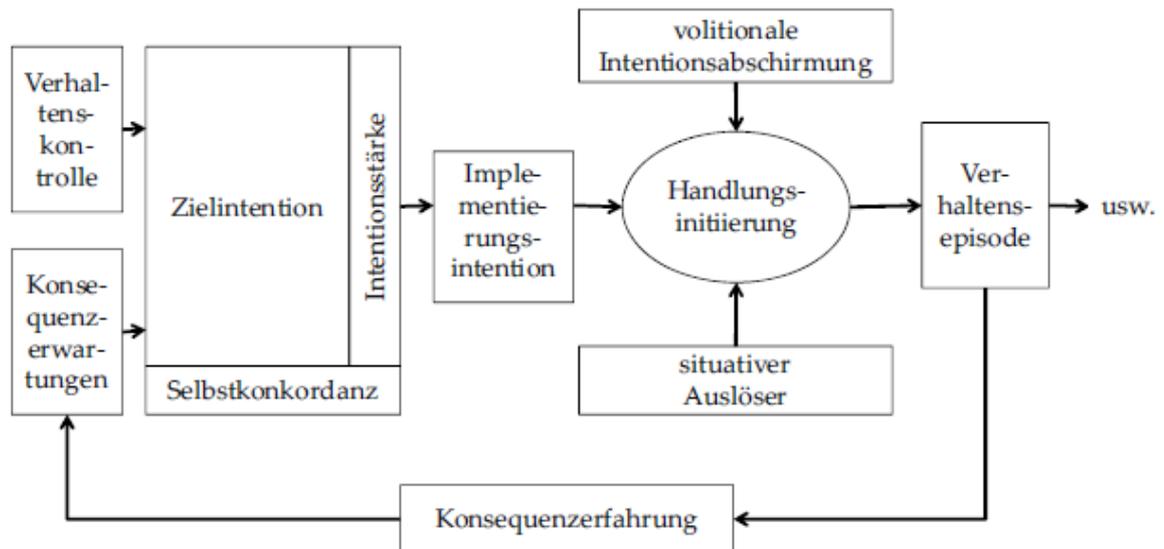


Abbildung 14: MoVo-Prozessmodell (Quelle: Fuchs, 2007, S. 318)

Die Sozialpädagogik kann ihre Klientel innerhalb dieses Prozesses auf unterschiedliche Weise unterstützen. Positive und negative Konsequenzerfahrungen können nicht rückgängig gemacht oder verändert werden. Sie können jedoch innerhalb der Institution gemeinsam mit der betroffenen Person nachbesprochen werden. Gemeinsam kann beispielsweise reflektiert werden, an welchem Punkt des MoVo-Modells die Umsetzung der Verhaltensänderung an Grenzen stieß. Dies kann für die betroffene Person eine Sensibilisierung für zukünftige Absichten bezüglich Verhaltensänderung darstellen. Einen besonderen Fokus sollte die Sozialpädagogik in der Zusammenarbeit mit ihrer Klientel auf dem Aspekt der Selbstkonkordanz haben. Dies wird nachführend erläutert.

### 6.2.1 Gewährleistung der Selbstkonkordanz

Auch Jitka Stredova (2014) hat in ihren Studien den Zusammenhang zwischen psychischem Wohlbefinden und körperlicher Aktivität untersucht. Ihren Forschungen liegt das Selbstkonkordanz-Modell von Kennon Sheldon und Andrew J. Elliot aus den 1990er-Jahren zugrunde. Mit der sogenannten Ziel-Selbstkonkordanz ist wie beim MoVo-Modell gemeint, in welchem Ausmass ein Ziel den authentischen Interessen einer Person entspricht (S. 349). Die Selbstkonkordanz erinnert dabei an die in Antonovskys Salutogenese enthaltene Bedeutsamkeit, welche in Kombination mit einer hohen Handhabbarkeit zu einer positiven Veränderung der Gesundheit beitragen kann.

Durch verschiedene Studien kann gemäss Stredova (2014) ein Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität und der Selbstkonkordanz aufgezeigt werden. Eine besondere

Wichtigkeit bekommt die Selbstkonkordanz bei der Ausführung von Alltagsaktivitäten wie Gartenarbeit, Fahrradfahren oder diversen Hausarbeiten (S. 372). Für die sozialpädagogische Praxis in sozialpsychiatrischen Institutionen bedeutet dies, dass in jedem einzelnen Fall die Interessen der oder des Betroffenen bezüglich möglicher Aktivitäten abgefragt oder analysiert werden müssen. Je grösser die authentischen Interessen einer Person für eine bestimmte Aktivität sind, desto nachhaltiger zeigt sich die Anstrengung der Person für die betreffende Aktivität. Dies wiederum hat gemäss Stredova (2014) positive und bedürfnisbefriedigende Erfahrungen und längerfristig eine positive Veränderung der psychischen Gesundheit zur Folge (S. 372).

Eine auf Vertrauen basierte Zusammenarbeit zwischen Klientel und Fachpersonen begünstigt Offenheit und Ehrlichkeit seitens der Klientel. Durch Interesse an der Person, aktives Zuhören und eine klientenzentrierte Haltung seitens der Fachpersonen kann eine professionelle Beziehung aufgebaut werden, welche die authentischen Interessen der betroffenen Person für bestimmte Aktivitäten zum Ausdruck bringen lassen kann.

#### 6.2.2 Motivierende Gesprächsführung zur Förderung der Verhaltensänderung

Zusätzlich unterstützend für eine nachhaltige Verhaltensänderung gemäss MoVo-Modell wirkt eine entsprechende Arbeitshaltung der Fachpersonen. Wenn Fachpersonen der Sozialpädagogik nach dem Konzept der *Motivierenden Gesprächsführung* arbeiten, kann sich dies förderlich auf die Entwicklung von Eigenmotivation der Klientel zu regelmässiger körperlicher Aktivität auswirken (Andreas Broocks, 2012, S. 89). Weil der positive Einfluss dieses Konzepts auf die Wirkung einer Verhaltensänderung mehrfach nachgewiesen wurde, wird an dieser Stelle die *Motivierende Gesprächsführung* (englisch *Motivational Interviewing*, kurz MI) ausgeführt. Das Konzept wird von William R. Miller und Stephen Rollnick (2013/2015) folgendermassen definiert:

- *Motivational Interviewing* ist ein kooperativer Gesprächsstil, mit dem wir einen Menschen in seiner eigenen Motivation zur und seinem eigenen Engagement für Veränderung stärken.
- Der Grundstil von MI ist ein geleitender, der zwischen einem *lenkenden* und einem *folgenden* Stil angesiedelt ist und Elemente von beiden aufgreift.
- Ambivalenz ist ein normaler Bestandteil der Vorbereitung auf Veränderung und ein Zustand, in dem ein Mensch einige Zeit festsitzen kann.

- Wenn ein Helfer einen lenkenden Stil anwendet und einer ambivalenten Person gegenüber für Veränderung argumentiert, aktiviert das auf natürliche Weise die Gegenargumente der Person.
- Menschen lassen sich leichter von dem überreden, was sie sich selbst sagen hören.

(S. 28)

Der Ambivalenz wird gemäss Miller und Rollnick (2013/2015) eine grosse Wichtigkeit zugeschrieben. Personen, die etwas verändern möchten oder sollten sind oft mit Argumenten, die für die Veränderung und mit Argumenten, die gegen die Veränderung sprechen, konfrontiert. Für Menschen, denen Aussenstehende sagen, dass sie etwas an ihrem Aktivitätsverhalten ändern sollten, aber selbst keinen Grund dafür sehen und mit ihrer gegenwärtigen Situation zufrieden sind, wäre die Entwicklung von Ambivalenz bereits ein erster wichtiger Schritt auf dem Weg zur Veränderung. Ambivalenz hat jedoch auch hinderliche Eigenschaften. Einem Menschen kann bewusst sein, dass ein aktiverer Lebensstil wesentlich zu seiner psychischen Gesundheit und der unabhängigen Lebensführung beitragen kann und dennoch gibt es andere Gründe, die dagegensprechen, regelmässig körperlich aktiv zu sein (S. 20-21). Miller und Rollnick (2013/2015) beschreiben die Ambivalenz folgendermassen: «Ambivalenz bedeutet, etwas gleichzeitig zu wollen und nicht zu wollen oder zwei unvereinbare Dinge zu wollen. Das ist seit Anbeginn der Zeit Teil der menschlichen Natur (S. 21)». Bei vorherrschender Ambivalenz ist es hinderlich, wenn die Fachperson der Sozialpädagogik ihrer Klientin oder ihrem Klienten die Argumente für die gewünschte Verhaltensänderung aufzeigt, während die betroffene Person die Gegenargumente verbalisiert. Wenn ambivalente Themen angesprochen werden, kann dies für ein ungutes Gefühl und für Trotz-Reaktionen bei der betroffenen Person sorgen, was sich negativ auf den gesamten Prozess der Verhaltensänderung auswirkt. Im besten Fall spricht die Klientin oder der Klient den Wunsch und die dazugehörigen Argumente nach einer Verhaltensänderung selbst aus (S. 22).

Das Konzept der *Motivierenden Gesprächsführung* verlangt laut Miller und Rollnick (2013/2015) von den Fachpersonen die Verinnerlichung einer bestimmten Haltung. Zu den zentralen Werten gehört die Akzeptanz, das Mitgefühl, die Partnerschaftlichkeit und die Evokation. Die Akzeptanz setzt sich aus der Würdigung, der bedingungslosen Wertschätzung, der Unterstützung der Autonomie, sowie der Empathie zusammen. Das Mitgefühl fordert von den Fachpersonen das Interesse, sich für die Förderung des psychischen und physischen

Wohlbefindens und den Bedürfnissen des Gegenübers einzusetzen. Die Evokation lässt die Fachpersonen davon ausgehen, dass die Klientinnen und Klienten Expertinnen und Experten über ihr Leben sind und alle notwendigen Ressourcen für das eigene Handeln in sich tragen. Bei der Suche und dem Entdecken der Ressourcen oder der Antworten auf Fragen, können die Fachpersonen unterstützend wirken (S. 36-37).

Der Prozess innerhalb der *Motivierenden Gesprächsführung* lässt sich in vier Schritte unterteilen: 1. Beziehungsaufbau, 2. Fokussierung, 3. Evokation und 4. Planung. Nachdem eine unterstützende Beziehung zwischen Fachperson und betroffener Person aufgebaut wurde, wird in einem zweiten Schritt das Gespräch über bestimmte Veränderungen in eine konkrete Richtung geführt. Im dritten Schritt wird die Eigenmotivation der Klientin oder des Klienten zur gewünschten Veränderung herausgearbeitet, bevor im letzten Schritt die Eigenverantwortung und Verpflichtung zur konkreten Veränderung verbalisiert wird, damit daraus ein konkreter Handlungsplan entstehen kann. Diese Prozessschritte werden begünstigt durch das Stellen offener Fragen, sowie das Würdigen, Reflektieren und Zusammenfassen des Gesagten (Miller & Rollnick, 2013/2015, S. 56).

Die im vorangegangenen Kapitel aufgezeigte Selbstkonkordanz kann mithilfe der *Motivierenden Gesprächsführung* entwickelt und gewährleistet werden. Denn Miller und Rollnick (2013/2015) sind überzeugt, dass niemand ohne Motivation ist. Im Gegenteil. Motivation zur Veränderung ist allgegenwärtig. Deshalb sind sich die Autoren einig, dass der Zugang zur Eigenmotivation über das Verstehen und die Würdigung der in der Person verwurzelten Wertvorstellungen sind. Diese Wertvorstellungen annehmen und respektieren zu können, ohne dass sie den eigenen Vorstellungen entsprechen müssen, fordert das Konzept von den Fachpersonen (S. 99-100).

Eine differenzierte Auseinandersetzung sowie die Aneignung des Konzepts der *Motivierenden Gesprächsführung* empfiehlt die Autorin den Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen in sozialpsychiatrischen Institutionen, um die körperliche Aktivität und längerfristig die unabhängige Lebensführung der betroffenen Personen mit einer psychischen Erkrankung fördern zu können.

### 6.3 Bewegungs- und körperorientierte Sozialpädagogik

Gemäss Lützenkirchen (2016) unterstützt die Sozialpädagogik durch bewegungs- und körperorientierte Arbeit die verschiedenen Sozialisationsprozesse, wie beispielsweise der Prozess zu einer selbstbestimmten Lebensführung der Klientel. Die Fachpersonen können von sich nur

dann behaupten, ganzheitlich sozialpädagogisch zu arbeiten, wenn sie auch die körperliche Aktivität in die Arbeit mit der Klientel einbeziehen. Konkret bedeutet dies, dass innerhalb einer Institution Möglichkeiten zur Bewegung geschaffen werden. Dabei müssen die verschiedenen Bedürfnisse der Betroffenen gedeckt werden können. Unterschiedlichen Bedürfnissen und Voraussetzungen muss dabei Rechnung getragen werden, so bestimmt beispielsweise das Alter der Klientelgruppen ihre Möglichkeiten zur körperlichen Aktivität (S. 57-58).

Lützenkirchen (2016) beschreibt, dass sich die bewegungs- und körperorientierte Sozialpädagogik in der Fachliteratur fast ausschliesslich auf die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen bezieht. Das bildet eine interessante Ausgangslage, müsste jedoch im Erwachsenenbereich weiter ausgebaut werden (S. 59). Sozialpsychiatrische Institutionen in der Schweiz haben verschiedene Möglichkeiten die Körper- und Bewegungsorientierung in ihre Arbeit zu integrieren. In den folgenden Kapiteln sollen einige davon aufgezeigt werden.

### 6.3.1 Freizeitgestaltung mit PluSport

PluSport ist die schweizerische Fachstelle für Behindertensport. Menschen mit verschiedenen Beeinträchtigungen können Bewegungsangebote von Breiten- bis zum Spitzensport finden und in Anspruch nehmen (ohne Datum). Erwachsenen mit einer Beeinträchtigung stehen jedes Jahr eine Vielzahl an Sportcamps und Trainings innerhalb von PluSport-Sportclubs zur Verfügung. PluSport begründet ihre Tätigkeiten auf Art. 30 BRK – Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport. Laut Kiselev (ohne Datum) hat sich PluSport im Jahr 2012 dazu entschieden, eine neue Zielgruppe in ihr Angebot aufzunehmen – Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung. Für diese Zielgruppe gab es bis anhin kaum oder zu wenige passende Bewegungsangebote, weil die Zielgruppe weder zu den Menschen mit Behinderung, noch zu den Menschen ohne Behinderung zugeteilt wird (S. 3). Seither bietet PluSport in der gesamten Schweiz regelmässige Bewegungsangebote und Sportcamps explizit für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung an. Die Broschüre „Psychische Störungen“ befindet sich im Anhang unter 10.1.

Aus Sicht der Autorin sollten sozialpädagogische Fachpersonen in sozialpsychiatrischen Institutionen über die vielseitigen PluSport-Angebote informiert sein und gemeinsam mit der Klientel nach passenden Freizeitangeboten suchen. Die Fachpersonen sind dafür verantwortlich, die Betroffenen über die verschiedenen Angebote zu informieren, eine Inanspruchnahme eines solchen Angebotes entsprechend gemeinsam vorzubereiten und die Betroffenen so zu unterstützen und begleiten, dass die Teilnahme an einem PluSport-Angebot möglich ist.

### 6.3.2 Körperliche Aktivität als einer von zehn Schritten zur psychischen Gesundheit

Die Gesundheitsförderung Schweiz (2017) beschreibt zehn Schritte, welche zur psychischen Gesundheit beitragen sollen:

- Aktiv bleiben
- Neues Lernen
- Um Hilfe fragen
- Kreatives tun
- Sich selbst annehmen
- Darüber reden
- Sich beteiligen
- Sich entspannen
- Sich nicht aufgeben
- Mit Freunden in Kontakt bleiben

Diese zehn Schritte stellen eine Kommunikationsmassnahme dar, um die Allgemeinbevölkerung, aber auch spezifische Personengruppen und Arbeitsfelder zum Thema der psychischen Gesundheitsförderung zu sensibilisieren. Die körperliche Aktivität bildet einen der zehn Schritte. Die theoretischen Grundlagen dieses Konzeptes bilden Recherchen der Universität Zürich zum Thema Förderung des psychischen Wohlbefindens. Aus der Evaluation der Pilotstudie mit Menschen ohne Beeinträchtigung resultierte, dass die zehn Schritte gut verständlich und einfach umsetzbar sind. Weiter wurde das Wissen um die Wichtigkeit eines achtsamen Umgangs mit der eigenen psychischen Gesundheit erweitert. Gleichzeitig konnten die Schritte zu verschiedenen Aspekten des Wohlbefindens beitragen. Das Konzept der *10 Schritte für die psychische Gesundheit* kann als wissenschaftlich fundiert und evaluiert betrachtet werden (S. 1-2).

Das Amt für Gesundheit Zug (2019) beschreibt den Schritt *Aktiv bleiben* folgendermassen: «Bewegung ist Voraussetzung für Entwicklung. (...) Körperliche Bewegung und Aktivität sind ein notwendiger Gegenpol zur Überreizung durch Überinformation, Arbeitsstress und gesteigertem Lebenstempo». Das Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit (2019) empfiehlt bei diesem Schritt gemäss den BASPO-Empfehlungen mindestens zweieinhalb Stunden körperliche Aktivität pro Woche. Vier Fragen sollen dabei unterstützend wirken:

- Welche Aktivitäten mag ich besonders gern?

Bei dieser Frage kann - wie in den vorangegangenen Kapiteln beschrieben – die Fachperson der Sozialpädagogik Unterstützung beim Herausarbeiten der Selbstkonkordanz seitens Klientel bieten.

- Wie kann die Aktivität in den Alltag eingebaut werden?

Dazu kann ein individueller Wochenplan, welcher gemeinsam mit der Klientin oder dem Klienten erstellt wird, hilfreich sein.

- Wie aktiv war die betreffende Person am heutigen Tag?

Diese Frage hat einen reflektierenden Charakter. An dieser Stelle zeigt sich die Konsequenzerfahrung gemäss MoVo-Modell, welche wiederum einen Einfluss auf die Konsequenzerwartung beispielsweise des nächsten Tagesziels bezüglich körperlicher Aktivität hat.

Das Dokument „10 Schritte für deine psychische Gesundheit“, in dem alle zehn Schritte ausgeführt werden, befindet sich im Anhang unter 10.2.

#### 6.4 Mögliche Herausforderungen und Grenzen

Auch wenn die Fachpersonen der Sozialpädagogik all diese Empfehlungen umsetzen, stellt dies keine Garantie für die Förderung der körperlichen Aktivität und der unabhängigen Lebensführung der Klientel dar. Für Menschen in schwer depressiven Phasen beispielsweise wird es laut Brooks (2012) schwierig sein sich körperlich aktiv zu betätigen. Auch muss den Fachpersonen und der Klientel bewusst sein, dass körperliche Aktivität kein Ersatz für Psychopharmaka darstellt (S. 98). Eine weitere Herausforderung stellt die körperliche Aktivität in Kombination mit Tabakkonsum dar. Gemäss Christoph Silberbauer (2017) rauchen Menschen mit einer psychischen Erkrankung zwei- bis fünfmal mehr als Menschen aus anderen Bevölkerungsgruppen. Harald Seelig (2007) zeigt einen wesentlichen Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Tabakkonsum auf. Menschen mit regelmässigem Tabakkonsum haben einen signifikant inaktiveren Lebensstil als Nichtraucherinnen und Nichtraucher (S. 119). Der bereits in Kapitel 5.3 aufgezeigte Einfluss von Medikamenten auf die Müdigkeit, die Appetitregulation und die Gewichtszunahme von Betroffenen stellt eine weitere Herausforderung auf dem Weg zu einem aktiven Lebensstil dar.

## 6.5 Wesentliche Erkenntnisse

Um einen Überblick über die drei theoretischen Grundlagen zur Förderung der körperlichen Aktivität im Institutionsalltag zu erhalten, werden diese in der folgenden Tabelle nochmals zusammengefasst dargestellt.

*Tabelle 1: Kernaussagen des MoVo-Modells, der Selbstkonkordanz und der Motivierenden Gesprächsführung (eigene Darstellung)*

<b>Modell / Konzept</b>	<b>Autorin / Autor</b>	<b>Kernaussagen</b>
<b>Motivations-Volitions-Modell</b>	Reinhard Fuchs, 2010	<p>Intensität einer Absicht wird durch drei Faktoren beeinflusst:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konsequenzerwartung</li> <li>• Verhaltenskontrolle (entspricht der Selbstwirksamkeitserwartung)</li> <li>• Selbstkonkordanz</li> </ul> <p>Es handelt sich um einen kreisförmigen Prozess.</p> <p>Je mehr die Zielabsichten den authentischen Werten und Interessen einer Person entsprechen, also je grösser die Selbstkonkordanz, desto stärker werden die Umsetzungsabsichten.</p>
<b>Selbstkonkordanz</b>	Jitka Stredova, 2014	<p>Ein Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität und der Selbstkonkordanz kann aufgezeigt werden. Je grösser die authentischen Interessen einer Person für eine bestimmte Aktivität sind, desto nachhaltiger zeigt sich die Anstrengung der Person für die betreffende Aktivität.</p>
<b>Motivierende Gesprächsführung</b>	William R. Miller und Stephen Rollnick, 2013/2015	<p>Das Konzept der Motivierenden Gesprächsführung wirkt als Arbeitshaltung ergänzend und unterstützend auf dem Weg zur Verhaltensänderung.</p> <p><b>Definition:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kooperativer Gesprächsstil, der zur Stärkung der Motivation und dem</li> </ul>

		<p>Engagement für Veränderung eines Menschen beitragen kann</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• geleitender Grundstil, der zwischen einem <i>lenkenden</i> und einem <i>folgenden</i> Stil angesiedelt wird</li> <li>• Ambivalenz ist ein normaler Bestandteil der Vorbereitung auf Veränderung</li> <li>• Gegenargumente werden dann bei der betroffenen Person aktiviert, wenn das Gegenüber einen lenkenden Stil anwendet und für Veränderung argumentiert</li> <li>• Menschen lassen sich leichter von dem überreden, was sie sich selbst sagen hören</li> </ul> <p><b>Zentrale Werte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akzeptanz</li> <li>• Mitgefühl</li> <li>• Partnerschaftlichkeit</li> <li>• Evokation</li> </ul> <p><b>Prozess:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beziehungsaufbau</li> <li>2. Fokussierung</li> <li>3. Evokation</li> <li>4. Planung</li> </ol>
--	--	--

Durch die Erkenntnisse aus dem aktuellen Kapitel kann nun folgende Fragestellung beantwortet werden: **Wie können die Fachpersonen der Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen zur Förderung der körperlichen Aktivität ihrer Klientel beitragen?**

Tabelle 2 zeigt zusammengefasst auf, welche Möglichkeiten die Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen hat, um die regelmässige körperliche Aktivität in den Institutionsalltag integrieren zu können.

*Tabelle 2: Möglichkeiten zur Integration der regelmässigen körperlichen Aktivität in den sozialpsychiatrischen Institutionsalltag (eigene Darstellung)*

<b>Möglichkeiten zur Integration der regelmässigen körperlichen Aktivität in den sozialpsychiatrischen Institutionsalltag</b>	<b>Konzept / Modell / Methode / Institution</b>
Fachwissen über Einfluss von regelmässiger Aktivität auf die unabhängige Lebensführung aneignen	
Unterstützung der Klientel in der nachhaltigen Veränderung des Aktivitätsverhaltens	Motivations-Volitions-Modell nach Reinhard Fuchs, 2007
Gewährleistung der Selbstkonkordanz	Selbstkonkordanz-Modell nach Kennon Sheldon und Andrew J. Elliot, 1999
Motivierende Gesprächsführung zur Förderung der Verhaltensänderung	Motivierende Gesprächsführung nach William R. Miller & Stephen Rollnick, 2013/2015
Freizeitgestaltung mit PluSport	PluSport – Fachstelle für Behindertensport
Aktiv bleiben – Einer von zehn Schritten zur psychischen Gesundheit	10 Schritte zur psychischen Gesundheit – Gesundheitsförderung Schweiz

In einem ersten Schritt zur Förderung eines aktiven Lebensstils der Klientel müssen sich die Fachpersonen das Wissen über den Einfluss von regelmässiger körperlicher Aktivität auf die unabhängige Lebensführung aneignen, um sich der Notwendigkeit der bewegungs- und körperorientierten Sozialpädagogik bewusst zu werden. In der täglichen Arbeit mit der Klientel unterstützt das MoVo-Modell den Prozess der Verhaltensänderung. Einer der wesentlichsten Faktoren stellt in diesem Modell die Selbstkonkordanz dar. Je authentischer und grösser die Interessen einer Person für eine bestimmte Aktivität sind, desto nachhaltiger und ausdauernder wird ihre Anstrengung für die betreffende Aktivität sein. Die *Motivierende Gesprächsführung* stellt eine Arbeitshaltung dar, welche die Verhaltensänderung der Klientel gemäss MoVo-Modell unterstützt. Der vierteilige Prozess der *Motivierenden Gesprächsführung* zielt auf das Entwickeln der Selbstkonkordanz, sowie auf die Planung der gewünschten Veränderung ab. Weiter müssen sozialpsychiatrische Institutionen Möglichkeiten zur körperlichen Aktivität schaffen. Dafür empfiehlt die Autorin bereits vorhandene Angebote zu nutzen. Die schweizerische Fachstelle für Behindertensport PluSport bietet in der ganzen Schweiz ein vielseitiges Bewegungsangebot explizit für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung an. Fachpersonen der

Sozialpädagogik müssen über die Angebotsbreite informiert sein und bei Bedarf die Klientinnen und Klienten so begleiten und unterstützen, dass die Teilnahme an einem solchen Angebot möglich ist. Eine weitere Möglichkeit zur Förderung der körperlichen Aktivität stellt das Konzept *10 Schritte zur psychischen Gesundheit* dar. Dieses Konzept soll einer Institution aufzeigen, welche Faktoren der Alltag der Klientel beinhalten sollte. Die körperliche Aktivität ist einer der zehn Schritte.

Sozialpsychiatrische Institutionen haben verschiedene Möglichkeiten zur Förderung der körperlichen Aktivität und somit der unabhängigen Lebensführung ihrer Klientel. Gleichzeitig wird es immer Herausforderungen und Grenzen in dieser Förderung geben. Menschen in schwer depressiven Phasen werden sich in vielen Fällen trotz Anwendung von Konzepten und Methoden nicht zur körperlichen Aktivität überwinden können. Auch der hohe Tabakkonsum vieler Betroffener fördert einen inaktiven Lebensstil, genau wie die verschiedenen Medikamente Müdigkeit und eine Zunahme an Körpergewicht zur Folge haben, welche sich hinderlich auf einen aktiven Lebensstil auswirken.

Dennoch darf die Sozialpädagogik den förderlichen Einfluss von regelmässiger körperlicher Aktivität auf die selbstbestimmte und somit unabhängige Lebensführung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung nicht ausser Acht lassen. Bewegungsarmut ist laut Lützenkirchen (2016) ein in der gegenwärtigen Gesellschaft verbreitetes Phänomen. Diese Bewegungsarmut wirkt sich negativ auf die körperliche, soziale und psychische Ebene eines Menschen aus. Die Soziale Arbeit wird dazu aufgerufen, dieser gesellschaftlichen Verdrängung der Körperlichkeit entgegenzuwirken. Der Körper als wesentliches Instrument zur menschlichen Aneignung der Welt ist gefährdet. Der Auftrag der Sozialen Arbeit und in der vorliegenden Arbeit konkret der Sozialpädagogik besteht darin, die körperlichen Aspekte, welche sich hinderlich auf die Autonomieentwicklung auswirken, aufzudecken und ihnen durch verschiedene Unterstützungs- und Förderangebote entgegenzuwirken. Im Gegensatz zur Gesellschaft, die an Selbstverantwortung und Disziplinierung der Individuen bezüglich Gesundheitsverhalten appelliert, muss die Sozialpädagogik sich selbst und die Gesellschaft in Mitverantwortung ziehen. Den Klientinnen und Klienten in sozialpsychiatrischen Institutionen fehlen oft die Zugangsmöglichkeiten und die gesundheitsfördernden Strukturen. In der Verteilung der Gesundheitschancen herrschen grosse Ungleichheiten. Dies macht deutlich, dass die bewegungs- und körperorientierte Sozialpädagogik noch in den Anfängen steht und sich in Zukunft weiter etablieren muss (S. 60-61).

Bewegungs- und körperorientierte Sozialpädagogik muss Bewegungsangebote schaffen, welche die verschiedenen Bedürfnisse der Menschen mit Beeinträchtigung identifizieren. Sie müssen adressatengerecht sein, einen leichten Zugang ermöglichen und in verschiedenen Fachbereichen anwendbar sein. Der zentralste Faktor bildet gemäss Lützenkirchen (2016) die Motivation. Die Betroffenen müssen die entsprechenden Aktivitäten positiv bewerten können, weil jede Art von positiven Emotionen die Durchhaltewahrscheinlichkeit erhöht. Bewegungsangebote müssen die Menschen Selbstwirksamkeitserfahrungen machen lassen, weil dieser Faktor sich wiederum positiv auf das Durchhaltevermögen und die Motivation auswirkt (S. 62-63).

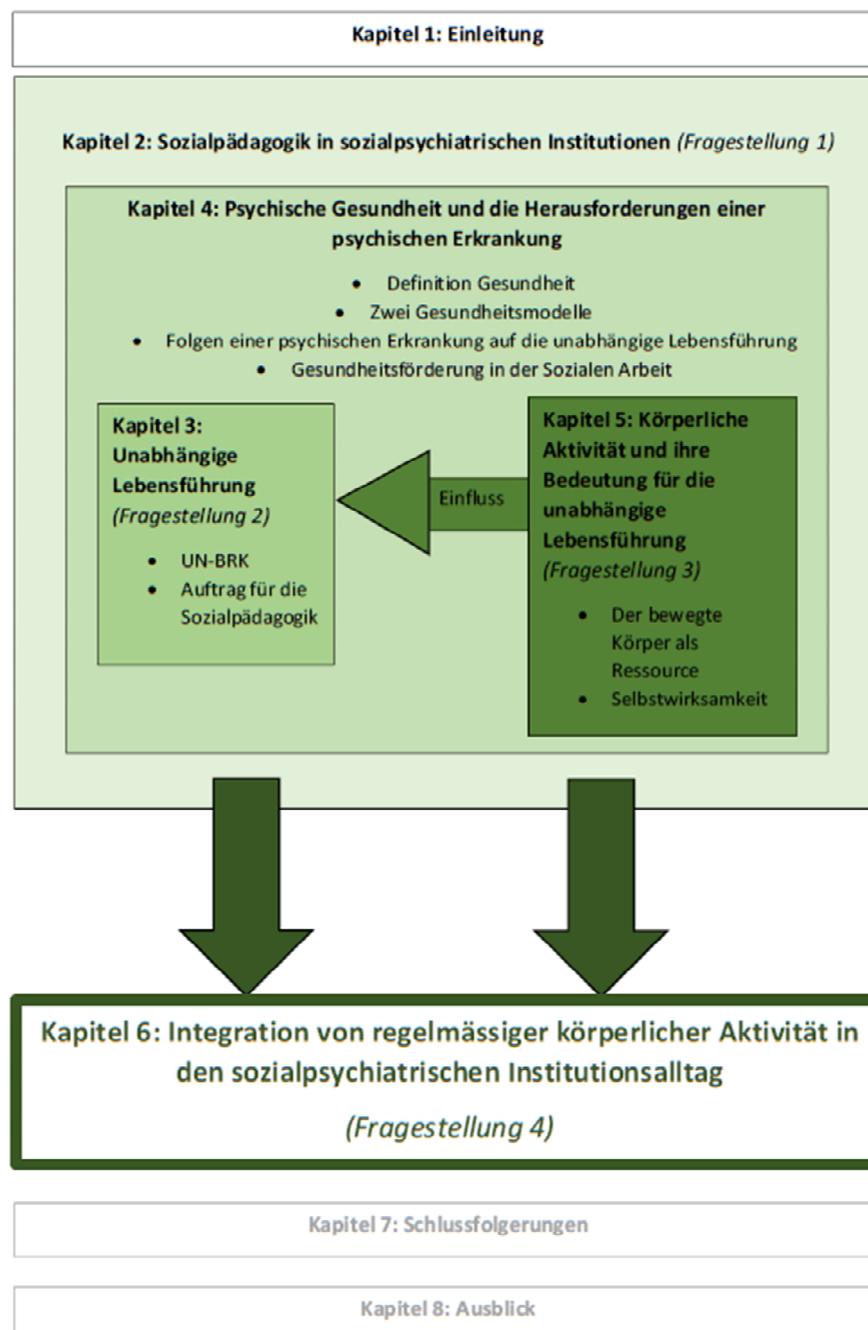


Abbildung 15: Kapitel 1-6 (eigene Darstellung)

## 7 Schlussfolgerungen

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel aufzuzeigen, welche Bedeutung regelmässige körperliche Aktivität für die unabhängige Lebensführung von erwachsenen Menschen in sozialpsychiatrischen Institutionen hat und welche Handlungsansätze für die Fachpersonen der Sozialpädagogik daraus resultieren. Folgende Fragestellungen waren dafür wegleitend:

**1) Welchen Auftrag hat die Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen?**

**2) Was wird unter unabhängiger Lebensführung verstanden?**

**3) Was bedeutet körperliche Aktivität und welche Auswirkungen hat sie auf die unabhängige Lebensführung?**

**4) Wie können die Fachpersonen der Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen zur Förderung der körperlichen Aktivität ihrer Klientel beitragen?**

Die wichtigsten Schlussfolgerungen zu den vier Fragestellungen werden im Folgenden nochmals zusammengefasst dargestellt.

### **Welchen Auftrag hat die Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen?**

Die Sozialpädagogik bietet Begleitung und Unterstützung bei der Alltagsbewältigung der Klientel. Sie geht dabei von einem biopsychosozialen Ansatz aus, welcher gleichzeitig die körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren eines Menschen fokussiert. Das Ziel der gesellschaftlichen Teilhabe und Integration der Klientel hat einen hohen Stellenwert. Neuere Entwicklungen im sozialpsychiatrischen Kontext zeigen auf, dass in der sogenannten Rehabilitationsarbeit vermehrt die Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen an erster Stelle steht, bevor weitere Bemühungen, beispielsweise diejenige zur Arbeitsintegration, gemacht werden. Somit ist die Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen gefordert innovativ zu sein, um die grösstmögliche Professionalität in der Arbeit mit Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu erlangen. Konkrete Aufgaben der Sozialpädagogik sind das Erschliessen von Ressourcen, das Verringern des Leidens durch angemessene Begleitung, durch Anleitung zu unterstützen, sowie Veränderungen zu fördern.

### **Was wird unter unabhängiger Lebensführung verstanden?**

Die unabhängige Lebensführung ist ein zentrales Ziel in der UN-Behindertenrechtskonvention, welche für die Schweiz im Jahr 2014 in Kraft getreten ist. Art. 19 BRK fordert die Vertragsstaaten

dazu auf, verschiedene Massnahmen zu treffen, welche den Menschen mit einer Beeinträchtigung die volle gesellschaftliche Teilhabe und grösstmögliche Selbstbestimmung ermöglichen. Zu den Menschen mit einer Beeinträchtigung gehören auch Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Zu den zentralen Faktoren der unabhängigen Lebensführung gehören die Selbstbestimmung, die gesellschaftliche Teilhabe, sowie die Kontrollüberzeugung. Die Sozialpädagogik ist dafür verantwortlich geeignete Massnahmen in der täglichen Arbeit mit der Klientel zu treffen und umzusetzen. Die im Berufskodex verankerten Grundsätze der Selbstbestimmung und Partizipation legitimieren die sozialpädagogischen Massnahmen zur Förderung der Selbstbestimmung und der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Eine unabhängige Lebensführung ist dann vorhanden, wenn Menschen am gesellschaftlichen Leben teilhaben und ihren Alltag mehrheitlich selbstbestimmt gestalten können.

### **Was bedeutet körperliche Aktivität und welche Auswirkungen hat sie auf die unabhängige Lebensführung?**

Körperliche Aktivität meint jede körperliche Bewegung, die durch Muskelarbeit entsteht und zu einer Steigerung des Energieverbrauchs führt. Somit gehören jede Art von Sport aber auch Alltagsaktivitäten wie Gartenarbeit, Putzen oder Laubwischen dazu.

In der Schweiz ist mehr als ein Drittel der Bevölkerung nicht genügend aktiv. Menschen mit einem inaktiven Lebensstil berichten häufiger von einem schlechten selbstwahrgenommenen Gesundheitszustand und sind häufiger von einer mittleren bis hohen psychischen Belastung betroffen. Auch die Kontrollüberzeugung scheint bei den ungenügend Aktiven tiefer zu sein als bei den aktiveren Menschen. Dies zeigen Studien des Bundesamtes für Sport.

Körper und Psyche können nicht getrennt voneinander betrachtet werden. Menschen eignen sich durch den Körper und dessen Bewegung ihre Umwelt an. Deshalb stellt die körperliche Aktivität auch einen wichtigen Aspekt für die Sozialpädagogik dar.

Menschen mit einer psychischen Erkrankung leiden oft an Übergewicht, Müdigkeit und somit an einem niedrigen Aktivitätsniveau. Weil der förderliche Einfluss von regelmässiger körperlicher Aktivität auf das psychische Wohlbefinden mehrfach belegt ist, muss die Sozialpädagogik vermehrt bewegungs- und körperorientiert arbeiten. Die Steigerung des Aktivitätsniveaus der Klientel kann zu einer Steigerung der Handlungsfähigkeit und somit zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe führen.

Für viele Betroffene ist es jedoch schwierig an öffentlichen Bewegungsangeboten teilzunehmen. Die Gründe dafür sind einerseits die Angst vor nicht ausreichender Kondition, sowie vor Stigmatisierung oder Diskriminierung.

Neben den bereits genannten positiven Folgen von regelmässiger Aktivität, wirkt sich diese auch förderlich auf die Selbstwirksamkeitserwartung eines Menschen aus. Dies wiederum hat einen positiven Einfluss auf die Zuversicht bezüglich der Bewältigung von Herausforderungen und Aufgaben des Alltags. Menschen entwickeln über ihren Körper ein Bewusstsein bezüglich ihrer Selbstwirksamkeit und der dafür benötigten Kompetenzen. Die Erfahrungen, welche Menschen durch selbstbestimmtes Handeln mit ihrem eigenen Körper machen, bilden den Kern der Selbstwirksamkeitsbildung durch körperliche Aktivität.

Körperliche Aktivität fördert also Kontrollüberzeugung, soziale Teilhabe und Selbstwirksamkeit, welche grundlegende Faktoren der unabhängigen Lebensführung darstellen.

### **Wie können die Fachpersonen der Sozialpädagogik in sozialpsychiatrischen Institutionen zur Förderung der körperlichen Aktivität ihrer Klientel beitragen?**

Bevor Fachpersonen der Sozialpädagogik die körperliche Aktivität in den Institutionsalltag integrieren können, brauchen sie ein Bewusstsein für die Wichtigkeit und Notwendigkeit einer bewegungs- und körperorientierten Sozialpädagogik. Deshalb müssen sie sich das Wissen über den positiven Einfluss von regelmässiger körperlicher Aktivität auf die unabhängige Lebensführung aneignen.

In einem weiteren Schritt geht es um eine Verhaltensänderung der Klientel. Diesen Prozess unterstützt das Wissen über das *Motivations-Volitions-Modell*. Einer der ausschlaggebendsten Faktoren stellt dabei die Selbstkonkordanz der oder des Betroffenen dar. Je authentischer und grösser die Interessen einer Person für eine bestimmte Aktivität sind, desto nachhaltiger und ausdauernder wird ihre Anstrengung für die betreffende Aktivität sein. Zusätzlich dazu kann die *Motivierende Gesprächsführung* als Arbeitshaltung der Fachpersonen die Klientel im Entwickeln der Selbstkonkordanz und somit in der Verhaltensänderung unterstützen.

Um weitere Möglichkeiten zur körperlichen Aktivität zu schaffen, empfiehlt die Autorin den Institutionen die Nutzung bereits vorhandener Angebote. Ein Beispiel dafür stellen die Bewegungsangebote der Fachstelle für Behindertensport PluSport dar, welche explizite Angebote für Menschen mit einer psychischen Erkrankung haben. Damit die Klientel diese Angebote nutzen kann müssen die Fachpersonen einerseits über die Angebote informiert sein und andererseits Begleitung und Unterstützung anbieten, damit den Betroffenen der Zugang zu den Angeboten ermöglicht wird.

Eine weitere Möglichkeit zur Förderung der körperlichen Aktivität stellt das Konzept *10 Schritte zur psychischen Gesundheit* dar. Dieses Konzept soll einer Institution aufzeigen, welche Faktoren Teil des Alltags der Klientel sein sollten. Die körperliche Aktivität ist einer der zehn Schritte.

Sozialpsychiatrische Institutionen haben also verschiedene Möglichkeiten zur Förderung der körperlichen Aktivität und somit der unabhängigen Lebensführung ihrer Klientel. Jedoch können diese Möglichkeiten auch auf Herausforderungen und Grenzen stossen. Menschen in schwer depressiven Phasen, ein hoher Tabakkonsum und die Wirkungen der Psychopharmaka stellen einige dieser Herausforderungen und Grenzen dar.

Trotzdem stellt die Integration der regelmässigen körperlichen Aktivität und somit die Förderung der unabhängigen Lebensführung in den Alltag ein wichtiger Auftrag für die Sozialpädagogik dar. Bewegungsarmut ist ein gegenwärtiges Problem in der Gesellschaft. Die durch körperliche Aspekte entstehenden negativen Auswirkungen auf die Autonomieentwicklung müssen von der Sozialpädagogik aufgedeckt werden. Gleichzeitig muss die Sozialpädagogik Angebote schaffen, die diesem Phänomen entgegenwirken.

Die Gesundheitschancen sind in der Gesellschaft ungleich verteilt. Bewegungs- und körperorientierte Sozialpädagogik steht noch in den Anfängen und muss sich in Zukunft weiter etablieren können. Dazu soll die vorliegende Arbeit beitragen.

Bewegungsangebote - angepasst an die verschiedenen Bedürfnisse der Betroffenen – müssen leicht zugänglich sein und in verschiedenen Fachbereichen anwendbar sein. Die Motivation und die Selbstkongruanz stehen dabei im Zentrum. Erst wenn die Betroffenen eine bestimmte Aktivität mit positiven Emotionen in Verbindung bringen, erhöht dies die Durchhaltewahrscheinlichkeit. Durch die Bewegungsangebote sollen die Menschen Selbstwirksamkeitserfahrungen machen, welche eine wesentliche Grundlage für die Förderung der unabhängigen Lebensführung darstellen.

Abbildung 16 zeigt auf, dass an dieser Stelle alle vier Fragestellungen beantwortet wurden und entsprechende Schlussfolgerungen gezogen wurden. Ein körperlich aktiver Lebensstil kann zur unabhängigen Lebensführung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung beitragen und sollte deshalb unbedingt Teil der sozialpädagogischen Praxis sein. Was die Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit für die Zukunft der Sozialpädagogik bedeutet und wo die Autorin weitere Möglichkeiten zur Etablierung der körper- und bewegungsorientierten Sozialpädagogik sieht, wird im nachfolgenden und gleichzeitig letzten Kapitel beschrieben.

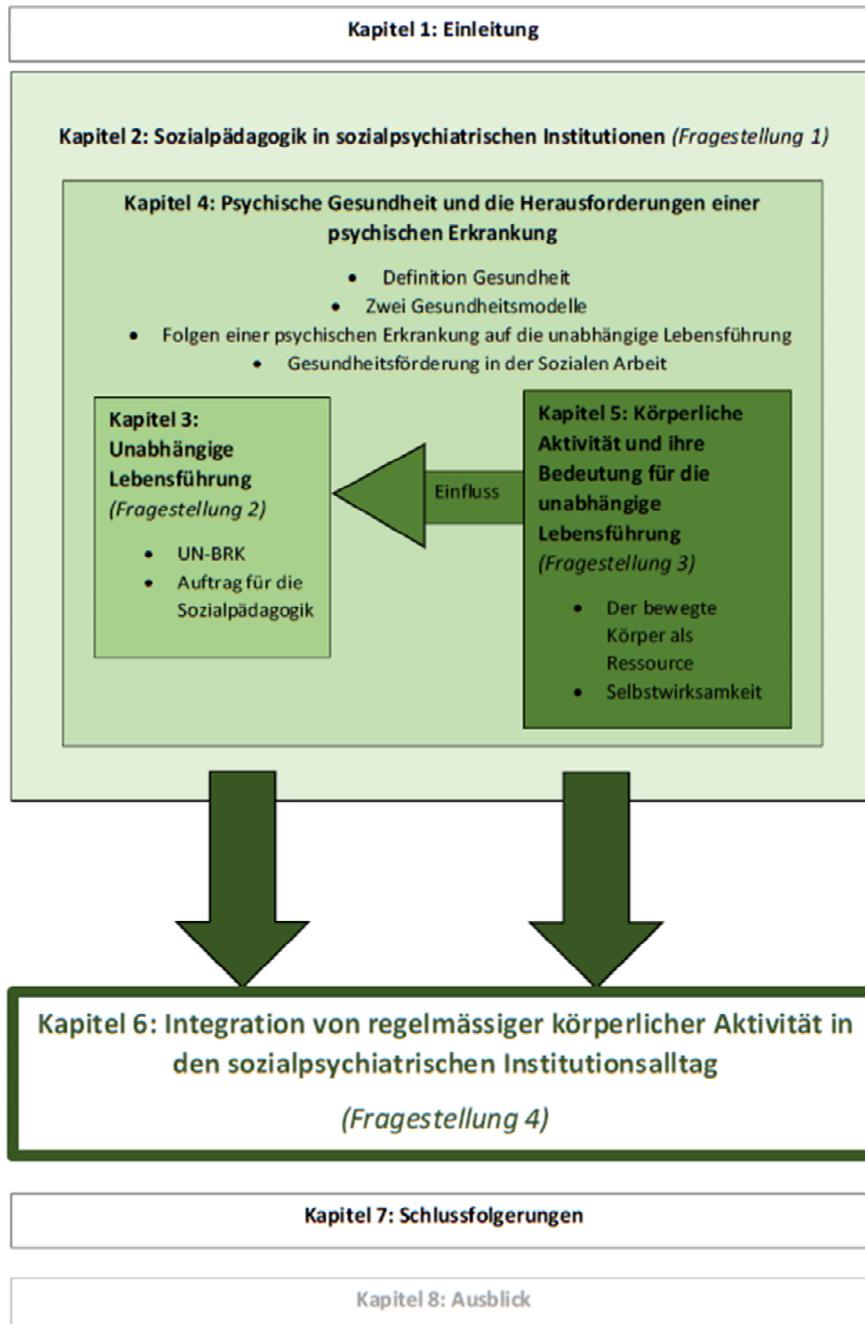


Abbildung 16: Kapitel 1-7 (eigene Darstellung)

## 8 Ausblick

Die Sozialpädagogik scheint die Bedeutung der körperlichen Aktivität zu unterschätzen. In einer biopsychosozialen, personenzentrierten und lebensweltorientierten Sozialpädagogik gehört nach Meinung der Autorin der Einbezug der körperlichen Funktionen und der körperlichen Aktivität unbedingt dazu. Damit bereits vorhandene Interessen für bestimmte Aktivitäten der Betroffenen zum Vorschein kommen, sollte - neben den genannten Massnahmen - dieses Thema in Zukunft Bestandteil jedes Aufnahme- und Erstgesprächs sein. Somit wird der körperlichen Aktivität innerhalb einer Institution von Anfang an Wichtigkeit zugetragen.

Die Vielfalt der psychischen Erkrankungen und deren Folgen ist gross. Bei den Literaturrecherchen fällt auf, dass in Bezug auf die körperliche Aktivität bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung kaum differenziert wird. In einem weiteren Schritt könnten die unterschiedlichen Symptome und Herausforderungen der verschiedenen Krankheitsbilder genauer betrachtet werden. Dieses erweiterte Wissen könnte sich unterstützend auf die verschiedenen Integrationsmöglichkeiten von regelmässiger körperlicher Aktivität in den Alltag auswirken.

Der Fachdiskurs dreht sich bisher kaum um die Zielgruppe der Menschen zwischen 18 und 65 Jahren. Die Förderung der körperlichen Aktivität für Kinder und alte Menschen scheint deshalb über mehr Legitimation zu verfügen. Der in der vorliegenden Arbeit fokussierten Zielgruppe muss aus Sicht der Autorin in Zukunft mehr Beachtung geschenkt werden.

Die Autorin würde sich darüber freuen, in Zukunft mehr über die körper- und bewegungsorientierte Sozialpädagogik zu lesen oder hören.

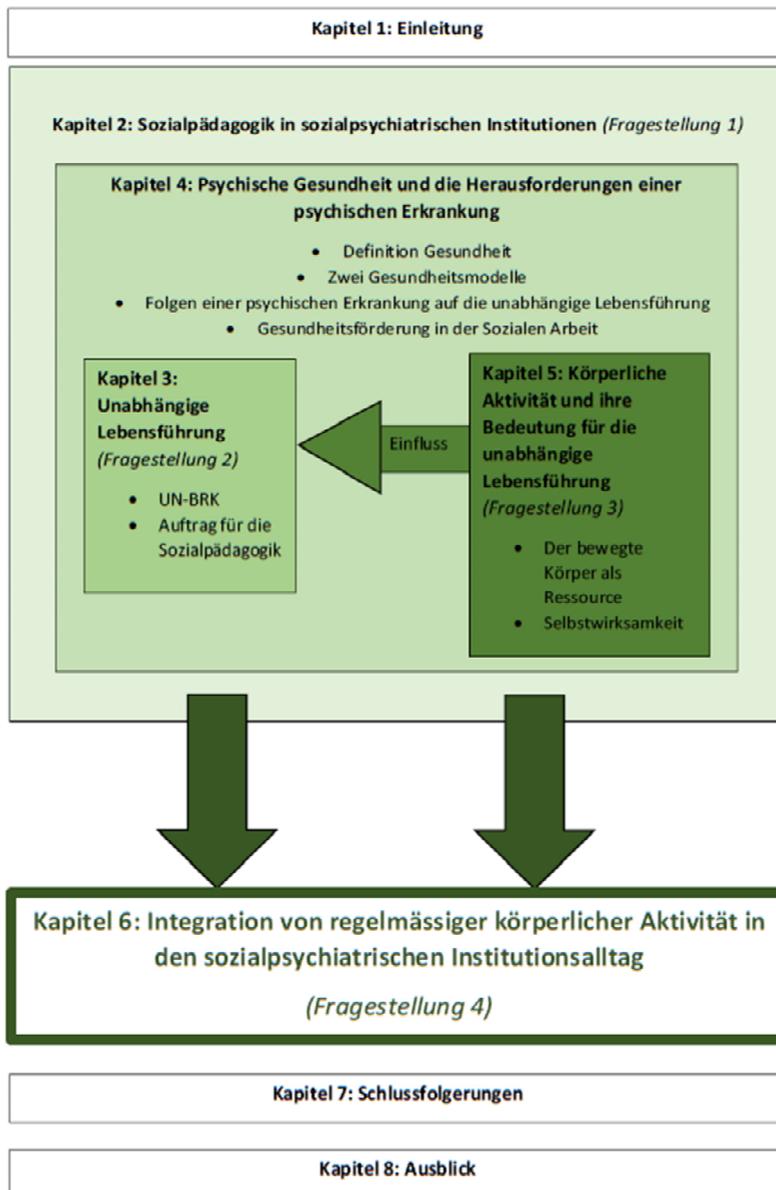


Abbildung 17: Kapitel 1-8 (eigene Darstellung)

## 9 Literaturverzeichnis

- Alexandridis, Jannis (2012). Bewegungstherapie bei Adipositas – die Integration verhaltenstherapeutischer Verfahren. In Hubertus Deimel (Hrsg.), *Brennpunkte der Sportwissenschaft. Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung* (S. 74-88). Sankt Augustin: Academia Verlag.
- Amt für Gesundheit Zug (2019). *10 Schritte für die psychische Gesundheit*. Gefunden unter <https://psychische-gesundheit-zug.ch/10-schritte/>
- Antonovsky, Aaron (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (Alexa Franke und Nicola Schulte, Übers.). Tübingen: dgvt-Verlag (engl. *Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*, San Francisco 1987).
- Avenir Social (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Gefunden unter [http://www.avenirsocial.ch/cm\\_data/Do\\_Berufskodex\\_Web\\_D\\_gesch.pdf](http://www.avenirsocial.ch/cm_data/Do_Berufskodex_Web_D_gesch.pdf)
- Balz, Hans-Jürgen (2015). Die Körperlichkeit in der Psychologie – Zugänge, Modelle und „blinde Flecken“. In Michael Wendler und Ernst-Ulrich Huster (Hrsg.), *Der Körper als Ressource in der Sozialen Arbeit. Grundlegungen zur Selbstwirksamkeitserfahrung und Persönlichkeitsbildung* (S. 103-119). Wiesbaden: Springer.
- Behindertenrechtskonvention.Info (ohne Datum). *Unabhängige Lebensführung*. Gefunden unter <https://www.behindertenrechtskonvention.info/unabhaengige-lebensfuehrung-3864/>
- Blaser, Martina & Amstad, Fabienne (Hrsg.) (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht*. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6, Bern und Lausanne
- Brand, Ralf (2010). *Sportpsychologie. Lehrbuch*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Broocks, Andreas (2012). Sport- und Bewegungstherapie für Menschen mit psychischen Erkrankungen – Voraussetzungen für eine nachhaltige Verhaltensänderung. In Hubertus Deimel (Hrsg.), *Brennpunkte der Sportwissenschaft. Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung* (S. 89-99). Sankt Augustin: Academia Verlag.
- Bühler, Gordon, Hermann, Michael, Krähenbühl, David & Würgler, Eveline (2018). „Wie geht's dir?“ *Ein psychisches Stimmungsbild der Schweiz*. Gefunden unter <https://www.wie-gehts-dir.ch/assets/images/contentImages/wie-gehts-dir-Studie-sotomo.pdf>

Bundesamt für Sport [BASPO]. (2013). *Gesundheitswirksame Bewegung. Grundlagendokument.*

Gefunden unter [https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/empfehlungen/erwachsene/bewegung/Gesundheitswirksame\\_Bewegung\\_-\\_Grundlagendokument.pdf](https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/ernaehrung-bewegung/empfehlungen/erwachsene/bewegung/Gesundheitswirksame_Bewegung_-_Grundlagendokument.pdf)

Bundesamt für Statistik [BFS]. (2013). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Bewegung und Gesundheit.* Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.349056.html>

Bundesamt für Statistik [BFS]. (2014). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Bewegung und Gesundheit. Korrigierte Version.* Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/aktuell/neue-veroeffentlichungen.assetdetail.350839.html>

Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen vom 6. Oktober 2006, SR 831.26.

Bürli, Chantale, Amstad, Fabienne, Duetz Schmucki, Margreet, & Schibli, Daniela (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder. Bericht im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik.* Bern: Bundesamt für Gesundheit. Gefunden unter [https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Bericht\\_Psychische\\_Gesundheit\\_in\\_der\\_Schweiz\\_-\\_Bestandsaufnahme\\_und\\_Handlungsfelder.pdf](https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Bericht_Psychische_Gesundheit_in_der_Schweiz_-_Bestandsaufnahme_und_Handlungsfelder.pdf)

Eckert, Katharina, Lange, Martin & Wagner, Petra (2014). Erfassung körperlicher Aktivität – Ein Überblick über Anspruch und Realität einer validen Messung. In Simone Becker (Hrsg.), *Aktiv und Gesund? Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit* (S. 99). Wiesbaden: Springer.

Egbuna-Joss, Andrea (2018). *Das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben. Zur Umsetzung von Artikel 19 der Behindertenrechtskonvention in der Schweiz.* Gefunden unter [www.szh.ch/bausteine.net/f/51432/Egbuna-Joss\\_20180314.pdf?fd=3](http://www.szh.ch/bausteine.net/f/51432/Egbuna-Joss_20180314.pdf?fd=3)

Egger, Josef W. (2005). *Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit.* Gefunden unter [https://www.researchgate.net/profile/Josef\\_Egger/publication/286198954\\_Das\\_biopsychosoziale\\_Krankheitsmodell\\_Grundzuge\\_eines\\_wissenschaftlich\\_begrundeten\\_ganzheitlichen\\_V](https://www.researchgate.net/profile/Josef_Egger/publication/286198954_Das_biopsychosoziale_Krankheitsmodell_Grundzuge_eines_wissenschaftlich_begrundeten_ganzheitlichen_V)

erstandnisses\_von\_Krankheit/links/5823045c08aeb45b5889169c/Das-biopsychosoziale-Krankheitsmodell-Grundzuege-eines-wissenschaftlich-begrundeten-ganzheitlichen-Verstaendnisses-von-Krankheit.pdf?origin=publication\_detail

Eisenburger, Marianne (2015). Körper und Bewegung im Alter. In Michael Wendler und Ernst-Ulrich Huster (Hrsg.), *Der Körper als Ressource in der Sozialen Arbeit. Grundlegungen zur Selbstwirksamkeitserfahrung und Persönlichkeitsbildung* (S. 253-271). Wiesbaden: Springer.

Fuchs, Reinhard (2007). Das MoVo-Modell als theoretische Grundlage für Programme der Gesundheitsverhaltensänderung. In Reinhard Fuchs, Wiebke Göhner und Harald Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils* (S. 317-325). Göttingen: Hogrefe.

Gesundheitsförderung Schweiz (2017). *10 Schritte für die psychische Gesundheit*. Gefunden unter [https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Infoblatt\\_GFCH\\_2017-12\\_-\\_10\\_Schritte\\_fuer\\_die\\_psychische\\_Gesundheit.pdf](https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Infoblatt_GFCH_2017-12_-_10_Schritte_fuer_die_psychische_Gesundheit.pdf)

Gesundheitsförderung Schweiz (2019). *Selbstwirksamkeit. Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung der Selbstwirksamkeit und Lebenskompetenzen*. Gefunden unter [https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Broschuere\\_GFCH\\_2019-03\\_-\\_Selbstwirksamkeit.pdf](https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Broschuere_GFCH_2019-03_-_Selbstwirksamkeit.pdf)

Gruber, Dominik, Böhm, Martin, Wallner, Marlene, Koren, Gernot (2018). Sozialpsychiatrie: Begriff, Themen und Geschichte. In Werner Schöny (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie – theoretische Grundlagen und praktische Einblicke* (S. 5-25). Berlin: Springer.

Haas, Ruth (2015). Der Leib in Bewegung als Ressource im Erwachsenenalter – eine psychomotorische Betrachtung. In Michael Wendler und Ernst-Ulrich Huster (Hrsg.), *Der Körper als Ressource in der Sozialen Arbeit. Grundlegungen zur Selbstwirksamkeitserfahrung und Persönlichkeitsbildung* (S. 233-251). Wiesbaden: Springer.

Hänsel, Frank (2007). Körperliche Aktivität und Gesundheit. In Reinhard Fuchs, Wiebke Göhner und Harald Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils* (S. 23-44). Göttingen: Hogrefe.

Hochschule Luzern – Soziale Arbeit (ohne Datum). *Sozialpädagogik. Menschen selbstverantwortliche Lebensführung ermöglichen*. Gefunden unter <https://www.hslu.ch/de-ch/soziale-arbeit/studium/bachelor/soziale-arbeit/studienrichtungen/sozialpaedagogik/>

- Immel-Sehr, Annette (2011). *Psychopharmaka. Medikamente als Dickmacher*. Gefunden unter <https://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=39283>
- Inclusion Handicap - Dachverband der Behindertenorganisationen Schweiz (2017). *Schattenbericht. Bericht der Zivilgesellschaft anlässlich des ersten Staatenberichtsverfahrens vor dem UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Gefunden unter [https://www.promentesana.ch/fileadmin/user\\_upload/News\\_Events/News/170829\\_schattenbericht\\_unobrk\\_inclusion\\_handicap\\_barrierefrei.pdf](https://www.promentesana.ch/fileadmin/user_upload/News_Events/News/170829_schattenbericht_unobrk_inclusion_handicap_barrierefrei.pdf)
- Kinaesthetics Schweiz (2008). *Was ist Kinaesthetics?* Gefunden unter [https://www.kinaesthetics.ch/download/eka/infoblaetter/deutsch/Infoblatt\\_1\\_Was\\_ist\\_Kinaesthetics.pdf](https://www.kinaesthetics.ch/download/eka/infoblaetter/deutsch/Infoblatt_1_Was_ist_Kinaesthetics.pdf)
- Kiselev, Nikolai (ohne Datum). *Spezialbroschüre – Psychische Störungen*. PluSport Behindertensport Schweiz.
- Kiselev, Nikolai, Kloimstein, Hanni & Lichtsteiner, Hans (2015). *Psychische Störungen und Sportbedarf in der Schweiz – eine Situationsanalyse*. Gefunden unter [https://www.plusport.ch/fileadmin/user\\_upload/menschen/Psychische\\_Behinderung/Psychische-Stoerungen-und-Sportbedarf-in-der-Schweiz-eine-Situationsanalyse.pdf](https://www.plusport.ch/fileadmin/user_upload/menschen/Psychische_Behinderung/Psychische-Stoerungen-und-Sportbedarf-in-der-Schweiz-eine-Situationsanalyse.pdf)
- Lausberg, Hedda (2012). Ein Plädoyer für den Einsatz fachspezifischer Forschungsinstrumente in der körper- und bewegungstherapeutischen Forschung. In Hubertus Deimel (Hrsg.), *Brennpunkte der Sportwissenschaft. Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung* (S. 10-23). Sankt Augustin: Academia Verlag.
- Liel, Katrin (2019). *Das Soziale der Gesundheit stärken. Soziale Arbeit als Profession der Gesundheitsförderung*. Gefunden unter [https://dvsg.org/fileadmin/dateien/Interner\\_Mitgliederbereich/Forumbeitraege\\_ab\\_2004/Forum2019-2/2019-02FORUMLiel.pdf](https://dvsg.org/fileadmin/dateien/Interner_Mitgliederbereich/Forumbeitraege_ab_2004/Forum2019-2/2019-02FORUMLiel.pdf)
- Lützenkirchen, Anne (2016). Einleitung. In Anne Lützenkirchen (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Bewegung. Theorie und Praxis bewegungs-, sport- und körperbezogener Intervention* (S. 9-16). Lage: Jacobs.
- Miller, William R. & Rollnick, Stephen (2015). *Motivierende Gesprächsführung* (3. Aufl.) (Jürgen Reuss und Christoph Trunk, Übers.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag (engl. *Motivational interviewing: helping people change*, New York 2013).

Nationaler Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Behinderung INSOS (2012).

*Selbstverständnis sozialpsychiatrisch orientierter Institutionen.* Gefunden unter  
<https://www.insos.ch/assets/Downloads/Selbstverstaendnis-sozialpsychiatrische-Institutionen.pdf>

Nationaler Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Behinderung INSOS (ohne Datum).

*Verzeichnis der INSOS-Institutionen.* Gefunden unter  
<https://www.insos.ch/dienstleistungen/institutionen-suchen/>

Ostschweizer Forum für psychische Gesundheit (2019). *10+1 Impulse für psychische Gesundheit.*

Gefunden unter <https://ofpg.ch/projekte/10-plus-1-impulse-fuer-psychische-gesundheit>

PluSport (ohne Datum). *Das Kompetenzzentrum.* Gefunden unter

<https://www.plusport.ch/de/plusport/#c1810>

Schuler, Daniela & Burla, Laila (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52).* Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Schuler, Daniela, Tuch, Alexandre, Buscher, Nathalie & Camenzind, Paul (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2016 (Obsan Bericht 72).* Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Schwarzer, Ralf & Jerusalem, Matthias (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In Matthias Jerusalem (Hrsg.) und Diether Hopf (Hrsg.), *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen* (28-53). Weinheim: Beltz.

Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (ohne Datum). *Wie wir Sozialpsychiatrie verstehen.* Gefunden unter <https://www.sozialpsychiatrie.ch/Sozialpsychiatrie/PCBHI/>

Seelig, Harald (2007). Körperliche Aktivität im Zusammenspiel mit anderen Gesundheitsverhaltensweisen. In Reinhard Fuchs, Wiebke Göhner und Harald Seelig (Hrsg.), *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils* (S. 108-127). Göttingen: Hogrefe.

Silberbauer, Christoph (2017). *Rauchen und psychische Erkrankungen.* Gefunden unter <https://oegpb.at/2018/04/04/rauchen-und-psychische-erkrankungen/>

Staiger, Tobias (2015). Der Körper – Eine Ressource: materielle und immaterielle Verteilung von Lebenschancen. In Michael Wendler und Ernst-Ulrich Huster (Hrsg.), *Der Körper als Ressource in der Sozialen Arbeit. Grundlegungen zur Selbstwirksamkeitserfahrung und Persönlichkeitsbildung* (S. 15-34). Wiesbaden: Springer.

Steiner, Ruth (2012). Einsichten und Aussichten der Sozialpsychiatrie. Soziale Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen. *Sozial Aktuell*, 44 (4), 10-13.

Stiftung Lebensqualität (2007). Ich bewege also bin ich. Verhaltenskybernetik als Vorreiter für Kinaesthetics. *Lebensqualität. Die Zeitschrift für Kinaesthetics*, 1 (2), 24-25.

Stiftung Lebensqualität (2009). Kinaesthetics ist praktische Kybernetik. K.U. Smith: Die Verhaltenskybernetik. *Lebensqualität. Die Zeitschrift für Kinaesthetics*, 2 (3), 31-37.

Stredova, Jitka (2014). Alltagsaktivitäten und aktuelles psychisches Befinden bei 20 bis 30-jährigen und 50plus-jährigen Personen unter Moderation von Selbstkonkordanz. In Simone Becker (Hrsg.), *Aktiv und Gesund? Interdisziplinäre Perspektiven auf den Zusammenhang zwischen Sport und Gesundheit* (S. 347-378). Wiesbaden: Springer.

Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006, SR 0.109.

World Health Organization [WHO]. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Gefunden unter [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf)

10 Anhang

10.1 Spezialbroschüre «Psychische Störungen»

**PlusSport**  
PlusSport Schweiz  
Sport & Bewegung für alle

Spezialbroschüre – Psychische Störungen

→ [plusport.ch](http://plusport.ch)

**Kontakt**  
PlusSport Behindertensport Schweiz

Daniela Loosli  
Leiterin Ausbildung  
T 044 908 45 22  
[loosli@plusport.ch](mailto:loosli@plusport.ch)

Nikolai Kiselev  
Fachexperte und Projektleiter  
Menschen mit Psychischer Behinderung  
[kiselev@plusport.ch](mailto:kiselev@plusport.ch)

## Vorwort



kaum vorhanden sind. Gleichzeitig zeigte eine interne Umfrage bei den PlusSportclubs- und -campsteilnehmern, dass sie mehr Informationen zum Thema psychische Störungen wünschen.

PlusSport reagiert darauf mit entsprechenden Aufklärungsmaßnahmen: Neben den externen themenspezifischen Publikationen in *Avs Medici* (Kiselev, Klomstein & Lichtsteiner, 2015) und der Schweizer Zeitschrift für Heilpädagogik (Kiselev & Loosli, in print) wurde das Thema bereits in das von PlusSport herausgegebene Lehrbuch «Sport erst recht, Grundlagen in der Begleitung von Menschen mit Behinderung in Sport» (Läussermann, Bläuenstein & Zibung, 2014) integriert. Ferner wurde das Thema in den Katalog der jährlich stattfindenden Weiterbildungskurse aufgenommen.

Mit der vorliegenden Broschüre möchte PlusSport einen weiteren Aufklärungsbeitrag leisten.

Nikolai Kiselev  
Projektleiter «Menschen mit  
psychischen Störungen»  
PlusSport Behindertensport Schweiz

Im Strategieprozess von 2012 hat PlusSport, die Dachorganisation des Schweizer Behindertensports zehn Themenfelder mit entsprechenden Massnahmen definiert, welche für die Entwicklung des Behindertensports speziell bedeutsam sind. Eine dieser Massnahmen sieht vor, ein neues Zielgruppenfeld, Menschen mit psychischen Problemen, im Sinne der Zugehörigkeit zur Anspruchsgruppe des Behindertensports zu prüfen und gegebenenfalls neu anzugehen. Dabei handelt es sich um ein grosses Zielgruppensegment, das zwischen Behinderung und Nichtbehinderung schwelt und bislang nur unzureichend beachtet wurde.

Die darauf folgende ANklärung stellte fest, dass die Zielgruppe nicht nur die Voraussetzungen einer PlusSport-Anspruchsgruppe erfüllt sondern, dass diese einen dringenden Bedarf an adaptierten Sportangeboten aufweist, weil solche

## Inhaltsverzeichnis



3	Vorwort
4	Sport – Behinderung – Integration
5	Was sind psychische Störungen?
6	Aktuelle Situation in der Schweiz
7	Psychische Störung als Grund für eine IV-Rente
8	Störungsbilder der psychischen Erkrankungen
14	Wichtig beim Direktkontakt
16	Psychische Gesundheit von Menschen mit einer Behinderung
18	Psychische Störungen bei unterschiedlichen Behinderungsformen
23	Warum Sport?
24	Ausblick
25	Notizen
27	Literaturverzeichnis

## Sport – Behinderung – Integration



### PlusSport engagiert sich für Menschen mit Behinderung und ermöglicht ihnen Integration, Freude und Erfolg durch die Bewegung im Sport!

Seit über 55 Jahren bietet PlusSport als Dachverband und Kompetenzzentrum des schweizerischen Behindertensportes ein breitgefächertes und zeitgemäßes Angebot an attraktiven Sportmöglichkeiten.

### Sportliches Ziel

Integration durch Sport für 12'000 Mitglieder und alle Sportinteressierten.

### Abwechslungsreiches Angebot

Die 86 regionalen Sportclubs und 98 Sportcamps präsentieren ein breitgefächertes Angebot mit traditionellen und trendigen Sportarten.

### Erfolg durch Qualität

Mit regelmäßigen Aus- und Weiterbildungskursen für unsere Leiter sichern wir eine konstant hohe Qualität unseres gesamten Angebots.

### Innovative Sportförderung

Der Nachwuchs ist uns wichtig – auf allen Ebenen öffnen wir Türen, um Sport mit Freude erlebbar zu machen.

### Sport auf höchstem Niveau

Wir setzen uns als Co-Stifter von Swiss Paralympic für Athleten ein, damit diese an nationalen und internationalen Wettbewerben teilnehmen können.

### Wirkungsvolle Partnerschaften

Auf nachhaltiger Basis pflegen wir verschiedene erfolgreiche Partnerschaften in diversen Bereichen und sind bestrebt, uns stetig weiter zu vernetzen.

Kompetenzforum  
 57'000, 12 000 Mitglieder  
 10 Mio. Personendaten  
 211.000.000.000  
 1.000.000.000  
 12-14.000.000.000  
 1.000.000.000.000  
 1.000.000.000.000

## Was sind psychische Störungen?

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (OBSAN, 2012) schreibt, dass psychische Gesundheit kein Zustand, sondern ein dynamischer Prozess ist, welcher auf den Grundzustehen Wohlbefinden, Zufriedenheit, Beziehungsfähigkeit, Alltagsbewältigung, Selbstbewusstsein und Arbeitsfähigkeit basiert. Dieser Prozess erfordert eine kontinuierliche Anpassung des Individuums an seine Umgebung. Misslingt diese, kann es zu einer psychischen Störung kommen, welche sich auf die emotionale, kognitive, körperliche und interpersonelle Ebene sowie das Verhalten auswirkt und schliesslich das alltägliche Leben in Form einer verminderten Lebensqualität beeinträchtigt.

«fast jede zweite Person erkrankt an einer psychischen Störung»

Die bekanntesten Störungen<sup>1</sup> sind:

1. Manie, Depression und bipolare Störung
2. Schizophrenie und verwandte Störungen
3. Phobien, Zwangs- und Panikstörungen, Posttraumatische Belastungsstörung
4. Pyromanie, Kleptomanie und Pädophilie

Psychische Störungen zählen zu den häufigsten Erkrankungen der Welt und sind in jeder sozio-ökonomischen Schicht anzutreffen (Höhle & Scholl, 2014). Ihre negativen Schlagzeilen sind leider gut bekannt: Arbeitsunfähigkeit, Depressionen, Suizide. Trotz allen Präventionsmassnahmen werden die psychischen Störungen in einer ständig anforderungsreicheren Gesellschaft kaum abnehmen. Statistisch erkrankt fast jede zweite Person irgendwann in ihrem Leben an einer psychischen Störung (Mittchen & Jacobi, 2006).

<sup>1</sup> Genauer über einzelne Störungen siehe Kapitel «Störungsbilder der psychischen Erkrankungen»

## Psychische Störung als Grund für eine IV-Rente

Obwohl die Schweiz mit 70% erftuhterweibe die höchste europäische Quote der erwerbstätigen Menschen mit mittelgradig oder schweren psychischen Störungen hat, bleibt die Arbeitslosenquote der Betroffenen leider diormal höher als bei gesunden Personen. Auch die Wahrscheinlichkeit trotz der guten Arbeitsmarktbedingungen in relativer Einkommensarmut zu leben, ist für diese Gruppe um 1,5-mal höher als für Personen ohne psychische Erkrankung.

«40 Prozent der IV-Neuanträge werden infolge einer psychischen Störung gestellt»

In der Schweiz, wie auch in den meisten OECD-Ländern<sup>2</sup>, sind in den vergangenen zwanzig Jahren sowohl die IV-Bezugsquote als auch der Anteil psychischer Störungen bei den IV-Bezüglern stetig angestiegen, wobei die letztgenannten

jährlich stärker zunahm als die Gruppen mit anderen Diagnosen. Schon jetzt machen die psychischen Störungen über ein Drittel aller IV-Bezüge aus (Abbildung 2).

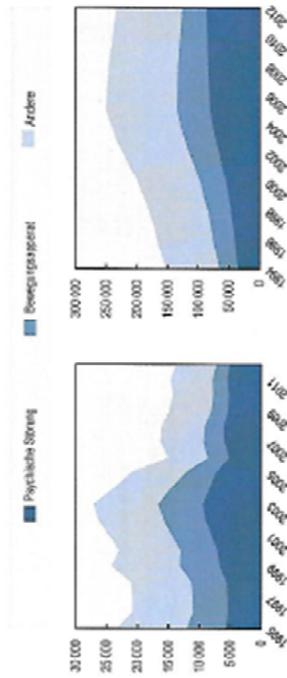


Abbildung 2: Links IV-Neuanträge nach Gesundheitschaden, Rechte IV-Fallzahlen nach Gesundheitschaden (OECD, 2014).

<sup>2</sup> OECD – Organisation für die wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung ist eine internationale Organisation bestehend aus 36 Mitgliedern, welche sich zum Ziel setzen, den Standards und wirtschaftlichen Programmen zu folgen. Die meisten dieser Länder weisen ein hohes Pro-Kopf-Einkommen auf und können als entwickelte Länder betrachtet werden.

## Aktuelle Situation in der Schweiz

Psychische Erkrankungen können sowohl in einem Spital als auch ambulant, bei einem Arzt oder Psychotherapeut behandelt werden. Geht die betroffene Person in eine Klinik, gehört sie zu ungefähr 6% der Patienten, welche 2011 infolge einer psychischen Störung in einem Spital betreut wurden. Gleichzeitig muss aber erwähnt werden, dass der zeitliche Aufwand bei der Behandlung einer akuten psychischen Erkrankung wesentlich grösser ist und in der Regel einen Aufenthalt von mindestens zwei oder drei Wochen nach sich zieht.

«Inmitten ist etwa jede achte Person davon betroffen»

Die anderen Betroffenen werden ambulant und/oder periodisch therapiert. Die genauen Daten sind diesbezüglich nicht bekannt, allerdings führen sich vergleichsweise gut 4% der Schweizer Bevölkerung stark und rund 13% mittel psychisch belastet. Das bedeutet, dass momentan etwa jede sechste Person eine psychische Störung haben könnte (OBSAN, 2012). Abbildung 1 veranschaulicht die Situation.

Des Weiteren leben aktuell über 25 000 Personen in der Schweiz in einer sozialen Einrichtung infolge einer Behinderung. Davon sind fast 70% der Personen von einer geistigen Behinderung und 20% von einer psychischen Behinderung betroffen (BFS, 2012).

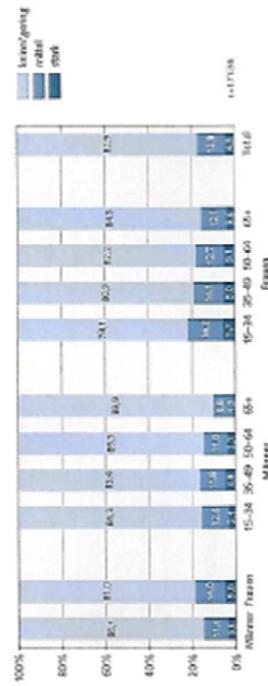


Abbildung 1: Psychische Belastung nach Geschlecht und Alter, 2007 (Ohsan, 2012)

## Störungsbilder der psychischen Erkrankungen



Wie bereits erwähnt treten einzelne Störungen deutlich öfter auf als andere. Ohne auf die möglichen Gründe dafür einzugehen ist es wichtig, die klassischen Störungsbilder der häufiger auftretenden psychischen Erkrankungen basierend auf dem Lehrbuch «Klinische Psychologie – Psychotherapie» von Perrez und Baumann (2005) zu beschreiben.

### Schizophrenie

Die Schizophrenie ist eine der breiten Bevölkerungsinsidenz, insbesondere seit der Erscheinung des Films «A Beautiful Mind – Genie und Wahnsinn» gut bekannte Erkrankung, welche allerdings mit vielen Vorurteilen und landläufigen Meinungen behaftet ist.

«Schizophrenie hat nichts mit multipler Persönlichkeit zu tun»

Die klassischen Symptome bei Schizophrenie sind (können einzeln vorkommen):

1. Gedankenabwärtren, Gedankenverengung oder Gedankenentzug, Gedankenüberflutung,
2. Unrealistischer und bizarrer Wahn (z.B. Fähigkeit weiter zu kontrollieren oder Kontakt mit Außerirdischen aufzunehmen).
3. Stimmen, die über den Betroffenen und sein Verhalten sprechen.
4. Anhaltende Halluzinationen.
5. «Negative» Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und vermindelter sozialer Leistungsfähigkeit gekoppelt.

Unter dem Begriff «Schizophrenie» wird eine heterogene Gruppe von Störungen zusammengefasst. Die Gemeinsamkeit von Patienten mit der Diagnose einer schizophrenen Störung liegt weniger in der Symptomatik an sich als primär in einem drastischen Abfall des psychosozialen Funktionsniveaus (Vernachlässigung der Schule/Beruf, Freundschaften, Selbstversorgung) im frühen oder mittleren Erwachsenenalter, ohne dass dafür eindeutige Ursachen (z.B. traumatische Erlebnisse, Schlaganfall etc.) erkennbar wären. Schätzungsweise kann jeder hundertste Mensch irgendwann im Leben an Schizophrenie erkranken. Das Vorliegen der Erkrankung bei Blutsverwandten erhöht das Erkrankungsrisiko.

### Depressive Störungen

Gefühle der Traurigkeit, der Niedergeschlagenheit, der Enttäuschung oder der Hoffnungslosigkeit, häufig auch begleitet von Angstlichkeit und Anspannung, zählen zu den menschlichen Grunderfahrungen, als Reaktionen auf Verlust, Misserfolg, Belästigung oder nach Zeilen der Erschöpfung. Wenn sie eine bestimmte Dauer und/oder Intensität nicht überschreiten, gehören sie zum «normalen» Leben dazu. Bleiben sie aber zu lange

«oft» bleiben Depressionen jahrelang unbehandelt»

bestehen spricht man oft von der wohl bekanntesten psychischen Störung – der Depression. Die meisten Menschen erkranken erstmals im Jugend- bzw. im frühen Erwachsenenalter (zwischen 15 und 20) an einer Depression. In den letzten Jahrzehnten schätzen die Erkrankungsraten in den jüngeren Gruppen zuzunehmen. Im mittleren Lebensalter nimmt die Erkrankungskonstanz ab. Ob sie in sehr hohem Alter wieder ansteigt, ist umstritten. Oft kann eine Depression mit einer Angststörung oder einer Persönlichkeitsstörung einhergehen. Familienstudien belegen ein – um das Dreifache – erhöhtes Erkrankungsrisiko, wenn Angehörige ersten Grades eine Depression haben oder haben. Die Wahrscheinlichkeit irgendwann im Leben an einer Depression zu erkranken beträgt für Frauen je nach Studie bis zu 21% und für Männer bis zu 13%.

Die klassischen Symptome einer Depression sind:

1. Depressive Verstimmung an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages.
2. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten an fast allen Tagen, für die meiste Zeit des Tages (entweder nach subjektivem Ermessen oder von anderen beobachtet).
3. Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme (> 5% des Körpergewichts in einem Monat) oder verminderter resp. gesteigerter Appetit an fast allen Tagen.
4. Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf an fast allen Tagen.
5. Müdigkeit oder Energielverlust, verminderte Fähigkeit zu denken resp. sich zu konzentrieren oder verringerte Entscheidungsfähigkeit an fast allen Tagen.



Durch ein Zufall oder die verlorene Situationsadäquatheit kann Angst allerdings auch ein pathologisches Ausmass annehmen. Pathologische Angst äussert sich dadurch, dass das Ausmass und/oder die Dauer der Angstreaktion von den Betroffenen als unverhältnismässig stark erlebt wird, im subjektiven Urteil als unbegründet ein-gefasst wird oder die angelaissende Situation konsistent vermieden wird. Angststörungen treten meistens zum ersten Mal in der Jugend auf, wobei bei einzelnen die Erstmanifestierung in der Kindheit oder im früheren Erwachsenenalter möglich ist. Eine familiäre Häufung liegt in der Regel vor, aber die Frage nach der genetischen Mitverursachung kann nach dem heutigen Stand des Wissens noch nicht beantwortet werden.

**Zwangsstörungen**

Die charakteristischen Hauptmerkmale der Zwangsstörungen sind wiederkehrende Zwangsgedanken und/oder Zwangshandlungen (z.B. Händewaschen, Ordnen, Prüfen oder auch Zählen, Zählen, Wörter leise wiederholen), die extrem zelaufwendig sind (mehr als eine Stunde pro Tag) oder aber eine ausgeprägte Belastung oder deutliche Beeinträchtigung im alltäglichen Leben verursachen. Die betroffene Person ist sich allerdings bewusst, dass die Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen übertrieben oder unlogisch sind. Die Person fühlt sich gezwungen, die Handlungen auszuführen, um die (durch die Zwangsgedanken ausgelöste) Angst oder Unwohlsein zu verhindern (den Gerastänken ungeschädlich zu machen bzw. zu neutralisieren) oder zu reduzieren. Hinsichtlich der Erkrankungsrate geht man davon aus, dass ca. 2 bis 3% der Bevölkerung irgendwann einmal im Leben (meist vorübergehend) davon betroffen sein werden. Insbesondere die zweite und



«Angst ist überlebenswichtig, zu viel Angst schränkt das Leben ein»

**Angststörungen**  
Angst gehört zu den grundlegenden menschlichen Gefühlen wie Liebe, Freude, Ärger, Wut oder Trauer. Angst ist ein normales psychisches Phänomen mit adaptivem Wert und tritt gewöhnlich als Reaktion auf bedrohliche oder unkontrollierbar erlebte Ereignisse oder Situationen auf. Angst bringt dem Mensch dazu, sich so zu verhalten, dass solche Situationen überwunden oder auch vermieden werden können. Als angemessene Reaktion auf tatsächlich bedrohliche Situationen stellt Angst somit einen für das Überleben notwendigen, wenngleich manchmal auch unangenehmen Bestandteil des Lebens dar. Sie sichert letztlich das Überleben des Menschen und der Menschheit.

Die klassischen Angststörungen sind:  
 1. **Spezifische Phobie:** dabei fürchtet der Betroffene eine Konfrontation mit einem ganz spezifischen Objekt oder einer bestimmten Situation. In der Regel beziehen sich spezifische Phobien auf Tiere, enge Räume, medizinische Uensilien oder Orte, durch welche sie ausgelöst werden und häufig zu Vermeidungsverhalten führen.  
 2. **Soziale Phobie:** Das Kennmerkmal der Sozialen Phobie ist die übermässige Angst vor einer negativen Bewertung. Solche Situationen sind etwa Essen in der Öffentlichkeit, öffentliches Sprechen, Schreiben in Gegenwart anderer Personen oder eine Prüfung ablegen.  
 3. **Panikattacks:** Das Hauptcharakteristikum einer Panikattacke ist eine klar abgrenzbare Episode intensiver Angst und Unbehagen. Diese wird von spezifischen Symptomen begleitet (z.B. Herzlopfen, Schwitzen, Erstickungsgefühle, Atemnot, Schwindel oder die Angst, die Kontrolle zu verlieren) und steigt sich innerhalb von Minuten zu einem Höhepunkt. Die meisten Anfälle treten spontan und unerwartet auf.  
 4. **Panikstörung:** Charakteristisch sind wiederkehrende, unerwartete und für die Betroffenen nicht erklärbare Panikattackson. Diese führen dazu, dass sich die betroffene Person über längere Zeit Sorgen über weitere Panikattackson und den damit verbundenen Auswirkungen macht.  
 5. **Generalisierte Angststörung:** Personen mit dieser Störung machen sich monatelang anhaltende, übertriebene und unkontrollierbare Sorgen über in der Regel ganz alltägliche Situationen oder auch Alltagsprobleme.

## Wichtig beim Direktkontakt



Leiter sind psychischen Erkrankungen in der Wahrnehmung von Menschen immer noch negativ behaftet. Die noch fehlende Sensibilisierung für das Thema führt dazu, dass die Betroffenen unbewusst gemieden werden. Dies liegt unter anderem daran, dass der eigene Mechanismus der Verhaltensbegündung einer anderen Person ins Schwanken gerät und das erwartete rationale Verhalten nicht per se gerechtfertigt werden kann. Die schwach ausgeprägte Fähigkeit mit Unsicherheiten umzugehen kann die (unbewusste) Abwendungstendenz zusätzlich verstärken.

«Spielen Sie die Probleme der Betroffenen nicht herunter – für die sind diese real und wahr»

«Versuchen Sie nicht, die Betroffenen zu therapieren»

Trotz der noch vorherrschenden Stigmatisierung der Betroffenen darf auf keinen Fall vergessen werden, dass eine psychische Erkrankung eine Erkrankung wie jede andere ist. Diese kann wie ein Skandalfall oder Herzinfarkt jeden treffen. Mit Ausnahme von psychischen Störungen, die auf Substanzmissbrauch zurückzuführen sind, kann die betroffene Person nichts dafür, Sie trägt also kaum Verantwortung für Ihre Erkrankung.

Auch wenn die allermeisten Betroffenen, mit denen man in Kontakt kommt, sich nicht in einer Akutphase befinden und in einem stabilen Zustand sind, empfiehlt es sich grundsätzlich bei einer längeren Interaktion darauf zu achten, dass: – Sie die Betroffenen nicht zu therapieren versuchen, – Nicht gestresst wirken und reagieren.

- Sie die Erkrankung und Sorgen des Gegenübers weder abwerten noch ignorieren.
- Wenn Sie sich nicht sicher sind, was Sie tun sollen und was nicht, oder die Situation Ihr Ansichten noch Irrfisch wird, zeigen Sie nicht den Behandler der betroffenen Person oder die Angehörigen zu kontaktieren.

### Zusätzlich bei depressiven Erkrankungen

- Nehmen Sie die Gedanken und Gefühle der Betroffenen nicht persönlich.
- Zeigen Sie Mitleid. Eine Umarmung hilft oft mehr als 100 Worte.

### Zusätzlich bei Angststörungen

- Versuchen Sie nicht, dem Betroffenen die Angst abzunehmen.
- Holen Sie im Notfall (z.B. einer akuten Panikattacke) eine Decke oder Bettflasche, seien Sie einfach da. Sagen Sie der Person, dass Sie da sind und ihr helfen, die Angsttacke durchzustehen.
- Helfen Sie der betroffenen Person mit der Atemregulation durch ein gemeinsames langsames Ein- und Ausatmen.

### Zusätzlich bei Zwangserkrankungen

- Vereinbaren Sie im Vorfeld, wie Sie sich beim Auftreten des Zwangsvorhaltens verhalten sollen.
- Versuchen Sie nicht, das Verhalten zubreit und mit Nachdruck zu stoppen. Probieren Sie es mit einem «Optimalen»-Lösungsansatz (z.B. «Ok, machen wir es so, dass Du nur noch 3 mal Hände wäscht, und dann gehen wir weiter?»).

### Schizophrenie

- Ort haben Betroffene einen «Notfallbrief» für den Fall verfasst, dass sie wieder psychotisch werden. Dort werden unter anderem Ihre Wünsche resp. Empfehlungen für die Behandlung und hinsichtlich des Umgangs mit diesen festgehalten.

### Autismus-Spektrum-Störungen

- Nicht wütend werden, da die Betroffenen Emotionen gegenüber sehr sensibel reagieren. Sie werden dadurch so überfordert, dass sie nicht mehr zuhören können.
- Versuchen Sie möglichst ruhig immer wieder zu erklären, welche soziale Regel gerade missachtet wurde und wie andere auf so etwas reagieren.
- Haben Sie einen Plan B bereit (z.B. Den Bus verpassen. Man fährt mit dem Tram über die Strecke, die dem Betroffenen bekannt ist).

## Psychische Gesundheit von Menschen mit einer Behinderung



Eine psychische Störung kann Menschen mit einer Behinderung genau gleich wie jemanden ohne Behinderung treffen. Statistisch gesehen haben Betroffene manchmal höhere Wahrscheinlichkeiten für Verhaltensauffälligkeiten sowie für die Entstehung psychischer Erkrankungen.

Samirski (2006) schreibt, dass die Ursachen für die Entstehung psychischer Störungen bei Menschen mit angeborenen Behinderungen nicht nur in der individuellen Erkrankung per se sondern auch als Folge der Störung in der Interaktion und Beziehung zwischen dem Kind und seiner Umgebung zu verstehen sind. Da nicht nur das Kind aktiv auf seine Umwelt einwirkt, sondern auch von dieser beeinflusst wird, ist diese gegenseitige Anpassung auch für das psychische Entwicklungsgelingen entscheidend.

Das folgende Bild (Abbildung 3, auf der nächsten Seite) illustriert Risiken für die Ausbildung psychischer Störungen bei Kindern mit Behinderungen.

Ein wichtiger protektiver Faktor ist hierbei die Widerstandsfähigkeit (Resilienz), welche die Fähigkeit des Kindes umschreibt, relativ unbeschädelt mit den Folgen belastender Lebensumstände oder Behinderungen fertig zu werden. Als günstige Ver-

Psychische Störungen können auch Menschen mit Behinderung treffen

erhaltungen können hier positives Temperament, überdurchschnittliche Intelligenz, aktive Bewältigungsstrategien, Selbstwirksamkeitserfahrung, positives Selbstwertgefühl und Kompetenzen für die Gestaltung von Beziehungen genannt werden.

In der Familie können zum Beispiel stabile emotionale Bindungen, unterstützendes Erziehungs-klima und enger familiärer Zusammenhalt als Schutzfaktoren wirken. Ausserhalb der Familie tragen die Unterstützung im sozialen Umfeld, befriedigende Freundschaftsbeziehungen und positive Erfahrungen in der Schule dazu bei, dass Kinder trotz ungünstiger Voraussetzungen eine soziale Anpassung ohne emotionale Störungen und Verhaltensauffälligkeiten gelingt. Das glei-

che gilt natürlich nicht nur fürs Kindes- sondern auch für das Jugend- und Erwachsenenalter. Zusammenfassend gilt es, die Entwicklung von psychischen Auffälligkeiten nicht als endemischen, individuelle Entwicklungsstörung zu verstehen. Sie ist vielmehr ein Ausdruck einer nicht gelungenen Abstimmung zwischen (kindlichen) Bedürfnissen und der Umwelt.

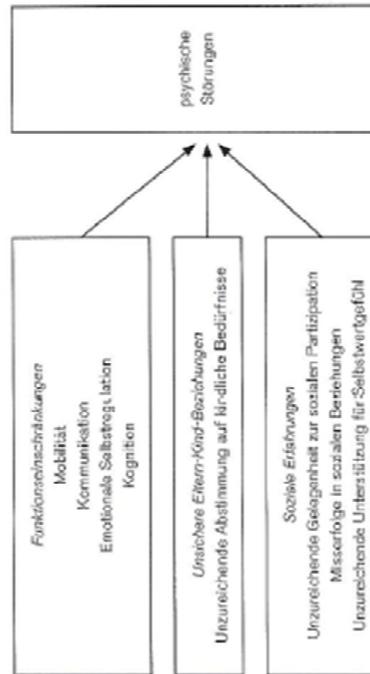


Abbildung 3. Risiken für die Ausbildung psychischer Störungen bei Kindern mit einer Behinderung (Samirski, 2006).

3 Auf emotionale Behinderungen wird hier nicht eingegangen, da der Zeitpunkt sowie die Ursachen der Behinderung sowie die persönliche Entwicklung individuell stark variieren, was eine entsprechende Aussage verunmöglichlicht.

## Psychische Störungen bei unterschiedlichen Behinderungsformen<sup>4</sup>

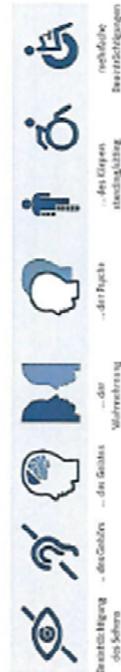


suboptimale «Passung» zwischen der Umwelt

und der betroffenen Person bereits im Kindesalter die Wahrscheinlichkeit für die Entstehung einer psychischen Erkrankung begünstigen. Je nach Behinderungsbild verläuft diese Passung resp. die Fehlpassung in unterschiedlicher Weise. Eine Person, die zum Beispiel Spina Bi-fida hat, wird mit anderen Schwierigkeiten konfrontiert, als eine Person mit einer Sehbehinderung. Auch sind die Reaktionen der Umwelt und der Umgang mit den Betroffenen verschieden. Basierend auf den Überlegungen von Samirski

erwird Menschen mit Behinderung werden noch heute vorwiegend als auch psychisch behindert höchst stigmatisierte

Wie bereits erwähnt, haben auch Menschen mit Behinderung die gleiche Grundveranlagung für die Ausbildung von psychischen Störungen wie die Gesamtbevölkerung. Allerdings kann die



<sup>4</sup> Generell über einzelne Behinderungsformen kann im Buch «Sportrecht, Grundlagen der Begleitung von Menschen mit Behinderung im Sport (Hassmann, Ekstein & Zsarrig, 2014)» nachgelesen werden.

(2006) werden die folgenden Behinderungsformen genauer betrachtet:

- Schwere Hörbehinderung
- Blinde und hochgradig sehbehinderte Personen
- Bewegungsstörungen
- «Anders» Aussehen
- Geistige Behinderung
- Autistische Störung

Ersten Forschungsergebnissen der 70er und 80er Jahre zufolge hatten Betroffene generell ein 3- bis 6-mal höheres Risiko an einer psychischen Störung zu erkranken, als Menschen ohne Behinderung. Auch wenn die neueren empirischen Untersuchungen ein differenzierteres Bild vermitteln, bleiben die oben verallgemeinerten Vorurteile haften. Auch schon deswegen ist es wichtig, die Situationen differenziert zu betrachten.

### Schwere Hörbehinderung

Zwar erreichen Kinder mit einer Hörbehinderung im Vergleich zu gleichaltrigen nicht-hörbehinderten Kindern etwas höhere Werte in den einzelnen Beurteilungsskalen, diese liegen aber mit wenigen Ausnahmen innerhalb der normalen Schwankungsbreite. Einzig hinsichtlich des aggressiven Verhaltens und impulsiver Reaktionen waren die Werte auffälliger. Auch die Problematik des sozialen Rückzugs grenzwertig. Allerdings lassen sie sich durch die kommunikative Kompetenz im Sinne eines negativen Zusammenhangs (bessere Kommunikator > weniger Auffälligkeiten) sehr gut erklären. Kinder mit Hörbehinderung, deren Eltern mit der Gebärdensprache vertraut sind, sind nicht psychisch auffälliger als hörende Kinder.

Wenn in integrativen Klassen das Verhalten mancher hochbegabter Kinder als auffällig und grenzwertig eingestuft wird, sind die Gründe dafür in Schwierigkeiten, befriedigende soziale Beziehungen aufzubauen, zu suchen. Auch ist zwischen Kindern mit angeborenen oder erworbenen Hörschädigungen zu unterscheiden, da der spätere Sprachwerb (im Sinne der Zeichensprache) zum Misslingen von Kommunikation führen kann.



henden. Die Selbsteinschätzung hinsichtlich der körperlichen Fähigkeiten, sozialen Beziehungen und dem Schulerfolg ist sogar höher als bei Nicht-Betroffenen.

Der oft diskutierte Aspekt der Stereotypen und autistischen Verhaltensmerkmale ist durch das gleichzeitige Vorliegen einer Intelligenzstörung (IQ < 70) oder einer neurologischen Ursache (z. B. Rettigopathie, Rubella-Infektion und Leberische Amaurose) zu relativieren.

**Bewegungsstörungen (z. B. Cerebralparese und Spina bifida)**

Die Häufigkeiten psychischer Störungen variieren je nach Zusammensetzung der Stichprobe und dem verwendeten Untersuchungsverfahren. Auch das Vorliegen einer zusätzlichen kognitiven Behinderung kann die Häufigkeit entscheidend beeinflussen.

Grundsätzlich lässt sich aber aus den aktuellen Studien ableiten, dass zwischen 30 bis 50% der Kinder und Jugendlichen mit einer Behinderung, welcher eine Bewegungsstörung zugrunde liegt, psychisch- oder verhaltensauffällig sind.

Primäre Einflussfaktoren sind dabei meistens das Alter (negativer Zusammenhang), Schwere der Bewegungsstörung (positiver Zusammenhang), IQ (negativer Zusammenhang) und das Ausmass der Familienbelastung (positiver Zusammenhang).

Bezogen auf einzelne Störungen sind Probleme hinsichtlich des sozial abhängigen, hyperaktiven

**Blinde und hochgradig sehbehinderte Personen**

Die Häufigkeitsangaben zu emotionalen Problemen und Verhaltensstörungen blinder und hochgradig sehbehinderter Kinder variieren mit dem Alter, den verwendeten Untersuchungsverfahren und zusätzlicher (mentalen) Behinderungen der Kinder, nicht aber mit dem Grad oder der Ursache der Sehbehinderung. Bei jüngeren Kindern fallen soziale Ängste, aggressives Verhalten und sozialer Rückzug (teils mit stereotypen Verhaltensmustern) besonders stark auf.

Auch im Jugendalter weisen blinde und hochgradig sehbehinderte Personen eine deutlich höhere Symptombelastung als Sehende auf. Die Situation wird besonders erschwert, wenn zusätzliche neurologische Störungen und eine Entwicklungsverzögerung vorliegen. Hingegen treten depressive Störungen und niedriges Selbstwertgefühl nicht häufiger auf als bei Se-

5. Haupttextzusammenhang bedeutet, dass der höchste Wert mit einer einzigen psychischen oder Verhaltensauffälligkeit einhergeht. In 10 Jahren oder älteren ist, wenn weniger Verhaltensauffälligkeit ist, ein positiver Zusammenhang bedeutet, dass der höchste Faktorenwert einer höheren Auffälligkeit einhergeht, z. B. je höher die Behinderung, umso höherer das Verhalten.

und beharrlichen Durchsetzungsverhaltens am auffälligsten. Ferner wird von sozialen Entwicklungsstörungen und oppositionell-aggressiven Verhalten berichtet.

**«Andere» Aussehen**

Andere als bei Menschen, die durch eine Sirene, Körper- oder geistige Behinderung in ihrer sozio-emotionalen Einbettung gefährdet sind, besteht bei Menschen mit anderem Aussehen keine Einschränkung in der Kommunikationsfähigkeit und dem Verständnis der sozio-emotionalen Zusammenhänge. Auch die Mobilität und Beteiligung an Alltagsaktivitäten ist in der Regel nicht eingeschränkt. Das Risiko liegt im Aufbau sozialer Beziehungen und in der Entwicklung eines ausreichenden Selbstwertgefühls durch die Interaktion mit der Umwelt.

Diese Gruppe kann grundsätzlich in zwei Subgruppen unterteilt werden: Menschen mit craniofazialer Fehlbildungen und Menschen mit Skelettfahrbildungen sowie Wachstumsstörungen. Der Erfolg einer plastischen (resp. rekonstruktiven) Operation trägt massgeblich zu einer stabilen

**Craniofaziale Fehlbildungen**

Grundsätzlich gelingt den meisten Kindern, trotz der Belastung durch Operationen und Behandlungsmassnahmen, welche meistens im früheren Kindesalter stattfinden, eine gute soziale Anpassung, ohne dass emotionale Störungen sichtbar werden.

**Skelettfahrbildungen und Wachstumsstörungen**

Entscheidend für die Neigung zu einer psychischen Störung ist der Erfolg einer Therapie. Kann eine Wachstumsstörung rechtzeitig erkannt und behandelt werden, ist die Prävalenz der Entstehung psychischer Störungen mit der Gesamtbevölkerung vergleichbar.

sierung der emotionalen und sozialen Einbettung bei, da sie den Eindruck auf das Gegenüber nachweislich verändert und so keine atypischen Reaktionen auslöst. In der Schweiz werden die meisten Betroffenen (insbesondere bei leichten Fehlbildungen) schon sehr früh erfolgreich operiert.

Kann eine Behandlung nicht vollständig helfen, ist es nicht ausgeschlossen, dass eine Auffälligkeit im Bereich der sozialen Anpassung entsteht und sich oft durch sozialen Rückzug manifestiert. Auch Ängstlichkeit sowie depressive Verstimmungen (Stärker bei Mädchen und Frauen) können zu psychischen Auffälligkeiten dieser Personengruppe gezählt werden.

Empirisch können dieser Betroffenergruppe erhöhte Werte hinsichtlich Hyperaktivität, Probleme mit sozialer Kompetenz sowie emotionale Auffälligkeiten zugeschrieben werden. Allerdings erreichen diese selten das Ausmass einer Behandlungsbedürftigen Störung.

6. Sozialer, Kehler- und Geschlechterabhängigen





## 10.2 „10 Schritte für deine psychische Gesundheit“



Gesundheitsförderung Schweiz  
Promotion Santé Suisse  
Promozione Salute Svizzera



**10 Schritte für deine  
psychische Gesundheit**

03.01.18 DE 04 2017

Wankdorfallee 5, CH-3014 Bern  
Tel. +41 31 350 04 04  
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Lausanne  
Tél. +41 21 345 15 15  
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch  
www.promotionsante.ch  
www.promozionesalute.ch

Die Wirtschafts- und Arbeitswelt hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Vieles hat sich im Bereich Arbeitssicherheit verbessert und die meisten Menschen wissen auch, dass eine ausgewogene Ernährung und tägliche Bewegung wichtig sind, um körperlich fit zu bleiben. Was uns heute vor allem zusetzt, sind psychosoziale Belastungen wie Stress, Überwachung oder Mobbing. Strategien gegen diese Belastungen und für die Pflege der psychischen Gesundheit sind weniger bekannt. Die «10 Schritte für deine psychische Gesundheit» unterstützen das Gesundbleiben und können dazu beitragen, psychischen Erkrankungen vorzubeugen. Erfahren Sie in dieser Broschüre spannende Tipps, die Sie einfach in Ihren Alltag integrieren können.

© Piktogramme pro mente oberösterreich

Vielen Dank der Gesundheitsdirektion des Kantons Zug für die Zurverfügungstellung von Textmaterial und der Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich für die Anpassungen der Piktogramme.

 <h3>Aktiv bleiben</h3> <p><b>Bewegung macht flexibel.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bewege ich mich im Alltag regelmässig?</li><li>• Welche Bewegungsarten machen mir Spass (z. B. Schwimmen, Wandern, Laufen, Tanzen)?</li><li>• Habe ich mich heute schon bewegt?</li></ul>	 <h3>Sich selbst annehmen</h3> <p><b>Nobody is perfect.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Wo bin ich mit mir zufrieden?</li><li>• Was macht mich im privaten und beruflichen Umfeld zufrieden?</li><li>• Was ist mir heute gelungen, worüber kann ich mich freuen?</li><li>• Über welchen Fehler von heute kann ich lachen?</li></ul>	 <h3>Sich entspannen</h3> <p><b>Wer leistet, braucht auch Erholung.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bei welchen Tätigkeiten kann ich am besten «abschalten» (z. B. Musik hören, Meditation, asiatische Bewegungsformen, Spaziergang im Wald)?</li><li>• Nehme ich mir in meinem Alltag genügend Zeit zum Entspannen?</li><li>• Habe ich einen Ort, an den ich mich zurückziehen kann, um wirklich zur Ruhe zu kommen?</li></ul>
 <h3>Neues lernen</h3> <p><b>Lernen ist Entdecken.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Was will ich gerne können? Was brauche ich dazu?</li><li>• Was sind meine Talente, Kompetenzen und Fähigkeiten? Wie will ich sie nutzen?</li><li>• Was hilft mir, um Neues zu entdecken?</li></ul>	 <h3>Darüber reden</h3> <p><b>Alles beginnt im Gespräch.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Wie viel Zeit habe ich mir heute genommen, um mit jemandem ein Gespräch zu führen?</li><li>• Wem kann ich mich mitteilen, wenn es mir gut oder schlecht geht?</li><li>• Was ärgert mich schon lange? Mit wem kann ich darüber sprechen?</li></ul>	 <h3>Sich nicht aufgeben</h3> <p><b>Hinfallen, aufstehen. Mund abwischen. Weitermachen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Welche «Rettungsringe» gibt es für mich in Krisen-fällen?</li><li>• Kenne ich Menschen, die gefährdet sind, sich selbst aufzugeben?</li><li>• Weiss ich, wo ich professionelle Hilfe holen kann?</li></ul>
 <h3>Um Hilfe fragen</h3> <p><b>Hilfe annehmen ist eine Stärke.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lasse ich mir helfen, wenn ich Hilfe brauche?</li><li>• Kenne ich das Gefühl des Rückhalts, wenn ich um Hilfe bitte?</li><li>• Habe ich schon erlebt, dass mir das Um-Hilfe-Bitten ein gutes Gefühl gegeben hat?</li></ul>	 <h3>Sich beteiligen</h3> <p><b>Zusammen sind wir stark.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gibt es eine Organisation, in der ich mich aktiv beteiligen kann?</li><li>• Wann habe ich das letzte Mal den Austausch gesucht oder mich in anderer Form beteiligt?</li><li>• In welcher Gruppe fühle ich mich akzeptiert und wertgeschätzt?</li><li>• Wie mache ich den ersten Schritt in eine Gemein-schaft?</li></ul>	 <h3>Mit Freunden in Kontakt bleiben</h3> <p><b>Freunde sind wertvoll.</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Habe ich Zeit für Freunde?</li><li>• Welche Beziehungen erlebe ich als positiv und vertrauensvoll?</li><li>• Was bin ich bereit, in eine Freundschaft einzubringen?</li><li>• Mit wem will ich meine freie Zeit gestalten?</li></ul>
 <h3>Kreatives tun</h3> <p><b>Kreativität steckt in uns allen!</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Wo kann ich mich kreativ ausleben?</li><li>• Was kann ich besonders gut (z. B. Kochen, singen, malen, gärtnern, töpfern, basteln)?</li><li>• Wie viel Freiraum nehme ich mir für kreatives Gestalten?</li></ul>		