

Master-Arbeit
MAS Lösungs- und Kompetenzorientierung

Körperliche Aktivität
Eine Intervention mit Wirkung

Wie können Menschen mit einer diagnostizierten Depression in der lösungs- und kompetenzorientierten Beratung unterstützt werden, die für sie passende körperliche Aktivität im Alltag umzusetzen?

Eingereicht am: 17. Oktober 2022
Vor- und Nachname/n: Corinne Iselin
E-Mail-Adresse: corinne_iselin@hotmail.com

Von dieser Master-Arbeit wurden am 17.10.2022 eine elektronische Fassung und ein schriftliches Exemplar bei der Hochschule Luzern eingereicht.

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren. Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Weiterbildung der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.

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



Urheberrechtlicher Hinweis:

Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

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.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

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>

Bestätigung Selbsterarbeitung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Master-Arbeit selbständig erarbeitet habe und dass dabei keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden.

Diese Master-Arbeit hat einen Umfang von 129'791 Zeichen.

Ort, Datum:

Kriens, 17.10.2022

.....

Unterschrift(en):

C. Selin

Einverständniserklärung Veröffentlichung

Master-Arbeiten, die im Rahmen eines Master of Advanced Studies erarbeitet und mit einer Punktzahl von 41 und mehr bewertet wurden, werden über die Zentral- und Hochschulbibliothek ZHB Luzern der Öffentlichkeit als PDF-Version zugänglich gemacht.

☒ Ich als Autorin versichere, dass die Master-Arbeit bei den oben erwähnten Voraussetzungen veröffentlicht werden kann.

☐ Die Master-Arbeit kann aus folgenden Gründen nicht veröffentlicht werden:

.....
.....
.....

Ort, Datum:

Kriens, 17. Oktober 2022

.....

Unterschrift(en):

C. Selin

Körperliche Aktivität – Eine Intervention mit Wirkung

Wie können Menschen mit einer diagnostizierten Depression in der lösungs- und kompetenzorientierten Beratung unterstützt werden, die für sie passende körperliche Aktivität im Alltag umzusetzen?

Corinne Iselin, corinne_iselin@hotmail.com, 079 770 32 62, 17. Oktober 2022

Abstract

Dass körperliche Aktivität die Gesundheit fördert, ist bekannt. Die Erkenntnis, dass sie auch eine antidepressive Wirkung haben und sogar eine Therapie ersetzen kann, macht gerade in der Beratung von erkrankten Menschen besonders auf dieses Thema aufmerksam.

Die Depression ist eine Krankheit, die sich nicht nur auf die Betroffenen und ihr Umfeld auswirkt, sondern auch auf das Gesundheitswesen und den Arbeitsmarkt. So ist rund ein Drittel der Schweizer Bevölkerung, in unterschiedlicher Ausprägung von dieser Krankheit betroffen und nimmt Beratungsgespräche oder eine Therapie in Anspruch. Die Lösungs- und Kompetenzorientierung (LKO) bietet in der Beratung vielfältige Möglichkeiten, um eine Person in unterschiedlichen Lebenslagen zu begleiten. Die vorliegende Literaturarbeit befasst sich deshalb mit der Frage, wie Menschen mit einer diagnostizierten Depression in der lösungs- und kompetenzorientierten Beratung dabei unterstützt werden können, eine für sie passende körperliche Aktivität im Alltag umzusetzen.

Die Betrachtung analysiert zum einen die körperliche Aktivität an sich und widmet sich unter anderem den Fragen, was diese zur psychischen Gesundheit beitragen kann, welche Empfehlungen es für eine geeignete Umsetzung gibt und wie sich die psychischen Symptome auf das Bewegungsverhalten von Erkrankten auswirken. Zum anderen wird aufgezeigt, was Menschen dazu bringt, ihr Gesundheitsverhalten zu ändern. Anhand des *Prozessmodells gesundheitlichen Handelns (HAPA)* wird ersichtlich, dass die Planung neben der Motivation einen bedeutenden Bestandteil des Veränderungsprozesses darstellt.

Wie Beratende mit dem lösungs- und kompetenzorientierten Ansatz und dessen Instrumenten Klient:innen unterstützen und auf deren Verhalten Einfluss nehmen können, wird anhand der Theorie begründet und mit den erarbeiteten Erkenntnissen zu den Themen *körperliche Aktivität* und *Depression* für die Umsetzung in die Praxis verknüpft.

Im Ergebnis wird deutlich, dass die Entscheidung für eine körperlichen Aktivität stets bei den Klient:innen bleibt, die Beratenden dabei jedoch eine supportive Rolle einnehmen können. Die Resultate zeigen zudem, dass es an Depressionen erkrankten Personen trotz zahlreicher Hürden möglich ist, körperliche Aktivitäten im Alltag umzusetzen. Voraussetzung ist, dass Klient:innen in der Lage sind, zu kooperieren, und Bereitschaft zeigen, am Veränderungsprozess zu arbeiten. Die LKO erweist sich dabei sowohl für die Begleitung im Veränderungsprozess als auch für Menschen mit einer Depression als ideale Methode der Beratung.

Danksagung

Ich durfte während meinem Schreibprozess, mit vielen Interessenten zu diesem Thema, spannende Gespräche und anregende Diskussionen führen. An dieser Stelle danke ich all den Personen, die mich während dieser intensiven Zeit begleitet, inspiriert, ermutigt und unterstützt haben. Sie war in vielerlei Hinsicht ausserordentlich lehrreich.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Arbeitskontext und persönliche Motivation	1
1.2 Fragestellung	2
1.3 Abgrenzung	2
1.4 Vorgehen, Aufbau und Ziel der Arbeit	2
2. Psychische Gesundheit	3
2.1 Definition und Förderung	3
2.2 Psychische Krankheit und ihre Auswirkung	5
2.3 Depression – Auslöser, Auswirkung und Behandlung	6
3. Körperliche Aktivität	8
3.1 Definition	8
3.2 Wirkung auf die Psyche	9
3.3 Empfehlung zur passenden Aktivität	10
3.4 Merkmale und Hürden bei Depression	12
4. Gesundheitsverhalten	14
4.1 Menschliche Grundbedürfnisse nach Grawe	14
4.2 Prozessmodell gesundheitlichen Handelns	15
5. Lösungs- und Kompetenzorientierung	19
5.1 Grundlagen	20
5.1.1 Systemtheorie	20
5.1.2 Konstruktivismus	20
5.1.3 Selbstorganisation	21
5.1.4 Kybernetik	22
5.1.5 Zirkularität	22
5.2 Grundannahmen	22
5.3 Kooperative Hilfsformen	24
5.4 Instrumente	25
5.5 Merkmale und Wirkung der Beratung	29
6. Umsetzung der theoretischen Ansätze in die Praxis	31
6.1 Lösungs- und Kompetenzorientierung im Modell gesundheitlichen Handelns	32
6.1.1 Motivationsaufbau zu körperlicher Aktivität	32
6.1.2 Handlungsplanung für die passende körperliche Aktivität	34
6.1.3 Handlungen ausführen und aufrechterhalten	37
6.2 Beantwortung der Fragestellung	38
7. Schlussfolgerung und Ausblick	39
Literaturverzeichnis	42
Anhang	45

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: 10 Schritte für die psychische Gesundheit (Gesundheitsförderung Schweiz, 2017)	4
Abbildung 2: Einschätzung über die Wirkung der einzelnen Massnahmen (Richner et al., 2021)	5
Abbildung 3: IV-Rentner:innen in der Schweiz, Dezember 2021, nach Ursache (BSV, 2022)	6
Abbildung 4: Hypothetisches Modell zu biologischen und psychologischen Wirkmechanismen (leicht modifiziert nach Heinzel, 2020)	10
Abbildung 5: Bewegungsempfehlung bei gesunden Erwachsenen (in Anlehnung an ACSM 2011 und WHO 2020; zit. in Hirschbeck & Röh, 2022)	11
Abbildung 6: Das Prozessmodell gesundheitlichen Handelns, HAPA (leicht modifiziert nach Schwarzer, 1992; zit. in Knoll et al., 2017, S. 51)	16
Abbildung 7: Veränderungsprozess im Überblick (eigene Darstellung in Anlehnung an das HAPA-Modell von Schwarzer [1992; zit. in Knoll et al., 2017, S. 51] und die Basisinstrumente nach Pfister-Wiederkehr, 2019)	32
Abbildung 8: Faktoren zur Findung der passenden Aktivität (eigene Darstellung)	35
Abbildung 9: Unterscheidung bei aktiven und inaktiven Klient:innen (eigene Darstellung)	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Barrieren bei der Umsetzung von körperlichen Aktivitäten (eigene Darstellung auf Basis von Al-Dalati, 2017, S. 72 ff)	13
Tabelle 2: Psychische Symptome und Massnahmen (Eigene Darstellung in Anlehnung an Oertel und Matura (2017, S. 28ff)	14
Tabelle 3: Quellen der Selbstwirksamkeit nach Bandura (eigene Darstellung auf der Basis von Bandura, 1986; zit. in Knoll et al., 2017, S. 29) ..	17
Tabelle 4: Kerninstrumente in der LKO (leicht modifiziert nach Bamberger, 2015, S. 72)	25
Tabelle 5: Faktoren der Motivation und Elemente der LKO (eigene Darstellung)	33

Abkürzungen

ebd.	ebenda; bedeutet am gleichen Ort
et al.	steht für «et alia» und bedeutet «und andere»
GA	Grundannahmen
Hrsg.	Herausgeber:in
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
Kap.	Kapitel
LKO	Lösungs- und Kompetenzorientierung
NCDs	nichtübertragbaren Krankheiten (NCDs = eng. Noncommunicable Diseases).
Sic!	lateinisch, wirklich so
Vgl.	vergleiche
z. B.	zum Beispiel
Zit. in	zitiert in

1. Einleitung

Forschungen zur psychischen Gesundheit haben bereits bekannt gemacht und belegen, dass es positiv prägende Faktoren für eine stabilere Entwicklung der Psyche gibt (Gesundheitsförderung Schweiz, 2017; Schuler et al., 2020). Eine zentrale Erkenntnis davon ist, dass Sport oder generell körperliche Aktivität unter anderem eine vielversprechende Auswirkung auf das psychische Wohlbefinden haben und sogar ähnlich wirken sollen wie Antidepressiva (Heinzel, 2020; Heißel, 2020; Hirschbeck & Röh, 2022). Die Autorin sieht darin einen Ansatz, dem sie weiter nachgehen möchte, um auch die Möglichkeiten hilfreicher Interventionen in der täglichen Arbeit zu erweitern.

1.1 Arbeitskontext und persönliche Motivation

Die Autorin ist beruflich als Case Managerin einer Taggeldversicherung tätig und begleitet Menschen nach einem Unfall oder einer Erkrankung wieder zurück in den Arbeitsprozess. Klient:innen, welche aufgrund einer Krankheit das Case Management¹ beanspruchen, machen dabei den grössten Anteil aus, Menschen nach einem Unfall den kleineren. Eine interne, nicht veröffentlichte Statistik (siehe Anhang) zeigt, dass bei ca. 70 % eine psychische Diagnose vorliegt. Dabei ist die Depression bei zwei Drittel als Hauptdiagnose anzutreffen.

Neben koordinativen Aufgaben und der Aufrechterhaltung eines Unterstützungssystems, übernimmt eine Case Manager:in unter anderem eine beratende Rolle. Kernelemente im Case Management sind das Assessment sowie die Ziel- und Handlungsplanung. Das Assessment dient dazu, die Ausgangslage zu erfassen, die Ressourcen zu ermitteln und Lösungsansätze zu finden, um gemeinsam mit dem oder der Klient:in einen Handlungsplan daraus zu entwickeln. Handlung bedeutet in diesem Sinne eine Veränderung in einer gewünschten Zielrichtung anzustreben und weckt die Frage, was ein Mensch zur Veränderung braucht. Die Begleitung einer Klient:in im Rahmen des Case Managements kann über eine kurze Zeit (ein paar wenige Wochen) oder über eine längere Dauer (sechs Monate und mehr) stattfinden. Dabei ist anzumerken, dass das Case Management grundsätzlich nicht direkte Leistungen erbringt, sondern diese organisiert, wo die Klient:innen selbst nicht in der Lage dazu sind (Monzer, 2018, S. 1–2). Der Autorin ist es in ihrer Rolle jedoch wichtig, diese Zeit optimal zu nutzen und die Klient:innen in ihrem Tun und im Erreichen ihrer Ziele bestmöglich zu unterstützen.

In der Schweiz und auch in anderen Ländern wird die Entwicklung psychischer Krankheiten beobachtet. Die Zahlen steigen stetig nach oben. Es liegt deshalb nahe, gesundheitsförderndes Verhalten zugunsten der psychischen Gesundheit zu fördern. Davon profitiert sowohl jeder einzelne für sich als auch die Gesellschaft und das gesamte Gesundheitswesen. Obwohl Letzteres in den letzten Jahren erheblich ausgebaut wurde, stösst es in der Schweiz vielerorts an die Grenzen seiner Kapazität. Dies führt zum heutigen Zeitpunkt dazu, dass die betroffene Klientel einige Wochen bis Monate auf einen ambulanten oder stationären Therapieplatz warten muss. Hier kann eine Case Manager:in mit dem oder der Klient:in nach Lösungen suchen, um die Wartezeit bis zur ambulanten oder stationären Therapie zu überbrücken. Das Schaffen oder Erhalten einer Tagesstruktur gehört oft dazu. Körperliche Aktivitäten darin einzuführen, würde sich somit gerade dann anbieten, wenn deren Effekt nur Positives erwarten lässt. Die Autorin ist durch ihre Erfahrung klar der Überzeugung,

¹ Eine Definition des Case Managements gemäss dem Netzwerk Case Management Schweiz (2022) lautet:

Case Management ist eine Handlungsmethode zur strukturierten und koordinierten Gestaltung von Unterstützungs- und Beratungsprozessen. In einem systematisch geführten, kooperativen Prozess werden Menschen in komplexen Problemlagen ressourcen- und lösungsorientiert unterstützt und auf den individuellen Bedarf abgestimmte Dienstleistungen erbracht. Die Erreichung gemeinsam vereinbarter Ziele wird angestrebt, wobei die Nachhaltigkeit im Fokus der Zielerreichung steht. (...) (S. 4)

dass besonders Menschen mit einer psychischen Erkrankung von einer Beratung und einer fachlichen Begleitung profitieren können.

1.2 Fragestellung

Den genannten wissenschaftlichen Erkenntnissen über körperliche Aktivität und Psyche möchte die Autorin nachgehen, um Ansätze für die Förderung passender Interventionen im Beratungsalltag zu entdecken und zu verstehen. Sie stellt sich dabei die Frage:

Wie können Menschen mit einer diagnostizierten Depression in der lösungs- und kompetenzorientierten Beratung unterstützt werden, die für sie passende körperliche Aktivität im Alltag umzusetzen?

1.3 Abgrenzung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit Klient:innen mit einer diagnostizierten einfachen depressiven Episode ohne psychotische Symptome (Unipolare Depression). Diese Klientel wurde deshalb gewählt, weil sie zum einen definierten Symptomen zugeordnet werden kann (vgl. Kap. 2.3) und sie zum anderen den grössten Anteil der Personen ausmacht, welche im Case Management begleitet werden.

Das Angebot des Case Managements basiert auf Freiwilligkeit, weshalb auch im Rahmen dieser Arbeit davon ausgegangen wird, dass die Klient:innen das Gespräch freiwillig suchen und eine gewisse Veränderungsbereitschaft mitbringen. Auf Klient:innen im Zwangskontext wird hier nicht eingegangen.

Die Arbeit bezieht sich auf körperliche Aktivitäten als einen von vielen Wirkfaktoren der psychischen Gesundheit (Schuler et al., 2020). Das Ergebnis und die Herleitung dieser Arbeit können als Beispiel gesehen werden und auch für andere Bereiche geltende Lösungsansätze aufzeigen.

Psychische Gesundheit, Gesundheitsförderung, körperliche Bewegung und Gesundheitsverhalten, sowie weitere angrenzende Gebiete, sind umfangreiche und komplexe Themengebiete, in denen häufig Studien unternommen werden und großes Wissen zur Verfügung steht. Diese Arbeit soll beispielhaft einen kompakten Einblick in einen konkreten Bereich verschaffen und wird nicht alle Details abschliessend erfassen können.

1.4 Vorgehen, Aufbau und Ziel der Arbeit

Anhand einer Literaturrecherche wird ein Grundverständnis für das gewählte Thema erarbeitet. Ausgehend vom aktuellen Stand in der Schweiz wird die Situation zur psychischen Gesundheit respektive der Anteil psychisch erkrankter Personen erfasst. Damit möchte die Autorin die Bedeutung des Themas aufzeigen und im ersten Kapitel Informationen sammeln, welche die Kompetenzen zur psychischen Gesundheit fördern. Darin ist auch die körperliche Aktivität als Bestandteil enthalten.

Anhand neuster Studien über körperliche Aktivität und deren Wirkung auf die Psyche werden Empfehlungen dazu aufgezeigt, welche Aktivität gesund ist, um der Frage nach der passenden Art von Bewegung nachzugehen. Anschliessend werden die psychischen Symptome beigezogen um zu klären, wie sie sich auf das Bewegungsverhalten auswirken.

Wie lässt sich ein Mensch zu einer Verhaltensänderung motivieren und welche Faktoren spielen dabei eine Rolle? Antworten auf diese Frage lassen sich in Literatur aus der Gesundheitspsychologie und zum Gesundheitsverhalten finden und anhand eines Modelles veranschaulichen.

Ob und wie es in der lösungs- und kompetenzorientierten Beratung möglich ist, einen solchen Veränderungsprozess zu unterstützen oder eventuell Einfluss darauf zu nehmen, wird anhand der theoretischen Grundelemente dieses Beratungsansatzes erarbeitet und Instrumente aus der LKO gesucht, welche sich für die Umsetzung anbieten.

Bevor die Fragestellung abschliessend beantwortet wird, werden die theoretischen Ansätze miteinander verknüpft und veranschaulicht; abschliessend wird eine Schlussfolgerung daraus gezogen.

Die vorliegende Arbeit soll andere Berater:innen dazu inspirieren, den Blick auf versteckte Ressourcen wie die Bewegung und den Sport zu richten. Sie soll auch Schlüsselstellen aufzeigen, welche bei Menschen mit einer Depression in der Beratung vorkommen können. Mit dem Verständnis darüber, was Klient:innen brauchen, um ihr Verhalten zu Gunsten der eigenen Gesundheit zu ändern, sollen Ideen dazu vermittelt werden, wie Klient:innen mit der lösungs- und kompetenzorientierten Beratung dabei unterstützt werden können, passende Interventionen umzusetzen.

2. Psychische Gesundheit

Der neueste Bericht 15/2020 über die Psychische Gesundheit in der Schweiz, welcher vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (OBSAN) im Jahr 2020 erstellt wurde, zeigt die aktuelle Situation mit aufschlussreichen Zahlen (Schuler et al., 2020). Im Folgenden werden Erkenntnisse daraus aufgeführt, um die Ausgangslage für die vorliegende Arbeit zu definieren.

Wird die Schweiz mit einem positiven Fokus betrachtet, lassen sich gute Voraussetzungen für psychische Gesundheit finden. So gilt die Schweiz als eines der glücklichsten Länder der Welt. Gemäss dem letzten Bericht der Vereinten Nationen (UNO) im Jahr 2020 schaffte sie es auf den dritten Platz (Helliwell et al., 2020; zit. in Schuler et al., 2020, S. 29). In der letzten Gesundheitsbefragung in der Schweiz (SGB) im Jahr 2017 schätzten über 90 % der Teilnehmenden ihre Lebensqualität im Allgemeinen als gut oder sehr gut ein (Schuler et al., 2020, S. 27). Dabei waren die grössten Unterschiede zwischen den Regionen und beim Bildungsstand der Befragten zu erkennen. Was genau die Lebensqualität ausmacht, kann gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nicht mit einheitlichen Indikatoren gemessen werden, da sie für jeden und jede Einzelne(n) subjektiv ist sowie unterschiedlich definiert und bewertet wird (ebd.). Es zeichnet sich jedoch ab, dass die psychische Gesundheit dabei Einfluss nimmt.

2.1 Definition und Förderung

Gemäss der Definition des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) fühlt sich eine Person psychisch gesund, «wenn sie ihre intellektuellen und emotionalen Fähigkeiten ausschöpfen, ihre alltäglichen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und in der Gesellschaft einen Beitrag leisten kann» (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2020). Hier wird ein vielschichtiger Prozess deutlich und der Blick richtet sich nicht nur auf die psychische, sondern auch auf die physische und die soziale Komponente. Psychische Gesundheit bezieht sich entsprechend nicht nur auf die Abwesenheit von Krankheit. Das bedeutet, dass neben den kranken Anteilen immer auch gesunde Anteile vorkommen und es auch umgekehrt sein kann. Nur die Ausprägung der kranken Anteile und die damit verbundenen Einschränkungen bestimmen die Krankheit (Wittchen und Hoyer 2011; zit. in Cless & Matura, 2017, S. 15). Cless und Matura (2017) erwähnen dazu das *zweidimensionale Konzept von psychischer Gesundheit*, das besagt, dass die gesunden Anteile gefördert werden können, auch wenn kranke Anteile vorhanden sind. Überwiegen die gesunden Anteile oder schafft es der Mensch, die

kranken Anteile zu reduzieren, werden die Gesundheit und das Wohlbefinden dadurch verbessert (ebd.).

Förderung der psychischen Gesundheit

Die *10 Schritte für die psychische Gesundheit* ist eine Kommunikationsmassnahme, mit der sich das Netzwerk Psychische Gesundheit Schweiz an seine Mitgliederorganisationen sowie die Bevölkerung gerichtet hat (Gesundheitsförderung Schweiz, 2017). Lanciert wurde die Kampagne von Pro Mente Österreich. Darin werden wissenschaftlich fundierte und evaluierte Massnahmen aufgezeigt, welche die psychische Gesundheit fördern und sowohl einfach verständlich als auch umsetzbar sind (ebd.) (vgl. Abbildung 1). Auch körperliche Aktivität tritt darin auf. Mit diesen Informationen werden die Kompetenzen zur psychischen Gesundheitskompetenz gefördert; dabei lassen sie sich auf spezifische Zielgruppen (z. B. Altersgruppen oder Krankheitsbilder) adaptieren und für sie weiterentwickeln (ebd.).

	Bleib aktiv – bleibe körperlich aktiv, bewege dich regelmässig		Entdecke Neues – pflege Neugier, wage und entdecke Neues
	Halte Kontakt – pflege soziale Beziehungen, triff dich mit Freundinnen und Freunden		Sprich darüber – teile Sorgen und Freuden mit Vertrauenspersonen
	Entspann dich bewusst – baue dir Phasen der Ruhe und Erholung ein, um Kraft zu schöpfen		Hol dir Hilfe – hol bei Problemen Hilfe und nimm sie an
	Beteilige dich – sei Teil einer Gemeinschaft und bring dich ein		Glaub an dich – meistere Krisen und überwinde Schwierigkeiten
	Sei kreativ – sei schöpferisch tätig		Steh zu dir – akzeptiere dich selbst und trage Sorge zu dir

Abbildung 1: 10 Schritte für die psychische Gesundheit (Gesundheitsförderung Schweiz, 2017)

Im Auftrag der *Gesundheitsförderung Schweiz* wurde im Jahr 2021 eine repräsentative Befragung zur psychischen Gesundheitskompetenz in der Schweiz durchgeführt (Richner et al., 2021). Richner et al., (2021) fassen die Ergebnisse in einem Bericht zusammen. Sie zeigen auf, dass das soziale Umfeld und vertraute Bezugspersonen bei der Bewältigung einer psychischen Krise unterstützend wirken. Fehlt diese Unterstützung, kann es das Risiko einer Erkrankung erhöhen. Ein grosser Teil der Befragten weiss zwar, wo es bei psychischen Problemen Hilfe und Informationen gibt; einige von ihnen tun sich jedoch schwer damit, über ihre psychische Krankheit zu sprechen und möchten ihr Umfeld nicht mit ihren Problemen belasten. Auch fällt es ihnen schwer, mit den erhaltenen Informationen eine für sich passende Anwendung zu finden (ebd.). Dies weist darauf hin, dass (sich) informieren allein nicht ausreicht.

In der Befragung wurden zudem die Ressourcen angesprochen, welche zur Stärkung der psychischen Gesundheit beitragen können. Diese stützen sich auf die oben aufgeführten *10 Schritte für die psychische Gesundheit* (vgl. Abbildung 1). Die Teilnehmenden wurden dazu befragt, wie hilfreich sie die einzelnen Massnahmen einschätzen (Richner et al., 2021). Hier wurde die körperliche Bewegung nach den Entspannungsmomenten, der Selbstakzeptanz und den sozialen Kontakten an vierter Stelle als sehr hilfreich empfunden (ebd.). Aus diesen Ergebnissen lässt sich ableiten, dass nur wenige Befragte körperliche Aktivität als gar nicht hilfreich erachten und die Umsetzung einer solchen Massnahme eher als sinnvoll bewertet wird.

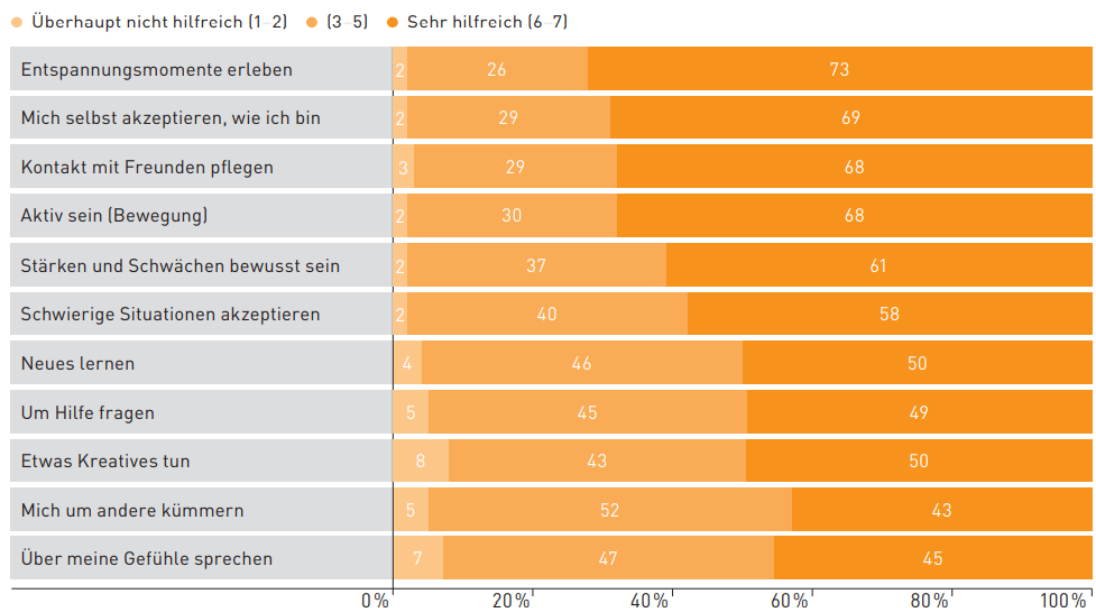


Abbildung 2: Einschätzung über die Wirkung der einzelnen Massnahmen (Richner et al., 2021)

2.2 Psychische Krankheit und ihre Auswirkung

Trotz des hohen Anteils an glücklichen Menschen in der Schweiz berichtet dennoch bis zu einem Drittel der Schweizer Bevölkerung, während eines Jahres unter einer psychischen Belastung zu leiden, und zeigt Depressionssymptome (Schuler et al., 2020, S. 34). Dabei fallen wiederum Unterschiede in den Regionen, beim Bildungsstand, dem Alter und dem Geschlecht auf (S. 38). Hinsichtlich der Entwicklung der an Depressionen erkrankten Personen wird sowohl in der Schweiz wie auch international eine stetige Zunahme der Betroffenen deutlich (ebd.). Hier muss jedoch auf eine zwar sehr breite, aber auch lückenhafte Datenbasis hingewiesen werden, welche sowohl national als auch international zur Erfassung eines Gesamtbildes optimiert werden soll (Schuler et al., 2020, S. 96). Auswirkungen dieser Entwicklung zeigen sich in folgenden Bereichen:

Psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit

Die beschriebene Entwicklung zeichnet sich auch in der Arbeitswelt ab. So wird gemäss einer neuen Studie von Baer et al. (2022) deutlich, dass psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeiten seit Jahren sowohl in ihrer Anzahl als auch in ihrer Dauer zunehmen. Da es in der Schweiz keine repräsentativen Zahlen über die Entwicklung psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit gibt, verwendete das Forschungsteam als Referenzzahl diejenige von Deutschland, die innert 22 Jahren um das Dreifache gestiegen ist. Die genauen Gründe für den Anstieg sind bislang unbekannt (S 10).

Renten der Invalidenversicherung

Die Statistiken der Invalidenversicherung (IV) zeigen auf, dass fast die Hälfte der Neurenten aufgrund einer psychischen Erkrankung zugesprochen wird und diese Zahl stetig zunimmt. Im Jahr 2021 lag der Anteil bei 48.8 %, wie sich im Gesamtbild (vgl. Abbildung 3) der IV-Rentner:innen zeigt (Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], 2022). Welche Unterdiagnosen hier konkret verborgen sind, kann Stand heute aus den erhobenen Daten der IV nicht abgeleitet werden.²

² Ein Postulat zur Erhebung dieser Zahlen wurde eingereicht und wird in Zukunft mehr Aufschluss geben können Suter (2020)

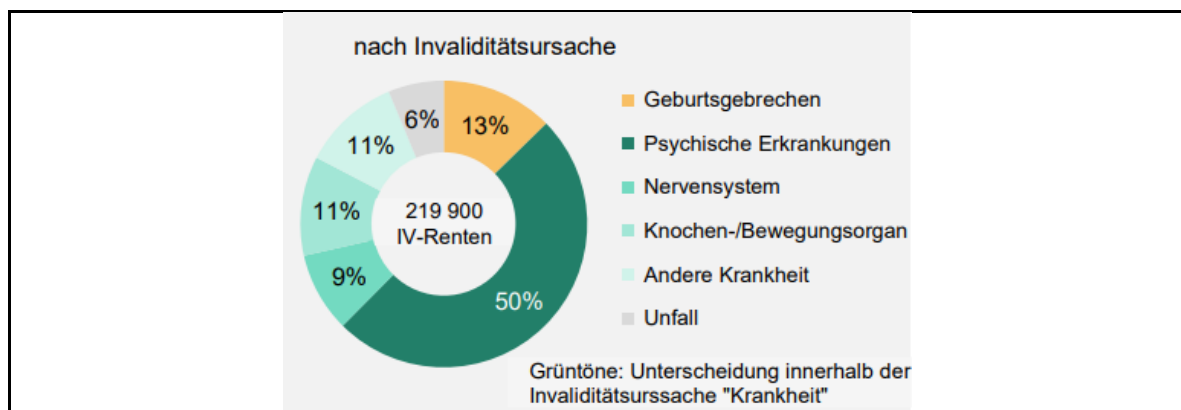


Abbildung 3: IV-Rentner:innen in der Schweiz, Dezember 2021, nach Ursache (BSV, 2022)

Gesundheitskosten

Das OBSAN untersuchte ebenfalls die Psychopharmaka-Therapie in der Schweiz und hält in seiner aktuellen Studie 2022 fest, dass diese zu den am häufigsten bezogenen Medikamenten gehören (Schuler et al., 2022). Den grössten Kostenanteil machen dabei die Antidepressiva aus (ebd.).

Psychische Krankheiten gehören zur Kategorie der nichtübertragbaren Krankheiten (NCD) und verursachen jährlich einen Anteil von ca. CHF 23 Milliarden an den volkswirtschaftlichen Kosten dieser Kategorie. Darin enthalten sind die direkten finanziellen Aufwendungen für medizinische Massnahmen und die Kosten der Sozialversicherungen. Ebenfalls enthalten sind die nichtmedizinischen (indirekten-) Kosten, z. B. für Arbeitsausfälle und verminderte Einsatz-Leistungsfähigkeiten (Schuler et al., 2020, S. 89).

2.3 Depression – Auslöser, Auswirkung und Behandlung

In dieser Arbeit werden Klient:innen mit einer diagnostizierten Depression mit einbezogen. Zum einheitlichen Verständnis der Depression als Krankheit wird die Definition einer einfachen Depression ohne psychotische Symptome der Kategorie F32.0–F32.2 nach den Internationalen statistischen Klassifikationen der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD 10³) übernommen. Sie wird auch Unipolare Depression genannt und wird als eine Störung der Affektivität, also der Stimmung des Menschen, verstanden (Härter et al., 2015, S. 17 ff):

Definition Depression nach ICD-10

F32 – Depressive Episode

Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient [sic!] unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und

³ ICD = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Am 1.1.2022 trat die 11. Revision der internationalen Klassifikation (ICD-11) in Kraft, welche eine andere Codierung (6A70 – Einzelne depressive Episode) und eine etwas detailliertere Unterteilung einführt. Da die neue Codierung noch nicht in einer autorisierten deutschen Fassung vorliegt, wurde sie in der Schweiz noch nicht offiziell eingeführt. Sie wird deshalb auch in der vorliegenden Arbeit nicht verwendet. Mit einer Umsetzung der neuen ICD-11 ist frühestens in den nächsten 3-5 Jahren zu rechnen Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2022)

Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten «somatischen» Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen. (...). (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], 2022)

Die aufgeführten Symptome einer Depression wie ein verminderter Antrieb, gedrückte Stimmung oder Müdigkeit können im Alltag jedes Menschen auftreten und haben nicht per se einen Krankheitswert (vgl. Kap. 2.1). Sie stellen normale Reaktionen auf Alltagsgeschehen dar und beschreiben die derzeitige Befindlichkeit. Erst die anhaltende Dauer mehrerer Symptome über mindestens zwei Wochen führt zum Risiko einer Erkrankung und der entsprechenden Diagnose (Kraft et al., 2017, S. 20).

Sie tritt meist in Episoden auf, welche wieder abklingen. Bleiben die Betroffenen symptomfrei, so wird die Depression als remittiert bezeichnet. Bei unvollständiger Remission besteht das Risiko einer erneuten Episode (rezidivierende Depression). Erholt sich eine Person über eine Dauer von zwei Jahren nicht mehr von der Depression, wird diese als chronifiziert bezeichnet (Härter et al., 2015, S. 26).

Ursache von Depression

Wie es zu einer Depression kommt, lässt sich unterschiedlich begründen. Erklärungen können sowohl einen genetisch-biologischen⁴, als auch einen lebensgeschichtlich-biografischen Ursprung haben (Wolfersdorf, 2011, S. 44–46). Bei Letzterem werden lang andauernde Belastungs- oder Überforderungssituationen im privaten Umfeld oder bei der Arbeit erkannt. Aber auch ein schwieriges Ereignis im Leben eines Menschen kann eine Depression auslösen (ebd.).

Eine Depression tritt dabei nicht nur als Grunderkrankung auf, sondern auch als Begleiterkrankung, einer sogenannten Komorbidität, z. B. in Form einer anderen somatischen Erkrankung (Gunold, 2017, S. 182).

Auswirkungen von Depression

Depressive Symptome können wie oben beschrieben, laut Assion und Angst (2006; zit. in Kraft et al., 2017) auf mehreren Ebenen beobachtet werden:

Auf emotionaler Ebene zeigen sie sich z. B. durch Niedergeschlagenheit oder Schuldgefühle. Anzeichen auf kognitiver Ebene sind beispielsweise ausgeprägtes Grübeln oder Konzentrationsprobleme. Auf physiologischer Ebene fühlt sich ein depressiver Mensch antriebslos oder leidet an Schlafstörungen. Auf der Verhaltensebene drücken sich die Symptome durch eine verlangsamte Sprache und Motorik aus (S. 20).

Behandlung von Depression

In den Behandlungsleitlinien (S3 Leitlinie⁵) für eine unipolare Depression (Härter et al., 2015, S. 45) werden je nach Schweregrad verschiedene Behandlungen und Interventionen empfohlen.

⁴ wie durch Hormone, körperliche Erkrankungen, chronische Überlastungen oder Jahreszeiten Wolfersdorf (2011, S. 44–46)

⁵ Die Autorin hat sich für den Verweis auf die S3 Leitlinie entschieden, da in den verwendeten Literaturen darauf Bezug genommen und immer wieder darauf verwiesen wird. In der Schweiz sind Behandlungsempfehlungen bei der schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) zu finden. Sie stützen sich unter anderem ebenfalls auf die S3 Leitlinien. Körperliches Training wird darin jedoch nur sehr knapp erwähnt (Holsboer-Trachsler et al., 2016).

Ziel der Behandlung ist es unter anderem, die Symptome zu reduzieren, ein seelisches Gleichgewicht zu erreichen und Rückfälle zu vermeiden. Allem voran geht ein *Aufklärungsgespräch*, um die Betroffenen über die Krankheit und den Krankheitsverlauf zu informieren (Härter et al., 2015, S. 48–52). Sie sollen zudem über die Therapiemöglichkeiten respektive Behandlungsalternativen, welche für ihre Wirksamkeit bekannt sind und sich bewährt haben, ausführlich informiert werden. Patient:innen wird damit unter anderem die Zuversicht vermittelt, dass die Krankheit überwindbar ist und es Behandlungsmöglichkeiten gibt, ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Die Aufklärung wird sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich als sogenannte *Psychoedukation* angeboten (ebd.).

In den Leitlinien (Härter et al., 2015) werden vier Grundelemente der Behandlung aufgeführt: Die klassischen Behandlungsformen sind die *Psychopharmaka-Therapie* zur ersten und schnellen Symptomlinderung gerade bei mittlerer oder schwerer Depression sowie die *Psychotherapie* zur positiven Beeinflussung der schwierigen Situation und zur Erarbeitung eines entsprechenden Behandlungsplanes. Bei einer schweren Erkrankung, wird die *Kombination von beiden Therapien* empfohlen; bei einer leichten Depression hingegen, werden Antidepressiva nicht generell zur Erstbehandlung eingesetzt, sondern vorerst eine *aktive abwartende Begleitung* empfohlen (S. 45 f). Für alle Therapieformen wird eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Therapeut:in und Patient:in als starker Wirkfaktor für eine erfolgreiche Behandlung genannt (Härter et al., 2015, S. 66 und 94).

Unter den *nichtmedikamentösen somatischen Therapieverfahren* wurde auch *körperliches Training* ausführlich in den S3 Leitlinien als Behandlungsempfehlung aufgenommen. Diese stützt sich auf evidenzbasierte⁶ Studien, kann bei leichter Depression als frühzeitige und niederschwellige Intervention eingeführt werden und dient als Ergänzung zur depressionsspezifischen Behandlung bei mittelgradiger und schwerer Erkrankung. Auch ist körper- und bewegungsbezogene Therapie ein Bestandteil von multimodalen Therapiekonzepten im stationären Setting, sofern keine Kontraindikation für eine körperliche Aktivität besteht (Härter et al., 2015, S. 125–127).

Weshalb körperliche Aktivität gerade bei der Überwindung einer Depression an Bedeutung gewinnt, wird im folgenden Kapitel eruiert. Die Autorin stellt sich dabei die Frage, welche Aktivität die passende ist und welchen Einfluss Depression auf das Bewegungsverhalten hat.

3. Körperliche Aktivität

3.1 Definition

In der Literatur sind diverse Begriffe zu körperlicher Aktivität zu finden, die Unterschiede im Umfang, in der Intensität und in der Begleitung während der Ausführung aufweisen. Abhängig davon, welche Betreuung die Klient:innen zur Umsetzung benötigen, zeigen sie eine mögliche Richtung für die Wahl einer passenden Aktivität auf.

Körperliche Aktivität bezeichnet jegliche Körperbewegungen durch Muskelkontraktionen, die zu einem zusätzlichen Energieverbrauch über den Grundumsatz hinausführen. Im Gegensatz dazu wird unter dem Begriff *körperliches Training* ein Teilbereich der körperlichen Aktivität verstanden, der geplant, strukturiert, wiederholt und zielgerichtet zur Verbesserung der körperlichen Fitness eingesetzt wird. (Bjarnason-Wehrens, 2017, S. 22)

⁶ Hier wird eine Evidenz anhand kontrollierter nicht randomisierter Studien begründet. Die Studien beschreiben die Ergebnisse anhand von Experimenten und/oder Beobachtungsstudien Härter et al. (2015, S. 125).

Ein Synonym zu körperlichem Training ist *Sport* (Heinzel, 2020). Ein solches Training kann allein oder in einer Gruppe durchgeführt werden (S 143). Wie es aussehen kann, wird in Kapitel 3.3 ergänzt.

Einen Unterschied dazu macht die *Sporttherapie*. Hier wird gemäss Heissel (2020) eine professionelle Begleitung zu therapeutischen Zwecken eingerichtet, welche die Verbesserung der Gesundheit zum Ziel hat. Die Patient:innen werden durch qualifiziertes Fachpersonal begleitet. Die Sporttherapie enthält dabei eine Mindestbelastung und eine Mindestanzahl an Einheiten pro Woche. Das Gruppentraining als Standardsetting wird über eine längere Therapiedauer eingeführt und verfolgt das Ziel, die Aktivität auch nach der Therapie im Alltag aufrechtzuerhalten (S 151). Heissel (2020) kommt nach den Ergebnissen der analysierten Studien zu dem Schluss, dass die Sporttherapie bei leichter bis mittlerer Depression je nach Art, Dauer, Intensität und Umfang der Betreuung eine Alternative zur Psychotherapie darstellen kann, und sieht klares Potenzial in der Förderung solcher Therapien im ambulanten Bereich (S 154).

3.2 Wirkung auf die Psyche

Wie in Kapitel 2.1 dargestellt wurde, haben körperliche Aktivität und Gesundheit bereits einen hohen Stellenwert im Gesundheitsverhalten und werden von einem Grossteil der Bevölkerung als gesundheitsfördernd wahrgenommen.

Neben dem Schutz vor chronischen Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderen wirkt sich regelmässige Bewegung auch positiv auf die Psyche aus (Hirschbeck & Röh, 2022, S. 22). Diese Auswirkungen wurden in zahlreichen Studien erforscht (Heinzel, 2020; Heißel, 2020; Hirschbeck & Röh, 2022). Wissenschaftliche Übersichtsarbeiten haben besonders die Depression in den Fokus genommen und bestätigen, dass die Symptome durch regelmässige Aktivität abnehmen. Auch wurde belegt, dass körperlich aktive Menschen weniger häufig an Depression erkranken als Menschen, die sich wenig bis kaum bewegen (Hirschbeck & Röh, 2022, S. 23). Welche Faktoren dabei konkret Einfluss nehmen ist jedoch noch unklar und werden auf mehreren Ebenen vermutet.

Evidenzbasiert wurden dazu biologische und psychologische Wirkmechanismen erforscht. Diese interagieren aus neurologischer Sicht in einer komplexen Wechselwirkung (Heinzel, 2020, S. 143–145). Auf psychologischer Ebene wurden zum einen positive Effekte auf die *Selbstwirksamkeit* nachgewiesen. Begründet wird dies durch das Erleben von Erfolgen und Erreichen von Trainingszielen. Zum anderen wird vermutet, dass durch Sport das eigene Körpergefühl und dadurch auch das *Selbstwertgefühl* verbessert wird (ebd.). Als biologische Wirkmechanismen zeigt Heinzel (2020) unter anderem Wirkungen auf die Neuroplastizität (welche für *Lernen und Gedächtnis* zuständig ist), die Neuroendokrinologie (die die hormonellen und nervlichen Zusammenhänge wie die Ausschüttung von Serotonin, Noradrenalin und Dopamin betrifft⁷) und auf das *Stressverhalten* auf (vgl. Abbildung 4) (S 143–145). Weitere Effekte sind der *Abbau von Anspannung* und die *Ablenkung bei Gedankenkreisen* (Hirschbeck & Röh, 2022, S. 23).

⁷ Hormone haben komplexe Eigenschaften und sind gekennzeichnet von unterschiedlicher Entstehung und Auswirkungen auf den Körper. So wirkt sich gemäss Hansen (2018) *Serotonin* ausgleichend im Gehirn aus und beruhigt überaktive Gehirnzellen, was innere Unruhe und Ängste reduziert und dabei die innere Stärke fördert. Das Noradrenalin nimmt Einfluss auf die Konzentration und Aufmerksamkeit. Tiefe Werte führen so zu Müdigkeit und Niedergeschlagenheit; zu viel führen zu Hyperaktivität. *Dopamin* beeinflusst die Motivation und Antriebskraft durch ein Belohnungsgefühl. Positives Erleben wie z.B. gutes Essen oder Sozialkontakte erhöhen den Wert und führt dazu mehr von <etwas> haben zu wollen. Zudem steigert es die Konzentration und fördert die Entscheidungsfähigkeit. (S. 114)

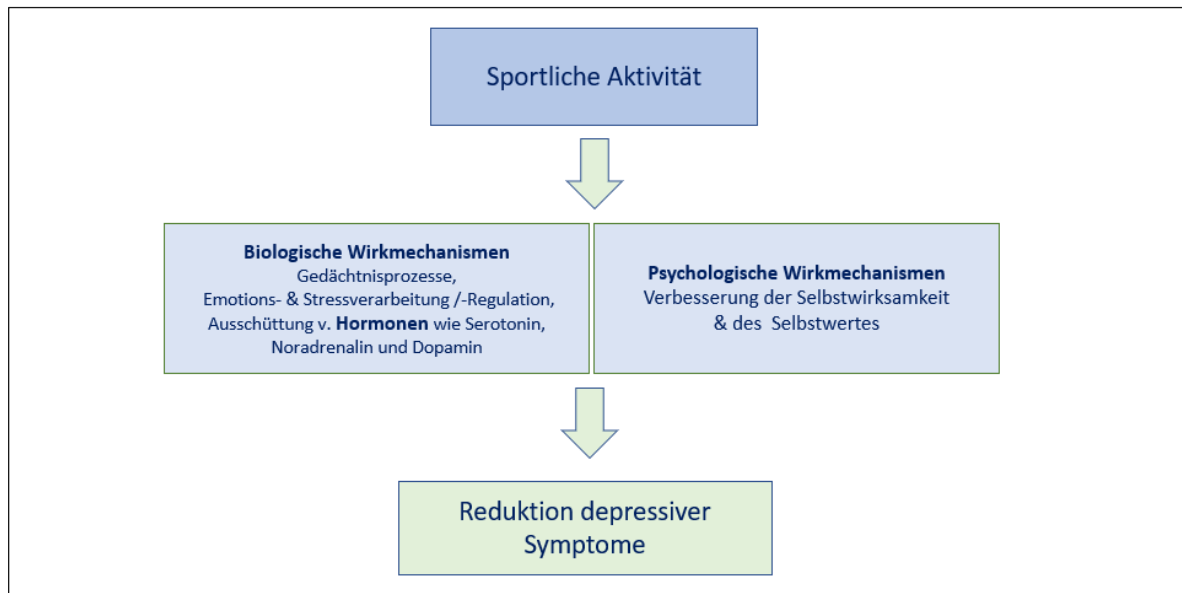


Abbildung 4: Hypothetisches Modell zu biologischen und psychologischen Wirkmechanismen (leicht modifiziert nach Heinzel, 2020)

Eine niederländische Studie mit über 7'000 Teilnehmenden hat gezeigt, dass die Probanden, welche während einer Therapie regelmässig Sport trieben, sich merkbar schneller von den depressiven Symptomen befreien konnten (Ten Have et al., 2011; zit. in Kraft et al., 2017, S. 21). Kraft et al., (2017) belegen anhand der Ergebnisse von Studien aus den USA, dass Sport zwar den gleichen Effekt wie ein Antidepressivum haben kann, Medikamente hier aber eine schnellere Wirkung erbringen. Somit empfehlen sie *Sport zur Ergänzung und nicht als Ersatz* einer medikamentösen Behandlung einzubeziehen (S 21). Letztendlich wirkt sich auch das Erleben von Sport an sich positiv auf den Menschen aus. Es kann ein Erfolgsgefühl entstehen, wenn die erkrankte Person es schafft, sich zum Sporttreiben zu überwinden. Dies stärkt neben der bereits erwähnten Selbstwirksamkeit auch das *Kontrollerleben* (Hirschbeck & Röh, 2022, S. 23).

Es fällt auf, dass die geschilderten Auswirkungen von Bewegung auf die Psyche genau die Ebenen eines Menschen ansprechen, welche durch die Depression beeinträchtigt sind. Welche Bewegung nun für die Umsetzung passend sein kann, wird anhand verschiedener Empfehlungen im folgenden Kapitel eruiert.

3.3 Empfehlung zur passenden Aktivität

Welche Aktivität und wieviel davon gut ist, lässt sich aus den Studien nicht einheitlich ableiten. In diesem Kapitel werden die aktuellen Erkenntnisse in eine Übersicht gebracht.

Das *American College of Sports Medicine* (ACSM) hat eine Empfehlung für körperliches Training herausgegeben, die sich an gesunde Personen richtet (Hirschbeck & Röh, 2022). Darin wird angeregt, mehrmals wöchentlich ein moderates und/oder intensives Ausdauertraining in Kombination mit Einheiten von Kraft-, Gleichgewichts- und Koordinationstraining zu absolvieren (vgl. Abbildung 5).

Komponente	Intensität	WHO	ACSM
Aerobes Training	moderat	150 Min/Woche	30 Min/Tag an 5 Tagen/Woche
	intensiv	75 Min/Woche	20 Min/Tag an 3 Tagen/Woche
	Kombination	gleichwertige Kombination aus mittlerer und starker Intensität	
Kraftsteigerung	60–80 % 1-WM*		8–12 Übungswiederholungen an 2–3 Tagen/Woche
Kraftausdauer	< 50 % 1-WM*	variabel an 2–3 Tagen/Woche	15–20 Übungswiederholungen an 2–3 Tagen/Woche
Beweglichkeitstraining	submaximal	10–30 Sek Halten/Übung	mind. 2–3 Tage/Woche
Koordinationstraining	individuell	mind. 20–30 Min/Tag	mind. 2–3 Tage/Woche

*1-WM = Ein-Wiederholungsmaximum

Hier sind allerdings noch viele Fragen ungeklärt, insbesondere, ob verschiedene Kombinationen hinsichtlich Dauer und Intensität gleichwertig sind, z. B. zweimal eine Stunde im Vergleich zu viermal 30 Minuten.

Abbildung 5: Bewegungsempfehlung bei gesunden Erwachsenen (in Anlehnung an ACSM 2011 und WHO 2020; zit. in Hirschbeck & Röh, 2022)

Heinzel (2020) nimmt sich in seinem Artikel des aktuellen Forschungsstandes an, der die Wirksamkeit von körperlichen Aktivitäten bei Depressiven bestätigt. Er weist dabei darauf hin, dass es erst wenige Studien gibt, welche die Wirkung sportlicher Aktivitäten speziell bei an Depression erkrankten Personen belegen. So wurden z. B. Proband:innen, die sich über eine gewisse Zeit sportlichen Interventionen widmeten, mit einer Kontrollgruppe verglichen, welche keinen Sport trieb, also inaktiv war (ebd.). Daraus könnte auch geschlossen werden, dass andere Effekte der Intervention, wie die sozialen Kontakte oder die erfahrene Ablenkung, einen positiven Einfluss hatten (S. 147). Heinzel (2020) zog aufgrund der geringen Datenlage zudem auch Studien bei, welche an gesunden Proband:innen oder an Tieren durchgeführt wurden, und leitete deren Resultate auch in Bezug auf Menschen mit einer Depression ab. Die aktuellen Erkenntnisse sind somit nur vorläufig zu verwenden und erfordern weitere Forschungen in diesem Bereich (ebd.).

Ebenfalls unbeantwortet bleibt gemäss Heinzel (2020) die Frage, mit welchem Sport die beste Wirkung bei Depression erzielt werden kann und wieviel Aktivität gut ist (S. 147).

Auch die S3-Leitlinien stützen sich bei den Behandlungsempfehlungen zum körperlichen Training auf die Richtlinien der ACSM (Härter et al., 2015, S. 125). Dabei wird auf mögliche Kontraindikationen für körperliche Belastung hingewiesen, aber keine weiteren Merkmale, Hürden oder Barrieren bei einer Depression erwähnt. Grundsätzlich verweisen die Leitlinien auf ein strukturiertes und supervidiertes Bewegungsprogramm für Patient:innen einer leichten bis mittelschweren Depression. Über die Dauer und Intensität empfehlen sie, trotz der mangelnden Evidenz für die Behandlung einer Depression, Bewegungseinheiten an 3 Tagen pro Woche von je 45-60 Minuten über einen Zeitraum von 10 bis 14 Wochen (ebd.). Über die Art von körperlichem Training weisen sie ebenfalls auf mangelnde Evidenz hin vermuten jedoch besonders im Ausdauerbereich und in der Kombination mit Krafttraining höhere Effekte. Auch werden Bewegungsformen mit Entspannungseffekten als hilfreich aufgeführt, auch wenn sie die Kriterien von körperlichem Training nach der Definition von ACSM nicht erfüllen (Härter et al., 2015, S. 126).

Füzéki und Banzer (2017) vergleichen die früheren Empfehlungen, bei denen besonders die intensiveren Ausdauerbelastungen empfohlen wurden, mit den heutigen Erkenntnissen. Sie besagen, dass sich bereits moderate körperliche Belastungen gesundheitlich positiv auswirken können (S. 103). Sie fassen zusammen, dass jede Bewegung gut für die Gesundheit ist, auch wenn sie die genannten Empfehlungen der ACSM oder der WHO nicht erfüllen. Viel bedeutsamer sei es, dass sich die betreffende Person bewegt und nicht völlig passiv ist. Die Bewegungseinheiten sollten idealerweise über die Woche verteilt und zusammen mit genügend Erholungszeiten geplant werden. Eine Steigerung der Intensität und des Umfanges sollte kontrolliert und langsam im Aufbau stattfinden (S. 103). So argumentiert auch Bjarnason-Wehrens (2017), dass eine Überforderung oder Misserfolg gerade bei Menschen mit einer Depression unbedingt vermieden werden und die körperliche Verfassung langsam an die Belastung gewöhnt werden sollte. So würden sich auch die

Organsysteme wie Muskeln oder das Herz-/Kreislaufsystem schrittweise an die Belastung anpassen können (S. 27).

Wiemeyer und Hänsel (2017) tauchen tiefer in die Praxis ein und unterscheiden körperliche Aktivitäten im beruflichen und sportlichen Kontext sowie in der Freizeit (S. 9). Um einen positiven Effekt auf die Gesundheit zu erzielen, ist es nach ihren Erkenntnissen entscheidend, dass Aktivitäten regelmässig durchgeführt werden. In welchem Kontext sie stattfinden, sei dabei nicht von Bedeutung. Vielmehr wird eine Vielfalt an Übungen durch eine Mischung aus Kraft, Ausdauer, Flexibilität und Koordination empfohlen (S. 10).

Zusammenfassend kann demnach gesagt werden: Es gibt nicht *die* Aktivität und auch nicht *die* einheitliche Empfehlung in Bezug darauf, wieviel Bewegung bei Depression gut ist. Die Hauptsache ist, dass die Betroffenen sich überhaupt bewegen.

Wie können Klient:innen mit depressiven Symptomen nun dabei unterstützt werden, die für sie passende Aktivität zu wählen? Das folgende Kapitel widmet sich zunächst den psychischen Symptomen und deren Auswirkungen auf das Bewegungsverhalten. Daraus sollen weitere Erkenntnisse zur Umsetzung in die Praxis gewonnen werden.

3.4 Merkmale und Hürden bei Depression

Menschen, die von einer Depression betroffen sind, fühlen sich oft antriebs- und energielos, was für die Umsetzung von körperlicher Aktivität eine grosse Hürde darstellt. Sie trauen sich wenig zu und es fällt ihnen schwer, sich zu etwas zu überwinden und Freude zu empfinden.

Dieses Kapitel widmet sich den typischen Symptomen einer Depression, wie sich diese auf das Bewegungsverhalten auswirken und was es für Berater:innen bei der Umsetzung speziell zu beachten gilt. Die nachfolgenden Erkenntnisse wurden einem Sammelwerk von Oertel et al., (2017) entnommen. Das Autorenteam stammt aus den Bereichen der Psychologie, der Medizin, der Pflege und der Sportwissenschaften. Es führte Forschungsprojekte bei Personen mit psychischen Problemen durch und untersuchte spezifisch die Effekte regelmässiger sportlicher Aktivitäten. Einige der Erkenntnisse fanden bereits in den vorherigen Kapiteln dieser Arbeit Erwähnung.

Tarek Al-Dalati (2017) hat sich mit den *Hürden* auseinandergesetzt, auf die Menschen mit einer Depression bei der Umsetzung treffen können. Er unterscheidet sie in die drei Bereiche einer negativen Konsequenz-Erwartung, der situativen Barrieren und der psychischen Barrieren (S. 72). Al-Dalati beschreibt deren Merkmale und nennt Beispiele von Hürden, denen eine Person in diesem Zusammenhang begegnen kann (vgl. Tabelle 1). Ob sich die genannten Beispiele bei einer Person effektiv als Hürden erweisen, ist subjektiv zu beurteilen. Die Tabelle ist somit nicht abschliessend und kann individuell ergänzt werden.

Barrieren	Merkmale	Beispiele
Negative Konsequenz-Erwartungen	Sie entstehen, wenn mit erhöhten <i>Kosten</i> für die Umsetzung gerechnet wird. Dies können finanzielle Kosten, besondere Aufwände oder körperliche Beschwerden sein, welche Klient:innen bei der Ausführung der Aktivität erwarten und sie einschränken können.	<ul style="list-style-type: none">- Finanzielle Kosten- Hoher Zeitaufwand- Weite Wege- Körperliche Einschränkungen- Andere

Situative Barrieren	Sie treten unerwartet aus der Situation hinaus auf und kommen nicht regelmässig vor. Es handelt sich um äussere Faktoren, welche nicht kontrollierbar sind und die Umsetzung der Aktivität verunmöglichen.	<ul style="list-style-type: none"> - Schlechtes Wetter - Bequemlichkeit - Arbeitspensum - Familiäre Verpflichtungen - Andere
Psychische Barrieren	Sonderform der situativen Barrieren. Sie treten als inneres Phänomen auf und weisen sich über die Stimmungen, Gefühle, Gedanken und durch Symptome psychischer Erkrankungen aus.	<ul style="list-style-type: none"> - Energielosigkeit - Antriebsmangel - Niedergeschlagene Stimmung - Ängste vor Körpersymptomen⁸ - Ängste vor Blamage - Hinderliche Gedanken - Mangel an Selbstvertrauen - Andere

Tabelle 1: Barrieren bei der Umsetzung von körperlichen Aktivitäten (eigene Darstellung auf Basis von Al-Dalati, 2017, S. 72 ff)

Kraft et al. (2017) haben sich vertiefter mit den psychischen Barrieren (vgl. Tabelle 1) auseinandergesetzt und deren Folgen auf das Bewegungsverhalten eruiert (S. 28 ff). Sie bezogen sich dabei auf eine Auswahl an Symptomen der Depression. Diese werden in der folgenden Tabelle 2 näher betrachtet, indem beschrieben wird, wie sie sich auf das Verhalten einer Person auswirken. Daneben stehen Beispiele von Massnahmen, durch die diesem Verhalten in der Praxis entgegengewirkt werden kann.

Psychische Symptome	Massnahmen
Niedergeschlagene Stimmung <ul style="list-style-type: none"> - Reduzierter Antrieb - Ziehen sich zurück - Isolieren sich vom Umfeld - Schonen sich und vermeiden Aktivitäten - Erleben durch Rückzug/Vermeidung keine Erfolge mehr 	<ul style="list-style-type: none"> - Wirkung von körperlicher Aktivität auf die Psyche in Erinnerung rufen – Bewegung hilft! - Ausdauertraining moderat bis intensiv. Eigenes Mass dazu finden - Niederschwellig beginnen und langsam steigern
Demotivierende Gedanken <ul style="list-style-type: none"> - Setzen sich unter Druck, Leistungen aus früheren Zeiten erreichen zu müssen - Haben das Gefühl, alles falsch oder ungenügend zu machen. Verzerrte Gedanken und Selbstzweifel - Sehen kaum Nutzen für ihre Bemühungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Bewusst machen, weshalb die Gedanken so sind - Gruppe mit ähnlichem Leistungsniveau suchen - Befürchtung, nicht mithalten zu können, tritt oft nicht ein - Ansprüche nicht zu hoch stecken - Gut mit sich sein und Belohnungssystem ausdenken - Sportart wählen, die auch früher schon Spass gemacht hat - Kein Wettkampf, kein Vergleich mit anderen
Energielosigkeit <ul style="list-style-type: none"> - Ziehen sich zurück - Suchen sich Ruhe und Erholung 	<ul style="list-style-type: none"> - Kurze Bewegungseinheiten - Wenn Erschöpfung durch Überforderung ausgelöst wird, stressreduzierende Übungen wählen wie Yoga, Tai-Chi. Diese lenken ab, verhelfen zur Achtsamkeit und fördern das Körpergefühl
Ängste	<ul style="list-style-type: none"> - Umdeutung, dass Reaktionen durch Bewegung harmlos und normal sind. Sie sind Zeichen für Trainingsfortschritte

⁸ Menschen, die sich körperlich bisher kaum bewegt haben, können von körperlichen Reaktionen wie starkes Schwitzen, erhöhter Puls oder einem roten Kopf überrascht und irritiert werden Oertel und Matura (2017, S. 27) .

<ul style="list-style-type: none"> - Reagieren sensibel auf körperliche Veränderungen, da Reaktionen des Körpers während des Sports ähnlich wie in einer Angstsituation auftreten können - Angst vor Kontrollverlust - Vermeiden Anstrengungen - Reduzierte Selbstwirksamkeit - Angst vor neuen Übungen - Trauen sich wenig zu 	<ul style="list-style-type: none"> - Bestätigung durch Umfeld, dass keine Gefahr besteht - Langsam beginnen - Schrittweise steigern, sobald ein sicheres Gefühl besteht - Sich an körperliche Reaktionen gewöhnen - Umfeld informieren, dass Angstzustände auftreten können
Mangel an Selbstvertrauen <ul style="list-style-type: none"> - Angst zu versagen - Gehemmt, Neues auszuprobieren - Sind angespannt und gehemmt, Vertrauen zu gewinnen - Möchten sich nicht mit anderen vergleichen - Vermeiden neue Herausforderungen - Erleben durch Vermeidung keine Erfolge mehr und gewinnen kein neues Selbstvertrauen 	<ul style="list-style-type: none"> - Training in Begleitung einer Trainerperson - Unterstützung in der Wahl der Aktivität in Anspruch nehmen, um neben vertrauten Übungen auch Neues zu entdecken - Einstieg niederschwellig wählen - Routine einführen, um Regelmässigkeit zu gewährleisten. Fixe Termine im Verein oder Training - Entspannungsübungen einbauen - Erfolge sichtbar und bewusst machen

Tabelle 2: Psychische Symptome und Massnahmen (Eigene Darstellung in Anlehnung an Oertel und Matura (2017, S. 28ff))

Die Massnahmen verdeutlichen, dass es trotz der (einschränkenden) Symptome einer Depression möglich ist, regelmässig körperlich aktiv zu sein. Sie zeigen zudem auf, dass die ersten kleinen Schritte individuell gestaltet werden sollten und sie einen wesentlichen Anfang darstellen, um sich dem gewünschten Ziel von mehr Bewegung im Alltag zu nähern.

Wie gelingt es einem Menschen aber, ein gewünschtes Verhaltensziel zu erreichen? Die Autorin möchte mit dem Blick auf das Gesundheitsverhalten der Antwort auf diese Frage näherkommen, um danach die Umsetzung durch den Beratungsansatz der LKO zu beleuchten.

4. Gesundheitsverhalten

Auch gesunde Menschen entwickeln Vorsätze, was sie ändern möchten, scheitern aber bei der Umsetzung. Die Autorin vermutet, dass «sich mehr körperlich betätigen» zu den beliebtesten Vorsätzen gehört. Für die vorliegende Arbeit wurde der Kontext von Personen herangezogen, die an einer nach ICD-10 diagnostizierten Depression leiden. Es wurde deutlich, dass die Umsetzung von mehr Bewegung im Alltag aufgrund der geschilderten Symptome, insbesondere des ohnehin reduzierten Antriebes, für sie zusätzlich erschwert ist. Doch was treibt einen Menschen an?

Dieses Kapitel widmet sich in einem ersten Schritt den Grundbedürfnissen des Menschen. Anschliessend wird das Gesundheitsverhalten erläutert. Ziel ist es, anhand eines Prozessmodells darzustellen, was ein Mensch braucht, und wie er die Motivation dazu findet, sich zu verändern.

4.1 Menschliche Grundbedürfnisse nach Grawe

In der Psychologie wird davon ausgegangen, dass menschliches Verhalten von gewissen Grundbedürfnissen geleitet wird. Wird eines oder werden mehrere dieser Bedürfnisse verletzt, liegen dort oft Ursachen einer psychischen Störung (Bamberger, 2015, S. 287).

Eine der hierzulande verbreiteten Definitionen menschlicher Grundbedürfnisse stammt von Klaus Grawe. Dieser entwickelte in einer neurobiologischen Untersuchung das *konsistenztheoretische Modell des psychischen Geschehens* (ebd.). Damit werden Muster – sogenannte motivationale Schemata – erkannt, welche ein Mensch im Laufe seines Lebens durch Erfahrungen erwirbt, um seine

Grundbedürfnisse zu befriedigen oder deren Verletzung zu vermeiden (ebd.). Diese Schemata enthalten sowohl Verhaltens- als auch Denkmuster, welche sich differenziell verändern können.

Grawe (2004; zit. in Bamberger, 2015, S. 288) führt vier generelle Grundbedürfnisse auf:

- das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle
- das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung
- das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Bindung
- das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz.

Eine hohe Konsistenz nach diesem Modell bedeutet, dass ein Mensch in seinem Leben alle Bedürfnisse ausreichend gestillt hat und mit sich und seiner Umwelt zufrieden ist (ebd.).

Von Inkonsistenz wird gesprochen, wenn ein Schema nicht mehr wie gewünscht funktioniert. Dies kann dann eintreffen, wenn sich zwei oder mehrere Schemata gegensätzlich aufeinander auswirken, resp. mehrere Bedürfnisse gleichzeitig gestillt werden wollen, die nicht zueinander passen (Diskordanz). Wenn bisherige Verhaltensmuster nicht mehr wie gewohnt funktionieren, weil entweder die bis anhin vorhandenen Ressourcen beeinträchtigt sind oder sich der Lebenskontext geändert hat, tritt eine sogenannte Inkongruenz ein (Bamberger, 2015, S. 289).

4.2 Prozessmodell gesundheitlichen Handelns

In diesem Kapitel wird anhand des Prozessmodells gesundheitlichen Handelns, dem sogenannten HAPA-Modell⁹ (*Health Action Process Approach*) von Schwarzer (1992; zit. in Knoll et al., 2017, S. 51) erläutert. In diesem Modell werden die wesentlichen Theoriebezüge sowohl aus *kontinuierlichen Prädiktionsmodellen* als auch aus *dynamischen Stadienmodellen* beigezogen, welchen das HAPA-Modell gleichermassen zugeordnet werden kann (Knoll et al., 2017, S. 49).

Folgende Grafik zeigt die Elemente und den gesamten Prozessverlauf in den drei Phasen des gesundheitlichen Handelns auf:

⁹ Modelle wie das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung von Prochaska / Di Clemente (Knoll et al., 2017, S. 52) oder das und Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky (Bamberger (2015, S. 56), zeigen ebenfalls auf unterschiedlicher Weise Ansätze für das Veränderungsverhalten, respektive dem Gesundheitsverhalten auf. Die Autorin hat sich für das Prozessmodell des gesundheitlichen Handelns (*Health Action Process Approach*, HAPA nach Schwarzer, 1992) entschieden, da es einen umfassenden Blick auf den gesamten Veränderungsprozess einnimmt. Das Modell weist auf psychologische Elemente hin, welche eine Verhaltensänderung erklären und zeigt gleichzeitig Handlungsfelder für die Praxis auf, mit welcher LKO in Verbindung gebracht werden kann.

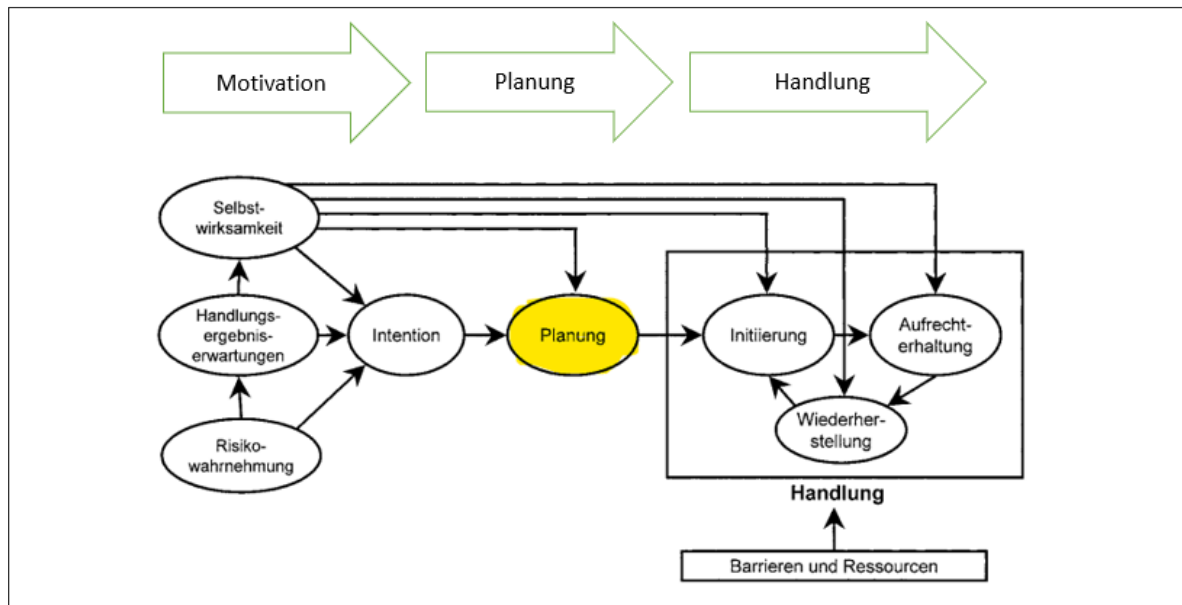


Abbildung 6: Das Prozessmodell gesundheitlichen Handelns, HAPA (leicht modifiziert nach Schwarzer, 1992; zit. in Knoll et al., 2017, S. 51)

Im Vergleich zu den *kontinuierlichen Modellen*, welche ein angenommenes Kontinuum der Verhaltenswahrscheinlichkeit anstreben, sind die *Stadienmodelle* stark auf das Individuum und dessen Bedürfnisse ausgerichtet, sodass die Interventionen entsprechend dynamisch entwickelt werden (S. 26–27). Der Schwerpunkt des HAPA-Modelles wird auf die Phasen der Umsetzung der Intention, also der Absicht, für das Verhalten gesetzt; dabei wird der Planung die grösste Bedeutung beigemessen (Knoll et al., 2017, S. 50). Folgende drei Phasen des gesundheitlichen Handelns werden beschrieben:

Motivation als Voraussetzung einer Verhaltensänderung (motivationale Phase)

Risikowahrnehmung zur Einschätzung des Gesundheitsrisikos

Die Motivation, etwas an der eigenen Situation zu verändern, bedingt, dass die Person einerseits erkennt, dass ein Gesundheitsrisiko oder ein schädliches Verhalten besteht und die Dringlichkeit darin sieht, etwas dagegen zu unternehmen. Dies wird im HAPA-Modell als Risikowahrnehmung, respektive «die Einschätzung der eigenen Verwundbarkeit und Schweregrad der Erkrankung» (Knoll et al., 2017, S. 50) definiert. Andererseits muss die Person verstehen können, welchen Gewinn oder Nutzen sie durch ein verändertes Verhalten erzielen kann (ebd.). Hier sollte somit vorgängig genügend Aufklärung und Sensibilisierung für das Thema betrieben werden, um die persönlichen Gesundheitskompetenzen zu steigern. Diese Wissensvermittlung wird im HAPA-Modell als Voraussetzung nicht explizit erwähnt, ist bei der Umsetzung in der Praxis jedoch zu beachten (vgl. Kap. 2.3).

Handlungsergebniserwartung als Voraussetzung für die eigene Zielsetzung

Die Person fängt an abzuwägen, mit welchen Vor- und Nachteilen sie durch das veränderte Verhalten zu rechnen hat. Sie befasst sich also mit den Konsequenzen des eigenen Handelns (Handlungsergebniserwartung resp. Konsequenz-Erwartung). Überwiegen die Vorteile einer Handlung, besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass Ziele in die gewünschte Richtung überhaupt gesetzt und angegangen werden. Eine positive Handlungsergebniserwartung bedeutet jedoch noch nicht, dass sich eine Person in der Lage dazu sieht, diese Ziele auch wirklich umzusetzen. Dazu benötigt sie die entsprechende Selbstwirksamkeit (Knoll et al., 2017, S. 50).

Selbstwirksamkeit als Prädiktor im gesamten Veränderungsprozess

Eines der bedeutendsten Konstrukte im Veränderungsverhalten zeigt neben der Handlungsergebniserwartung die Selbstwirksamkeit. Darunter verstehen Luszczynska und Schwarzer (2003; zit. in Knoll et al., 2017, S. 51) im HAPA-Modell zum einen die Selbstwirksamkeit in der präaktionalen Phase. Damit meinen sie «die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten, ein Verhalten grundsätzlich initiieren zu können» (ebd.). In der volitionalen Phase beschreiben sie die Selbstwirksamkeit als Überzeugung, das Verhalten auch in schwierigen Situationen aufrechtzuerhalten (*Aufrechterhaltungsselbstwirksamkeit*). Mit ihr glaubt eine Person an ihre Kompetenzen, das Verhalten auch nach einer längeren Unterbrechung, z. B. während der Ferien oder bei Ausbleiben eines Bewegungskurses, wieder aufnehmen zu können (*Wiederherstellungsselbstwirksamkeit*) (ebd.).

Selbstwirksamkeit nach Bandura

Bandura (1997; zit. in Knoll et al., 2017) führt in seiner sozial-kognitiven Theorie¹⁰ auf, dass es Menschen, welche über eine gute Selbstwirksamkeit verfügen, besser gelingt, sich Ziele höher zu stecken und sich dieser schneller und mit einem grösseren Einsatz sowie einem besseren Durchhaltevermögen anzunehmen (S. 29). Zudem stecken sie Rückschläge besser weg und schaffen es, sich selbst besser zu regulieren (ebd.).

Die Selbstwirksamkeit als bedeutendster Prädiktor zieht sich somit durch das gesamte Modell des Gesundheitsverhaltens. Knoll et al., (2017) fassen in ihrem Werk Quellen zusammen, durch welche die Selbstwirksamkeit gemäss Bandura(1986; zit. in Knoll et al., 2017, S. 29) gefördert werden kann:

Quelle der Selbstwirksamkeit	Beschreibung
Erfolgreiche Ausführung einer Handlung	Wiederholte Erfolge werden auf die eigene Kraft zurückgeführt
Stellvertretende Erfahrung	Erfolg einer anderen Person in ähnlicher Situation/mit ähnlichem Gesundheitszustand wird verglichen und als Referenz gesehen, dass es möglich ist. «Was er/sie kann, kann ich auch»
Symbolische Erfahrung	Personen aus dem Umfeld vermitteln das Vertrauen und die Zuversicht in die eigene Person, es schaffen zu können. «Du kannst das»

Tabelle 3: Quellen der Selbstwirksamkeit nach Bandura (eigene Darstellung auf der Basis von Bandura, 1986; zit. in Knoll et al., 2017, S. 29)

Diese Quellen beziehen sich also sowohl auf die eigene Wahrnehmung als auch auf Wahrnehmungen im und aus dem Umfeld.

Die Risikowahrnehmung, die Handlungsergebniserwartung sowie die Selbstwirksamkeit werden im HAPA-Modell *motivationale Phase* genannt, die abgeschlossen sein muss, bevor die nächste und bedeutsamste Phase, die Planung, begonnen werden kann (Knoll et al., 2017, S. 50).

Gute Planung als Voraussetzung für eine erfolgreiche Veränderung (volitionale Phase)

Um ein gewünschtes Verhalten umsetzen zu können, werden in einem ersten Schritt genügend Motive und danach eine bewusste Entscheidung, was konkret erreicht werden soll, vorausgesetzt. Dieser Schritt zur Entscheidung wird Intention genannt (Knoll et al., 2017, S. 35).

¹⁰ Die sozial-kognitive Theorie nach Bandura enthält die Selbstwirksamkeit sowie die Handlungsergebniserwartung als Hauptkonstrukte. Bandura stellte diese Theorie im Jahr 1977 das erste Mal vor. Sie findet seit da in unterschiedlichen Bereichen der Psychologie, wie auch in der Forschung zum Gesundheitsverhalten ihren festen Platz Knoll et al. (2017, S. 27–28).

Verschiedene Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens zeigen jedoch auf, dass Motivation und Intention allein noch keine dauerhafte Veränderung des Verhaltens bewirken können und nur einen kleinen Teil der Varianz im Verhalten ausmachen (Knoll et al., 2017, S. 45).

Orbell und Sheeran (1998; zit. in Knoll et al., 2017, S. 45) untersuchten den Schritt von der Intention zum Verhalten (Volitionsphase) und erkannten eine Diskrepanz vor allem bei denjenigen Personen, die zwar eine positive Intention angaben, aber nicht ins Handeln kamen (S. 45). Ihre Studie zeigte bei den Betroffenen jedoch keinen Mangel an Motivation, sondern machte ihre Schwierigkeit deutlich, nicht zu wissen, wie sie das gewünschte Verhalten in Taten umsetzen können (ebd.). Der Schritt von der Intention in die Umsetzung eines Verhaltens gewinnt mit diesen Erkenntnissen an Bedeutung.

Von den Psychologen Heinz Heckhausen und Peter Gollwitzer (1989; zit. in Knoll et al., 2017) wurde ein Modell erarbeitet, welches insbesondere den Unterschied zwischen Motivation und Volition beschreibt (S. 46). Es ist bekannt unter dem Namen «Modell der Handlungsphasen» oder «Rubikonmodell». Der Rubikon als zu überquerender Fluss wird hier als Sinnbild für die Volitionsphase herangezogen. Entscheidet sich eine Person dafür, den Fluss zu überschreiten, und tut es dann auch, kommt sie dem gewünschten Ziel näher (ebd.).

Wie schwierig dieser Schritt sein kann, ist an den zahlreichen Variablen erkennbar, welche in der Volitionsphase Einfluss nehmen können (Knoll et al., 2017, S. 47). Eine davon ist die *wahrgenommene Verhaltenskontrolle*, also «die eingeschätzte Schwierigkeit, ein Verhalten auszuführen» (Knoll et al., 2017). Sie ähnelt der Selbstwirksamkeit, die weiter oben bereits erklärt wurde. Knoll et al., spezifizieren hier weiter die *Kontrollüberzeugung* und gehen dabei der Annahme nach, dass neben den eigenen Fähigkeiten, Ressourcen und Emotionen auch äussere Voraussetzungen wie Gelegenheiten oder allfällige Hindernisse die Umsetzung erleichtern oder erschweren können. Beispielsweise wäre es nicht möglich, einen Fluss zu überqueren, ohne schwimmen oder weit genug springen zu können oder eine Brücke zu haben, um auf die andere Seite zu kommen. Demzufolge kann eine Intention noch so gut sein, wenn die eigenen Fähigkeiten oder äussere Gelegenheiten fehlen (ebd.).

Eine weitere Variable ist die effektive *Planung* dieses Schrittes, welche je nach Zieldefinition unterschiedlich aussehen kann. Damit wird der bedeutsamste Schritt für eine erfolgreiche Verhaltensänderung erreicht.

Weshalb ist eine gute Planung so wichtig und was sie bewirkt untersuchten Lenventhal et al. (1965; zit. in Knoll et al., 2017, S. 47) schon in den 60er Jahren und verwendeten die Begriffe Ausführungs- und Handlungsplanung dafür, eine vorausgehend definierte Zielintention in eine Handlung umzusetzen. Zeitliche Faktoren (wann), örtliche Faktoren (wo) und auch das «Wie» werden in die Planung einbezogen (ebd.). Grundsätzlich geht es darum, dass eine Situation Hinweisreize auslösen soll, um darauf mit einem bereits in der eigenen Vorstellung geplanten Verhalten zu reagieren, ohne sich darüber Gedanken machen zu müssen (ebd.).

Knoll et al., (2017) nennt als Vorteile einer guten Planung, «dass Personen, die planen, nicht nur deutlich häufiger (Gollwitzer/Brandstätter 1997), sondern auch schneller (Orbell/Sheeran 2000) im Sinne ihrer Zielintention handeln als Personen, die nur eine Zielintention bilden» (S. 48).

Dass eine Handlung immer planmässig verlaufen wird, ist jedoch unwahrscheinlich, da Situationen, Emotionen und äussere Umstände nicht vorausgesehen werden können. Sniehotta und Kolleg:innen (2005, 2006; zit. in Knoll et al., 2017, S. 49) haben unter diesem Aspekt das Konzept der *Bewältigungsplanung* erstellt. Danach sollen bereits in der Planung Strategien erarbeitet werden, welche beim Auftreten persönlicher Schwierigkeiten angewendet werden können. Dies bedingt, dass

sich Klient:innen vorab mit möglichen Hindernissen oder Problemen auseinandersetzen und überlegen, wie sie diese überwinden könnten.

Die Autorin schliesst daraus, dass solche Bewältigungsstrategien besonders bei Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen eine bedeutsame Rolle spielen, da körperliche und persönliche Schwierigkeiten zur Ausgangslage gehören. So wäre zu überlegen, was einer Person helfen könnte, sich trotz fehlenden Antriebs zu einer Aktivität zu überwinden. So können schon in der Planung Strategien für solche Tage berücksichtigt werden, an denen der Antrieb besonders fehlt, eine Begleitperson ausfällt, das eigene Kind krank wird oder das Wetter schlecht ist. Wenn die Betroffenen bereits wissen, welche Unterstützung sie dann beiziehen oder welche Alternative an körperlicher Aktivität sie stattdessen unternehmen können, kann es ihnen gelingen, diese Hindernisse ohne langes Überlegen zu überwinden (vgl. Kap. 3.4).

Umsetzung der gewünschten Handlung (aktionale Phase)

Nachdem Motivation, Intention und Planung abgeschlossen sind, sollte es einer Person nun gelingen, ein Handeln zu initiieren. Knoll et al., (2017) unterscheiden dabei zwei Arten von Handlungen (S. 50): zum einen die *Einzelhandlung*, die nach einer Initiierung umgesetzt wird und damit erledigt ist. Als Beispiel wird eine Impfung genannt, für die sich jemand entscheidet (Intention) und sie dann umsetzt (Initiierung). Zum anderen wird das Gesundheitsverhalten, z. B. körperliche Aktivität, angeführt. Dieses wird als *langfristige Verhaltensweise* angesehen, welche nicht nach einmaligem Tun erledigt ist, sondern auch in schwierigen Phasen aufrechterhalten und bei Rückschlägen wiederhergestellt wird (ebd.).

Gemäss Prochaska und Di Clemente¹¹ (1983; zit. in Knoll et al., 2017, S. 54) kann erst ca. sechs Monate, nachdem Klient:innen das Stadium der Handlung erreicht haben, von einer *Aufrechterhaltung* gesprochen werden. Erst dann tritt langsam ein routiniertes Verhalten ein, welches mit weniger Aufwand umgesetzt werden kann. Nach fünf Jahren stabiler und erfolgreicher Aufrechterhaltung haben Klient:innen eine hohe Selbstwirksamkeit erreicht und das Verhalten ist zur Gewohnheit geworden (ebd.).

5. Lösungs- und Kompetenzorientierung

Bei der lösungs- und kompetenzorientierten Beratung handelt es sich um einen Beratungsansatz, welcher auf anerkannten wissenschaftlichen Theorien basiert. In diesem Kapitel werden nach einer kurzen Einführung dieses Ansatzes die bedeutsamsten theoretischen Elemente sowie die darauf fussenden Grundannahmen vorgestellt. Zudem werden anhand der kooperativen Hilfsformen die Rollen der Beratenden beschrieben und Instrumente vorgestellt, welche im Prozess der Verhaltensänderung und somit zur Beantwortung der Fragestellung der vorliegenden Arbeit Anwendung finden. Der Abschluss des Kapitels fasst die Merkmale zusammen, welche die LKO ausmachen und zeigt Wirkfaktoren in ihrer Anwendung auf. Damit soll ein Verständnis für die Methode geschaffen und es sollen elementare Schlüsselstellen in der Beratung aufgezeigt werden. Diese gelten gerade im Hinblick auf den Prozess der Verhaltensänderung und die psychischen Symptome bei einer Depression. Die vorgestellten Elemente begründen zudem sowohl die Haltung als auch das Handeln in den unterschiedlichen Beratungsphasen, weshalb diesem Theorieteil der gebührende Raum gegeben wurde.

5.1 Grundlagen

Die Basis des Lösungs- und kompetenzorientierten Ansatzes bilden Theorien aus der Soziologie (z. B. Konstruktivismus, Systemtheorie und die darin enthaltene Zirkularität), der Biologie (Konstruktivismus mit Begriffen wie Autopoiese und strukturelle Kopplung) und der Kommunikation (wie die fünf Axiome von Paul Watzlawick) (Pfister-Wiederkehr, 2019, S. 17, 20 und 28).

Während früher nach der Ursache eines Problems und nach der individuellen Funktion einzelner Bestandteile des Organismus geforscht wurde, werden seit den Anfängen des 20. Jahrhunderts auch die Funktion des gesamten Organismus sowie die Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Organen betrachtet (Kleve, 2010, S. 152; von Schlippe & Schweitzer, 2016, S. 55). Damit war eine Abwendung von den traditionellen Therapien und Denkrichtungen zu beobachten, welche die Vorannahme trafen, dass nur die Ursache aufgetretener Probleme gefunden werden müsste, um das Problem zu lösen.

Ab der Mitte des 20. Jahrhunderts zeichnete sich ein Paradigmenwechsel ab. Zunehmend wurde auch das Umfeld in die Forschung mit einbezogen, welche die Wechselwirkung zweier oder mehrerer interagierender Personen, welche gemeinsam ein (soziales) «System» bilden, in unterschiedlichen Dimensionen und Beziehungen beobachtete (Bamberger, 2015, S. 27; Walter & Peller, 2015, S. 18 f). Der Fokus bewegte sich weg von der Problemforschung, der Defizitorientierung und der Regelmäßigkeit und hin zur Lösungsfindung, dem positiven Fokus und der Suche nach individuellen, systembezogenen, guten Gründen für ein Verhalten (ebd.). Einen bedeutsamen Beitrag zu dieser Therapieentwicklung leistete das Paar Insoo Kim Berg und Steve de Shazer in den 70er Jahren am *Brief Family Therapy Center* in Milwaukee (USA). Sie begründeten die lösungsorientierte Kurzzeittherapie und haben den Grundstein der heutigen LKO gelegt (von Schlippe & Schweitzer, 2016, S. 55). Die Systemtheorie gehört dabei zu einer der bedeutendsten Basistheorien in diesem Ansatz.

5.1.1 Systemtheorie

Wie einleitend in Kapitel 5 erwähnt wurde, verschob sich der Fokus vom einzelnen Objekt zu einem umfassenden Blick auf das Umfeld. Es sind die Erkenntnisse aus der biologischen und soziologischen Systemtheorie, auf welche sich das Handeln der LKO stützt (Pfister-Wiederkehr, 2019, S. 24). Im systemischen Denken wird davon ausgegangen, dass ein Mensch ein beziehungsorientiertes Wesen ist. Er handelt und reagiert aufgrund der Interaktionen in und mit seinem Umfeld (Bamberger, 2015, S. 27). Ausschlaggebend ist, wie der Mensch die unterschiedlichen Beziehungen betrachtet. In dieser Beobachtung erkennt er Beziehungen zu sich selbst, zu seinem sozialen Umfeld, aber auch zur gesamten Welt (Bamberger, 2015, S. 30). Dabei wird deutlich, dass auch die beratende Person in einer Beziehung zur Klientel steht, von der sie beobachtet und interpretiert wird (ebd.). Die Systemtheorie selbst, hat inzwischen eine komplexe Dimension angenommen und vereint Hypothesen, Erklärungen und Wertungen in Bezug auf die unterschiedlichen Beziehungsbetrachtungen. Die theoretischen Konzepte des Konstruktivismus, der Selbstorganisation, der Kybernetik und der Zirkularität bilden die zentralen Elemente der Systemtheorie und prägen die Gesprächsführung der LKO maßgebend (Bamberger, 2015, S. 30; Pfister-Wiederkehr, 2019, S. 24). Sie werden in den folgenden Kapiteln dargestellt.

5.1.2 Konstruktivismus

„Nicht die Dinge selbst, sondern unsere Meinung von den Dingen beruhigen oder beunruhigen den Menschen“ (Kriz, 2016, S. 9).

Diese Auffassung vertraten griechische Philosophen vor rund 2000 Jahren und wiesen somit bereits damals auf «kognitiv-sprachliche Konstruktionen» hin, welche die subjektive Realität und besonders das Problemempfinden (mit)bestimmen (Kriz, 2016, S. 9). Der sich daran anlehrende Konstruktivismus ist eine sogenannte Kognitionstheorie und geht davon aus, dass es objektiv gesehen keine Realität in Bezug auf das Abbild der Welt gibt (Berghaus, 2022, S. 27).

Gemäss Bamberger (2015) nimmt der Mensch die Welt durch sinnesspezifische Sensoren wahr. Jedoch nimmt er nur das auf, was sich aus seiner Vergangenheit als gut oder nützlich bewährt hat (S. 36). So spielen frühere Lernerfahrungen, individuelle Lebensgeschichten und soziale Kontexte (ethische, familiäre, nationale, sozio-ökonomische und religiöse) ebenfalls eine Rolle. Sie veranlassen den Menschen, die Welt anhand seiner eigenen Beobachtungen und Bedeutungen zu interpretieren (Bamberger, 2015, S. 36 und Jong & Berg, 2014, S. 532)

Für die Beratung bedeutet dies, dass Berater:innen die Bedeutung einer Lösung oder eines Ziels nicht bestimmen können, jedoch die Klient:innen im Prozess zu den für sie passenden Umformungen begleiten kann – sie wird soziale Konstruktion genannt. De Jong und Berg (2014) sahen sich dabei als Kooperationspartner und zitierten Goolishian und Anderson (1991, S. 7; zit. in De Jong & Berg, 2014), die sagten: « (...) Das Expertenwissen der TherapeutIn muss sich «im» Dialog mit dem Expertenwissen der KlientIn befinden. Die TherapeutIn wird nun eine Lernende, die informiert werden muss, und keine technische ExpertIn, die schon weiss» (S. 534).

5.1.3 Selbstorganisation

Die Selbstorganisation unter dem Begriff Autopoiese¹² stammt ursprünglich aus der Biologie und wurde von Maturana als Definition biologischer (lebender) Systeme eingeführt. Durch Luhmann wurde dieser Begriff dann konzeptionell in die soziologische Systemtheorie übertragen (Kleve, 2010, 157/158).

Gemeint ist, dass sich die biologischen Systeme (durch Leben), die psychischen Systeme (durch Bewusstsein) und die sozialen Systeme (durch Kommunikation) laufend selbst reproduzieren und sich gegenseitig zwar strukturell koppeln können, jedoch nicht aus dem eigenen selbstreferenziellen System hinaus in ein anderes eingreifen können (von Schlippe & Schweitzer, 2016, S. 113). Sie bleiben operationell geschlossen. So gesehen ist es gemäss von Schlippe und Schweitzer (2016) nach dem Autopoiesekonzept nicht möglich, dass Berater:innen von aussen einseitig bestimmen können, was Klient:innen zu tun oder zu lassen haben. Diese können jedoch über Kommunikation Informationen aufnehmen. Dadurch lassen sie sich aber nur so weit formen, anleiten und beeinflussen, wie sie es selbst zulassen, und wie es zu ihrer eigenen Struktur und ihrer Welt passt (S. 112).

Ob und wie eine Intervention tatsächlich bei Klient:innen angekommen ist, wird durch ihr Handeln und die subjektive Wertung sichtbar (Bamberger, 2015, S. 32). Die Handlung zeigt, ob eine Klient:in die Intervention als hilfreich empfunden hat oder nicht. Um zu verstehen, ob und was von einer Interaktion bei Klient:innen angekommen ist oder wie sie verstanden wurde, ist von den Berater:innen durch aktives Fragen zu erkunden (ebd.).

«Lebende Systeme tun, was ihrer Struktur gemäss ist, und wenn etwas nicht zu dieser Struktur passt, dann wird Veränderung/Entwicklung nicht in Gang kommen.» (ebd.)

¹² «griech. autos = selbst; poin = machen; vgl. Maturana/Varela (1987a, S. 51)» (Kleve 2010, S. 41)

5.1.4 Kybernetik

Die ursprünglich aus dem technischen Bereich stammende Kybernetik erster Ordnung befasste sich mit Regelkreisen, in denen jeweilige Effekte immer wieder mit einem definierten Soll-Wert reguliert und ausgeglichen werden (Homöostase) (Bamberger, 2015, S. 32f).

Übertragen auf die sozialen Systeme bedeutet dies, dass aussenstehende Beobachter:innen wie Berater:innen ein soziales System, z. B. eine Familie, analysieren. Ihr Ziel ist es, durch gezielte Interventionen ein dysfunktionales System (z. B. ein von der Norm abweichendes Familienmodell) wieder in ein optimal (selbst-)funktionierendes System zu transformieren (Bamberger, 2015, S. 33).

Ab den 1980er Jahren rückte jedoch vermehrt die Kybernetik zweiter Ordnung in den Fokus, welche Heinz von Foerster (1985, 1993) erweitert und insofern verändert hat, als er die bisher aussenstehenden Beobachter:innen in das System integrierte und diese beobachten liess, wie sie die Klient:innen beobachteten (von Foerster; zit. in Bamberger, 2015, S. 33). In diesem Modell nehmen beide durch ihre Interaktion Einfluss auf das, was beobachtet wird (ebd.).

Für die Beratung bedeutet dies, dass Berater:innen nicht objektiv beobachten können und somit auch nicht wissen können, wie die Klient:innen wirklich sind und was ihnen guttun würde (Bamberger, 2015, S. 34). Da die Berater:innen selbst ins System integriert sind und die Klient:innen wissen, dass sie von ihnen beobachtet werden, bewirken sie schon dadurch eine Veränderung im System (ebd.). Bamberger (2015) führt zudem in der Konsequenz treffend die Verantwortung der Berater:innen an: «Er [sic!] ist dafür verantwortlich, in der Interaktion mit dem Klienten [sic!] eine Balance zwischen der Anregung zu Suchprozessen und der Respektierung von Autonomie herzustellen.» (S. 34) Das gelingt in der Beratung durch regelmässige Reflexion aller Beteiligten und indem sie einen Blick von aussen auf die Gesamtsituation einnehmen (ebd.).

5.1.5 Zirkularität

Ähnlich wie in der Kybernetik geht es auch bei der Zirkularität um einen Prozess der wechselseitigen Beeinflussung. Bamberger (2015) zeigt hier den Fokus auf das soziale System auf:

Die Verhaltensweisen des Einzelnen sind immer durch die Verhaltensweisen der Anderen [sic!] (mit-)bedingt und bedingen diese gleichzeitig. Jedes Verhalten kann man sowohl unter dem Aspekt seiner Ursachen als auch unter dem seiner Auswirkungen analysieren, wobei diese Auswirkungen wiederum zu den Ursachen für neues Verhalten werden. (S. 34)

Für die Beratenden heisst das, den Blick immer wieder auf eine Metaebene zu richten, um alle interaktionalen Beiträge sowie die unterschiedlichen Wahrnehmungs- und Bewertungskonstruktionen einer Situation zu erfassen (Bamberger, 2015, S. 33). Diese sollen für die Klient:innen sichtbar gemacht werden und ihnen ein Verständnis dafür ermöglichen, wie sich unterschiedliche Handlungspläne und -realisationen ergeben. Die Berater:innen laden die Klient:innen somit dazu ein, sich ein alternatives Verhalten zu überlegen und zu prüfen, welche Auswirkungen dies als Kettenreaktion auf das System haben kann (Bamberger, 2015, S. 35).

5.2 Grundannahmen

Von den Basistheorien abgeleitet werden zwölf Grundannahmen, die die Grundhaltung vermitteln, welche die Beratenden im Gespräch mit Fokus auf die Lösungsfindung einnehmen. Im Folgenden werden diese Grundannahmen in Anlehnung an Walter und Peller (2015) erläutert und mit einer dreizehnten nach Pfister-Wiederkehr (2019) ergänzt:

Grundannahmen

1. Vorteile eines positiven Fokus

Annahme: Der Fokus auf eine positive und lösungsorientierte Zukunft hilft dabei, schneller eine Beziehung zu knüpfen, sich erfolgreiche Zeiten vor Augen zu führen und die gesetzten Ziele einfacher zu erreichen (S. 27–29).

2. Ausnahmen verweisen auf Lösungen

Annahme: Das Problem besteht oder hat nicht konstant bestanden. Die Suche nach Ausnahmen löst festgefahrene Lösungserwartungen auf und trägt dazu bei, vergessene Ressourcen zu entdecken (S. 29–31).

3. Nichts ist immer dasselbe

Annahme: Veränderungen finden immer statt. Loslösung von der Annahme, dass eine Situation, ein Zustand oder eine Sache immer genauso ist, wie sie in diesem Moment definiert (konstruiert) wird. Faktoren wie Zeit, Erleben und relevante Umwelt tragen zur laufenden Veränderung bei. Eine als depressiv bezeichnete Person wird sich daher nicht immer depressiv verhalten. Es könnte auch Ausnahmen geben, also Zeiten, in denen es ihr anders/besser geht (S. 32–35).

4. Kleine Änderungen sind notwendig

Annahme: Kleine Veränderungen sind leichter zu erreichen und führen zu schnellerem Erfolgserleben; sie motivieren und öffnen den Zugang zu weiteren Ressourcen. Schwierigere Probleme lassen sich dadurch leichter lösen. Dabei geht es auch darum, als wie gross die Probleme definiert werden, und dass sie unabhängig von der wahrgenommenen Grösse in kleinen Schritten bewältigt werden können (S. 35–38).

5. Kooperieren ist unvermeidlich

Annahme: Klienten zeigen immer eine Reaktion auf das Verhalten eines Beraters, indem sie entweder das tun, was ihnen im Gespräch vermittelt wurde, oder eben nicht. Unter dieser Annahme möchten Klient:innen ihr Problem wirklich lösen und es wird darauf vertraut, dass sie dies im Rahmen ihrer Möglichkeiten und in ihrem eigenen Tempo auch tun werden. Für Berater:innen bedeutet dies, gut hinzuschauen und hinzuhören und die Klient:innen im Austausch bei ihrer Lösungsfindung flexibel zu unterstützen (S. 38–41).

6. Menschen haben Ressourcen

Annahme: Jedes Individuum besitzt die Ressourcen, die es braucht, um zu erreichen, was es sich wünscht, und um eine gewünschte Veränderung zu erreichen. Der Fokus geht hier weg von der Ursachen- und hin zur Ressourcensuche.

7. Bedeutung und Erfahrung sind interaktional konstruiert

Annahme: Jede Person macht Erfahrungen und gibt diesen eine Bedeutung. Dies geschieht von innen heraus aufgrund bereits gemachter Erfahrungen, aufgrund des Kontextes, in welchem sich die Person befindet, und schliesslich durch die Interaktion mit der jeweiligen Umwelt. Ein Problem kann somit durch die Veränderung seiner Bedeutung eliminiert werden (S. 42–44).

8. Rekursivität

Annahme: Die Bedeutung, die einer Situation oder einem Verhalten gegeben wird, nimmt gleichzeitig Einfluss darauf, für welche Handlungen sich eine Person entscheidet. So wird sie auf ein Verhalten, welches sie als «böse» beurteilt, eher mit Strafe als mit Lösungen reagieren. Beschreibungen einer Situation haben somit eine zirkuläre Wirkung auf das Handeln (S. 44).

9. Die Bedeutung liegt in der Reaktion

Annahme: Die Reaktion auf eine von der Beratungsperson vorgeschlagene Intervention zeigt, ob diese als hilfreich wahrgenommen wurde oder nicht. Steht die Reaktion den Absichten einer

Berater:in entgegen, bedeutet dies, dass durch Kommunikation eine Anpassung der Intervention erarbeitet werden sollte und etwas anderes gemacht werden muss (S. 45–46).

10. Klient:in ist Expert:in

Annahme: Die Klient:innen bestimmen, welche Ziele sie verfolgen oder welche Veränderungen sie angehen möchten, und nicht die Beratenden. Diese stellen lediglich Vorschläge zur Verfügung und bieten Hilfe dabei an, die Ziele der Klient:innen möglichst genau zu erarbeiten, zu formulieren und diese zu erreichen (S. 46–48).

11. Ganzheitlichkeit

Annahme: Was jemand tut, wie er es tut und welche Bedeutung dem gegeben wird, nimmt Einfluss auf die Interaktionen aller am Prozess Beteiligten der relevanten Umwelt (S. 48–50).

12. Mitgliedschaft in einer Behandlungsgruppe

Annahme: Wer sich entscheidet, am gleichen Ziel zu arbeiten, wird Mitglied der jeweiligen Behandlungsgruppe. Dazu gehören auch Berater:innen und Therapeut:innen (S. 50–53).

13. Leidanerkennung

Annahme: Das Leid der Klient:innen anzuhören, bietet die Möglichkeit, sie in ihrer aktuellen Situation abzuholen und ein gewisses Verständnis zu schaffen. Die Leidanerkennung soll dabei ernst gemeint und so kurz wie nötig sein sowie den Übergang zur Lösungsfindung erleichtern (Pfister-Wiederkehr, 2019, S. 36).

5.3 Kooperative Hilfsformen

Das Besondere an der lösungsorientierten Beratung ist es, dass die Klient:innen jederzeit ihre eigenen Expert:innen bleiben. Daher ist es elementar, stets *Kooperation* zu gewährleisten. Eine solche entsteht, wenn sich beide Gesprächspartner:innen über ein Vorgehen einig werden und einen Beitrag zu deren Erreichung leisten können. In der lösungsorientierten Beratung stehen die Berater:innen mit vier unterschiedlichen Hilfsformen zur Verfügung, für welche sie jeweils das Einverständnis der Klient:innen einfordern. Pfister-Wiederkehr (2019) hat diese kooperativen Hilfsformen, welche nachfolgend kurz erläutert werden, auf der Basis des Modells von Kurt Ludewig (1992) weiterentwickelt und in seinem Werk aufgeführt (S. 112–117):

- **Beratung** (Veränderung & Empowerment):
Klient:innen sind Expert:innen und verfügen durch eigene Erfahrungen sowohl über das Wissen als auch über die Fähigkeit, ein Ziel zu erreichen. Die Berater:innen unterstützen die Klient:innen dabei, die eigenen Ressourcen wiederzuentdecken. (S. 112)
- **Coaching/Anleitung** (Veränderung & Empowerment):
Klient:innen verfügen nicht über das erforderliche Wissen oder die Kompetenzen, um ein definiertes Ziel zu erreichen. Die Fachperson stellt die notwendigen Informationen als Expertenwissen zur Verfügung oder verhilft den Klient:innen durch Anleiten zu den fehlenden Kompetenzen. (S. 112)
- **Begleitung** (Bewältigen & Überstehen):
Die Klient:in ist einer «nicht beeinflussbaren Situation» (z. B. einem Todesfall) ausgeliefert. Die Beratungsperson steht Betroffenen in dieser Zeit empathisch zur Seite, ohne vordergründig eine Veränderung anzustreben. Dies erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt. (S. 114)
- **Entlastung/Behandlung** (Bewältigen & Überstehen):
Klient:innen verfügen nicht über genügend eigene Kompetenzen oder Ressourcen, um eine Situation zu bewältigen. Um eine Überbelastung oder eine Verschlimmerung auch in anderen Lebensbereichen zu verhindern, begleitet die Fachperson durch Entlastung (z. B. rechtliche Unterstützung) oder Behandlung (z. B. Therapie oder Medikamente). (S. 116)

Während eines Beratungsprozesses wechseln Beratende je nach Bedarf zwischen den verschiedenen Hilfsformen; selten wird nur eine Form angewendet.

5.4 Instrumente

Der lösungsorientierte Ansatz ist inzwischen eine in der Beratung verbreitete Methode, welche die Kommunikation zwischen Klientel und Beratenden massgebend prägt. Der Ansatz stützt sich auf eine stetige Kooperation zwischen Klient:innen und Berater:innen (Bamberger, 2015, S. 71).

Kerninstrumente

Zu den bedeutsamsten Instrumenten gehören deshalb jene, die sich auf das *Fragen* und *Zuhören* im Gespräch beziehen. Sie bilden die Basis der Kommunikation und sind auch in anderen Beratungskonzepten anzutreffen, hier aber insbesondere mit dem Fokus auf Lösungen und Kompetenzen ausgerichtet (ebd.). Bamberger (2015) führt vier solcher Instrumente auf, welche im gesamten Beratungsprozess angewendet werden (S. 71ff). Durch die Anwendung des Beratenden werden sie der Klientel ebenfalls als Instrumente angeboten, welche sie für ihr eigenes Leben übernehmen können (vgl. Tabelle 4). Sie werden hier gestützt auf Bamberger (2015) kurz erläutert:

Den Anfang macht das *aufmerksame Zuhören*, während dessen sich die Berater:innen auf die Welt der Klient:in einlassen können, um mögliche versteckte Ressourcen und Kompetenzen zu erkennen. Diese können dann im Laufe des Beratungsgesprächs weiterverwendet werden (S. 72).

Schlüsselmomente schaffen Beratende vor allem mit *lösungsorientierten Fragen*, welche ein Kerninstrument in der LKO darstellen. Sie verhelfen der Klientel dazu, neue Ansichten über Situationen oder sich selbst zu gewinnen und dadurch ihre Perspektiven und die Motivation zu neuem Handeln zu erweitern. Eine kleine Auswahl solcher Fragetechniken wird später in diesem Kapitel vorgestellt (S. 75f).

Indem die Berater:innen den Klient:innen herausgearbeitete Ressourcen, positive Eigenschaften, erlebte Erfolge und persönliche Kompetenzen vor Augen führen und immer wieder *wertschätzen*, wird die Klientel in ihrem Selbstwert und ihrer Selbstwirksamkeit gestärkt (Pfister-Wiederkehr, 2019, S. 84). Die Selbstwirksamkeit, wie sie auch in Kapitel 4 erläutert wurde, gilt als einer der bedeutsamsten Prädiktoren im Veränderungsverhalten. Die übermittelte Wertschätzung muss ehrlich gemeint sein und zu den Erzählungen der Person passen. Nur dann wird sie Wirkung zeigen können (ebd.).

Beratungsinstrument	Selbstwerkzeug der Klient:innen	Effekte bei den Klient:innen
Zuhören	Sich öffnen	Selbsterkundung
Fragen	Sich wahrnehmen	Perspektivenerweiterung
Wertschätzen	Sich mit sich selbst befreunden	Selbstwertstärkung
Ermutigen	Sich motivieren	Verhaltenserweiterung

Tabelle 4: Kerninstrumente der LKO (leicht modifiziert nach Bamberger, 2015, S. 72)

Werden die Klient:innen dann noch durch gezielte *Komplimente* dazu *ermutigt*, die herauskristallisierten Ressourcen passend einzusetzen, um ein gewünschtes Ziel aus eigener Kraft zu erreichen, so kann ihre Motivation zu deren Umsetzung gesteigert werden. Hier können auf die

Ressourcen gestützte Hausaufgaben mit den Klient:innen vereinbart und in die Handlungsplanung aufgenommen werden (Bamberger, 2015, S. 78). Nach Pfister-Wiederkehr (2019) können zur Ermutigung auch *Anfeuerungswörter* verwendet werden. Indem Klient:innen gesagt wird, wie «super» oder «toll» eine Eigenschaft von ihr sei, wird der Zugang zu ihren Ressourcen zusätzlich verstärkt (S. 84).

Fragen nach Ausnahmen

Mit der Grundannahme von Walter und Peller (2015), dass nichts immer dasselbe ist (vgl. 3. Grundannahme in Kapitel 5.2), muss angenommen werden, dass auch Probleme nicht immer auf dieselbe Art und Weise bestehen und es Zeiten gibt, in denen sie nicht oder weniger ausgeprägt vorkommen. Die Beratenden setzen dabei den Fokus auf das Verhalten der Klient:innen und ihre Wahrnehmungen in Bezug darauf, was sie in diesen Ausnahmesituationen – im Vergleich zu den Zeiten, in denen das Problem besteht – auf verschiedenen Ebenen anderes sehen, tun, denken, fühlen, hoffen oder sogar planen (Bamberger, 2015, S. 107). Sich nach diesen Ausnahmeformen zu erkundigen, führt die Klient:innen zu versteckten Ressourcen, welche im weiteren Lösungsprozess verwendet werden können (vgl. 2. Grundannahme). Hier ist zu empfehlen, die entdeckten Ressourcen wertschätzend zu stärken und sie für die Klient:innen festzuhalten, um sie zu einem späteren Zeitpunkt in Erinnerung rufen zu können.

Das, was offensichtlich gut oder besser funktioniert, gilt es, aufrechtzuerhalten. Es ist gemäss Bamberger (2015) jedoch zu empfehlen, bei mehreren Ressourcen nicht alle gleichzeitig zur Anwendung zu bringen, da dies zu einer Überforderung führen könnte. Hier hilft es besonders, den Klient:innen zu Beginn diejenigen Ressourcen zu verschreiben, welche für sie einfach zugänglich und umzusetzen sind (S. 110).

Wenn keine Ausnahmen genannt werden können

Sollten Klient:innen trotz ihrer Bemühungen keine Ausnahmen entdecken, was bei Menschen mit vermindertem Antrieb oft der Fall ist, können keine Verschreibungen dessen erfolgen, was bereits funktioniert. Hier helfen erweiterte Fragen, welche im Rahmen dieser Arbeit nur in einer Auswahl vorgestellt werden können.

Mit der *Verschlimmerungsfrage* werden Klient:innen beispielsweise gefragt, was geschehen müsste, damit die Situation noch schlimmer wird. Somit wird gemeinsam eine hypothetische Verschlimmerung simuliert und dabei aufgezeigt, dass es sowohl eigene als auch externe Faktoren geben kann, welche die Situation beeinflussen und das Problem anders erscheinen lassen können. So lassen sich Ansätze zu Lösungen finden, in denen anstelle der bisherigen Handlungen etwas anderes versucht wird (Bamberger, 2015, S. 111).

Ein weiterer Weg, um Ausnahmen zu finden, besteht darin, den betreffenden Klient:innen eine *Beobachtungsaufgabe* zu geben. Sie werden beauftragt, in ihrem Alltag das zu beobachten, was sie in ihrem Leben schätzen, was gut läuft und was sie beibehalten möchten. Können die Klient:innen dabei benennen, wie sie es geschafft haben, dass es so ist, gerät der Fokus automatisch auf das gewünschte Verhalten, welches auch für die Zukunft verwendet werden kann (Bamberger, 2015, S. 113).

Skalierungsfragen

Die *Skalierungsfrage* ist gemäss Bamberger (2015) zu einem der bedeutsamsten Instrumente in der Lösungsorientierung geworden (S. 115). Sie hilft in einem Gespräch, die Wahrnehmungen des Gegenübers zu erkunden. Wie in Kapitel 5.1.2 erklärt wurde, gibt jeder Mensch einer Situation eine individuelle Bedeutung. Diese ist dem Gegenüber nie direkt zugänglich und wird erst durch

Kommunikation deutlich. Durch eine Skalierung kann erfragt werden, wo jemand steht, z. B. wie eine Situation eingeschätzt wird, welche Kraft die eigenen Gefühle zum Ausdruck bringen, als wie gross ein Unterschied in einer Entwicklung oder die Zuversicht für eine Veränderung empfunden wird (ebd.).

Die klassische Einstufung wird meist auf einer Skala von 1 bis 10 vorgenommen. Dabei steht 1 jeweils für den tiefsten Wert und die 10 für das beste Ergebnis, das jemand erzielen kann oder möchte. Doch auch durch die Nennung einer Zahl kann die wirkliche Bedeutung nie ganz genau erfahren werden (de Shazer, 1996; zit. in Bamberger, 2015, S. 116).

Die Skalierungsfrage ermöglicht neben dem Erkunden einer Wirklichkeitskonstruktion auch eine aufschlussreiche Prozessbegleitung und das Herausarbeiten von Unterschieden von einem Skalenwert zum nächsten. Die Beratenden können Klient:innen somit z. B. dazu verhelfen, nächste kleine Schritte zu definieren, die erforderlich sind, um auf den nächsthöheren Skalenwert zu kommen. Es lassen sich auch Kompetenzen und Ressourcen entdecken, welche eine Klient:in bisher angewendet hat, um es überhaupt auf die genannte Zahl zu schaffen. Diese scheinen bis dahin geholfen zu haben und lassen sich eventuell auch für weitere Schritte in Richtung des gewünschten Ziels einsetzen (Bamberger, 2015, S. 116).

Diesem Instrument geht die Grundannahme voraus, dass Veränderungen immer stattfinden (vgl. Kap. 5.2). Sollte eine Klient:in keine Veränderung erkennen können, lässt sich durch eine hypothetische Verschiebung des Skalenwertes eine (er-)finden. Die oder der Betreffende wird z. B. dazu eingeladen, sich vorzustellen, wie es sich anfühlt, wenn sie oder er schon einen Schritt weiter wäre. Diese Frage ähnelt der bekannten Wunderfrage, wie sie Steve de Shazer und Insoo Kim Berg in ihrer Therapie anwenden (Jong & Berg, 2014, S. 190). Auf die Wunderfrage wird in dieser Arbeit jedoch nicht weiter eingegangen, da sich die Autorin entschieden hat, den Fokus auf andere Instrumente der Zielarbeit zu legen.

Durch das Erarbeiten oder Erkunden der Unterschiede auf einer Skala lassen sich Fortschritte oder Teilschritte in einem Veränderungsprozess einfacher definieren. Die Anwendung von Skalierungsfragen ist vielfältig und verhilft Klient:innen unter anderem zur Beobachtung eigener Entwicklungen, stärkt das Selbstvertrauen und fördert die Zuversicht, durch die sichtbar gewordenen kleinen Schritte weiterzukommen (Jong & Berg, 2014, S. 187).

Reframing

Beim Reframing geht es darum, den Wahrnehmungen und Empfindungen von Klient:innen eine andere Bedeutung zu geben. Wie anhand der Theorie des Konstruktivismus deutlich wurde, konstruieren Menschen ihre eigene Welt durch ihre gemachten Erfahrungen und die eigenen Werte. Sie beschreiben die Situationen so, wie sie diese für richtig halten. Stellen nun Beratende die angebliche Realität von Klient:innen in Frage und laden diese ein, sie zu reflektieren und eine distanziertere Aussensicht einzunehmen, können neue Bedeutungen und neue Möglichkeiten zur Verhaltensänderung entstehen (Bamberger, 2015, 126ff). Ein solches Reframing kann auf unterschiedliche Weise stattfinden. Zum Beispiel kann die Ansicht auf ein Problem im Sinne eines positiven Fokus geändert werden, indem negative Adjektive in positive Eigenschaften umformuliert werden (S. 130f). Oder es kann einer Situation ein sinnhafter Nutzen zugeschrieben werden, welcher bis dahin als problembehaftet empfunden wurde (S. 135f).

Das Experiment, etwas anderes zu tun

«Ich weiß nicht, ob es besser wird, wenn es anders wird; aber es muss anders werden, damit es besser wird.» Dieses Zitat des Philosophen Georg Christoph Lichtenberg (1742–1799; zit. in Bamberger, 2015, S. 139) beschreibt ein weiteres Instrument, um die Klientel aus einer scheinbar festgefahrenen Problemsituation zu befreien. Es wird als *Universallösung* bezeichnet und in fast jeder Beratung oder Therapie im Ansatz verwendet (ebd.). Hier wird versucht, Klient:innen von den bisherigen Lösungsversuchen, die nicht geholfen haben, auf neue Ideen zu bringen, um das eigene Verhalten zu ändern oder Veränderungen im relevanten Umfeld zu bewirken, welche zur Lösungsfindung beitragen mögen. Um die Klient:innen über eine neue Idee zu eigenen Erkenntnissen zu führen, kann ihnen dies gemäss Bamberger (2015) «z. B. als Experiment, als Ritual, als paradoxe Verschreibung oder als Änderungsoption» verschrieben werden (S. 141). Dieser *Bedeutungs-Kontext* ist passend zu wählen. Durch eine unverbindliche Hausaufgabe machen die Klient:innen ihre eigenen Erfahrungen damit. Wenn es hilft und ihnen guttut, werden sie das neue Verhalten in ihr eigenes Verhaltensmuster aufnehmen können (ebd.).

Zielarbeit

«Visionen/Wünsche werden in Gesprächen als Veränderungsenergie betrachtet, Grobziele als richtungsweisend und erst Feinziele als handlungsleitend. Je mehr Feinzielkriterien dabei erfüllt sind, desto mehr nimmt erfahrungsgemäss die Wahrscheinlichkeit der Verwirklichung zu.» (Pfister-Wiederkehr, 2019, S. 86)

Um Ziele greifbar und umsetzbar machen zu können, braucht es eine klare Definition.

Bamberger (2015) wendet für die Zieldefinition die SMART¹³-Kriterien an, welche ursprünglich aus der Wirtschaft stammen und die er auf seine Art angepasst hat (S. 102). Walter und Peller (2015) verwenden sechs ähnliche *Kriterien* als Voraussetzung, um eine wirkungsvolle Zieldefinition zu formulieren (S. 72 ff). Diese sind lösungsorientiert und richten den Fokus auf den gesamten Veränderungsprozess auf einer Zeitachse von der Gegenwart bis in die Zukunft. Sie lauten:

Kriterien zur Zieldefinition nach Walter und Peller (2015, S 72 ff)

1. *Positiv*: in die Zukunft gerichtet und visualisiert, was positiv formuliert anstelle des Problems erreicht werden soll (S 73–74)
2. *Prozesshaft*: Planung eines Handlungsablaufes, wie etwas durch Tun in der Gegenwart bis in Zukunft gemacht werden kann, um das Ziel zu erreichen (S 75–76)
3. *Hier und jetzt*: Was bereits heute gemacht werden kann, um das Ziel zu erreichen (S 76–77)
4. *So spezifisch wie möglich*: Je genauer die Definition, umso höher die Motivation zur Umsetzung (S 77–78)
5. *Im Kontrollbereich der Klient:innen*: Änderungen finden bei den Klient:innen selbst statt und nicht bei anderen (S 78–79)
6. In der Sprache der Klient:innen (Ziele in den eigenen Worten der Klient:in formulieren, nicht in den Worten der Beratenden) (S 80–82).

Gemeinsam ist diesen Kriterien, dass Ziele positiv formuliert werden und zur Welt der Klient:innen passen müssen sowie so detailliert beschrieben werden, dass sie realistisch und greifbar sind, um einfacher umgesetzt werden zu können.

¹³ S.M.A.R.T als bekanntestes Akronym aus der Wirtschaft bedeutet: Spezifisch, Messbar, Attraktiv, Realistisch, Terminiert (Monzer, 2018, S. 202–203). Es sind in den Literaturen auch andere, dem Kontext angepasste, Varianten in deutscher und englischer Sprache anzutreffen (ebd.). Die Definition nach Bamberger (2015) lautet in einer angepassten Form: Spezifisch, Machbar, Attraktiv, Relevant, Tonisch (S 102).

Ein zusätzliches Kriterium bringt Pfister-Wiederkehr (2019) mit der *Ökologiefrage* ein. Mit dieser Frage werden mögliche *Einwände* oder *Hindernisse* identifiziert, welche beim Erreichen der Ziele auftreten können (S. 88). Sie in der Zieldefinition zu berücksichtigen, fördert die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Umsetzung (vgl. Kap. 3.4).

Timeline

Die Timeline als weiteres Instrument in der LKO-Beratung lädt die Klient:innen ein, sich in einen hypothetischen Zustand zu versetzen, in dem sie das Ziel bereits erreicht haben. Sie setzen sich anschliessend damit auseinander, wie sie es geschafft haben, an dieses Ziel zu kommen. Dazu werden die notwendigen Teilschritte erarbeitet, welche sie in einer zeitlichen Abfolge bis zur Zielerreichung gehen. Die Klient:innen können sich so mit den Ressourcen auseinandersetzen, die sie benötigen, um die *Teilschritte* zu erreichen. Es werden zudem die *Hindernisse* mit einbezogen, welche auftreten können. Die Klient:innen lernen, vorausschauend zu planen und sprechen darüber, wie sie diese Hindernisse überwinden können. So sind die Klient:innen bereits auf schwierige Situationen vorbereitet und wissen, was sie tun können (Pfister-Wiederkehr, 2019, S. 96).

Repräsentationsmodell

Als letztes Tool soll das Repräsentationsmodell nach Pfister-Wiederkehr (2019) erwähnt werden. Es basiert auf der Erkenntnis, dass sich Wahrnehmungen auf verschiedenen Sinnesebenen (visuell, auditiv, kinästhetisch, gustatorisch, olfaktorisch oder neutral) abspielen (S. 222 f). Werden diese Sinnesebenen zusätzlich in den Gesprächen und den zuvor beschriebenen Instrumenten mitberücksichtigt, kann deren Wirkung zusätzlich gestärkt werden. So lassen sich z. B. positive Ereignisse intensivieren, indem die Klient:innen danach gefragt werden, wie sich diese Situation angefühlt hat (kinästhetisch), was sie genau gemacht hat (visuell) und was sie eventuell von anderen gehört hat (auditiv) (ebd.).

Ausserdem können die Berater:innen darauf achten, mit welcher sinnesspezifischen Repräsentation sich die Klient:innen äussern, und können diese in ihrer Sprache und mit entsprechender Leidanerkennung aufnehmen (ebd.). Die Berater:innen zeigen sich damit aufmerksam beim Zuhören und vermitteln zusätzliche Anerkennung. Besonders gut lässt sich dieses Modell bei der Zielarbeit und den Ausnahmefragen integrieren (Pfister-Wiederkehr, 2019, S. 226).

5.5 Merkmale und Wirkung der Beratung

Bevor die Umsetzung in die Praxis beleuchtet und die Fragestellung dieser Arbeit beantwortet wird, werden die Merkmale einer lösungsorientierten Beratung eruiert. Es wird zudem eine Übersicht über besonders wirkungsvolle Faktoren in des Beratungsansatzes geschaffen, welche bei der Umsetzung eine bedeutende Rolle spielen.

Grundregeln des LKO-Ansatzes

Es gibt in der lösungsorientierten Beratung drei Grundregeln. Walter und Peller (2015) führen diese auf (S. 8 und 22):

- «Wenn etwas nicht kaputt ist, dann repariere es auch nicht.»

Herausfinden, was eine Klient:in wirklich will. Gemeint ist hier, dass nichts verändert werden soll, ohne dass eine Klient:in den Bedarf darin sieht.

- «Wenn du weisst, was funktioniert, mach' mehr davon.»

Ressourcen werden anhand derjenigen Momente erforscht, in denen schon etwas ausprobiert wurde und gut funktioniert hat. Die Grundregel lautet dabei:

- «Wenn etwas nicht funktioniert, dann hör' auf damit; mach' etwas ander(e)s.»

Wenn bereits Bemühungen unternommen wurden, welche keine Besserung bewirkt haben, geht es darum sich von festgefahrenen Mustern oder fehlgeschlagenen Handlungsversuchen zu lösen

Der Ansatz vermittelt primär eine Grundhaltung in Bezug darauf, wie Situationen betrachtet werden, wie Kommunikation untereinander stattfindet und wie Lösungen gemeinsam erarbeitet werden. Dabei gibt es kein Richtig und kein Falsch und demnach auch nicht *die* Technik, die alles lösen kann (Walter & Peller, 2015, S. 23).

Kriterien einer lösungsorientierten Beratung

Ob eine Berater:in lösungsorientiert mit den Klient:innen arbeitet, lässt sich gemäss Bamberger (2015) an folgenden Kriterien erkennen (Bamberger, 2015, 58 ff):

- arbeitet in die Zukunft gerichtet.
- schafft Wahlmöglichkeiten, indem z. B. unterschiedliche Perspektiven eingenommen werden und vergessene Optionen wieder sichtbar werden.
- ist ressourcenorientiert. Sucht z. B. nach Ausnahmen und dem, was schon gut in die gewünschte Richtung funktioniert.
- handelt kooperativ. Berater:in und Klient:in sind Expert:innen im System.
- verhilft zum ersten kleinen Schritt in Richtung auf die gewünschte Veränderung.
- unterstützt die Selbstwirksamkeit der Klient:innen und stärkt sie darin, Ziele aus eigener Kraft erreichen zu können (Autonomie).
- schaut gut auf sich selbst.

Die Kriterien lassen die vorgestellten theoretischen Elemente, wie auch die Grundannahmen darin erkennen. Sie prägen sowohl das Gespräch als auch die daraus folgenden Interventionen.

Wirkfaktoren

Bamberger (2015) führt an, dass die lösungsorientierte Beratung sich durch eine klientenzentrierte und wertschätzende Grundhaltung auszeichnet. Von Steve de Shazer initiierte Untersuchungen und Umfragen haben – wenn auch nur mit einer eher kleinen Gruppe an Probanden – gezeigt, dass die lösungsorientierte Beratung grosse Erfolge verbucht. Im Durchschnitt gaben 70 % der Teilnehmenden an, durch diese Beratung einen Erfolg erreicht zu haben. Diese Erfolge zeichneten sich zudem nicht nur beim ursprünglich definierten Problem ab, sondern wurden von den Klient:innen wie in einer Art «Lösungs-Dominoeffekt» auch in anderen Lebenslagen übernommen (vgl. Kap. 5.4) (S. 275).

Andere Wirkfaktoren liefern zudem die Erkenntnisse aus der Diplomarbeit von Kristin Allmaier (2002; zit. in Bamberger, 2015), welche sich bei 29 Klient:innen über die wirkungsvollsten Elemente während der Beratung erkundigte. Die fünf wichtigsten Elemente werden im Folgenden aufgeführt (S. 276):

1. Komplimente und Feedback von Stärken
2. *Lösungsorientierung* – Ausrichtung auf Handlungsoptionen in der Zukunft
3. *Partizipation* – eigene Entscheidungen – Expert:in des eigenen Lebens (GA)
4. Ressourcenaktivierung
5. Vereinbarung von Hausaufgaben.

Als weniger hilfreich wurde bei dieser Umfrage unter anderem die Wunderfrage¹⁴ bewertet, da diese nach der Lehre des *Brief Family Therapy Center* bereits zu Beginn der Beratung gestellt wird. Hier empfiehlt Kristin Allmaier (2002; zit. in Bamberger, 2015), sich mit dieser Frage Zeit zu lassen. Stattdessen regt sie dazu an, durch das Erkunden von Ausnahmesituationen, in denen das Problem nicht oder weniger vorhanden war, Ressourcen zu finden, welche zur Erreichung zukünftiger Ziele verwendet werden können (S. 277). Denn es ist anzunehmen, dass gerade Menschen mit psychischen Symptomen wie in den Kapiteln 2.3 und 3.4 beschrieben mit der Wunderfrage am Anfang überfordert sein könnten.

Weitere Wirkfaktoren im Veränderungsprozess und in der Beratung zeigt Pfister-Wiederkehr (2019) mit den Ergebnissen der Untersuchungen von Miller, Duncan und Hubble (2000; zit. in Pfister-Wiederkehr, 2019) auf (S. 32). Dort weisen die *Veränderungsbereitschaft* und das *Lebenssystem* des Klientels die grösste Wirkung auf den eigenen Veränderungsprozess auf, gefolgt von der *Arbeitsbeziehung* und dem *Glauben* daran, dass eine Intervention hilfreich und nützlich ist. Nicht zuletzt leisten auch passende Modelle und Techniken ihren Beitrag zum Erfolg (ebd.).

Gemäss Pfister-Wiederkehr (2019) werden Erfolge in der Beratung eher erwartet, wenn unter anderem Ziele *präzise* und *verhaltensbezogen* formuliert werden, Berater:innen und Klientel einen *ähnlichen Sprachstil* verwenden und die Beratungsperson die *Motivation* und die *Änderungsbereitschaft* des Klientels berücksichtigt. Das Suchen nach Lösungen statt nach der Ursache des Problems sowie das Sichtbarmachen von Fortschritten, welche sich die Klient:innen selbst zuschreiben können, tragen dazu bei, dass die Beratung Erfolge zeigt (S. 32 und 34).

6. Umsetzung der theoretischen Ansätze in die Praxis

Unter Berücksichtigung der depressiven Symptomatik wird in diesem Kapitel eine Verknüpfung zwischen dem Wissen aus der Forschung (Kapitel 3), der Theorie des Gesundheitsverhaltens/Veränderungsverhaltens (Kapitel 4) und der lösungsorientierten Beratung (Kapitel 5) geschaffen. Hierbei orientiert sich der nun folgende Praxistransfer an den im Kapitel 4.2 aufgeführten Phasen des Gesundheitsverhaltens respektive am Veränderungsprozess nach dem HAPA-Modell. Es wird erläutert, wie der Beratungsansatz darin Anwendung findet und welche Beratungsinstrumente (vgl. Kap. 5.4) sich dabei anbieten, um die Klient:innen im Veränderungsverhalten zu unterstützen. Inwiefern die Depression bei diesem (Ver-) Änderungswunsch eine Rolle spielt (Kapitel 3.4), wird in Bezug auf die jeweiligen Prozessphasen ebenfalls beleuchtet.

Sowohl das Autorenteam von Schuler (2017) als auch von Oertel et al., (2017) befassten sich mit spezifischen Krankheitsbildern wie Depression sowie mit der Umsetzung von körperlicher Aktivität im Alltag. Zusammengefasst wird deutlich, dass die Praktizierenden auf die individuellen Bedürfnisse und das Befinden der Klient:innen eingehen müssen. So ist in erster Linie die Ausgangslage gut zu klären, bevor der Veränderungsprozess gestartet wird. Aus Sicht der Lösungsorientierung ist eine Kooperation Grundvoraussetzung, um gemeinsam in die Lösungsfindung einzusteigen und Ziele zu definieren. Zur Ausgangslage wird auch die Rollenklärung der Beratenden miteinbezogen. Diese informieren über den Umfang der Beratung und helfen dabei, die gegenseitigen Erwartungen und Möglichkeiten aufzuzeigen und abzugrenzen.

¹⁴ Bei der Wunderfrage geht es darum, die Klient:in eine Situation beschreiben zu lassen, in der das Problem nicht mehr besteht. Die Person fokussiert sich auf das, was dann anders sein wird und führt so die Klient:in an Lösungsansätze heran, um eine gewünschte Veränderung zu erzielen. Jong und Berg (2014, S. 155)

6.1 Lösungs- und Kompetenzorientierung im Modell gesundheitlichen Handelns

Als Übersicht und zur besseren Orientierung zeigt die folgende Grafik den gesamten Veränderungsprozess gesundheitlichen Handelns in einer (groben) Skizze. Sie zeigt auf, welche Instrumente in den jeweiligen Phasen des HAPA-Modells zusammenfinden. Die Anwendung dieser Instrumente ist nicht linear zu verstehen, sondern erfolgt in einem individuellen und immer wiederkehrenden, zirkulären Prozess. Sie sind zudem aufgrund ihrer Vielfalt nicht abschliessend aufgeführt und können von den Lesenden erweitert werden.

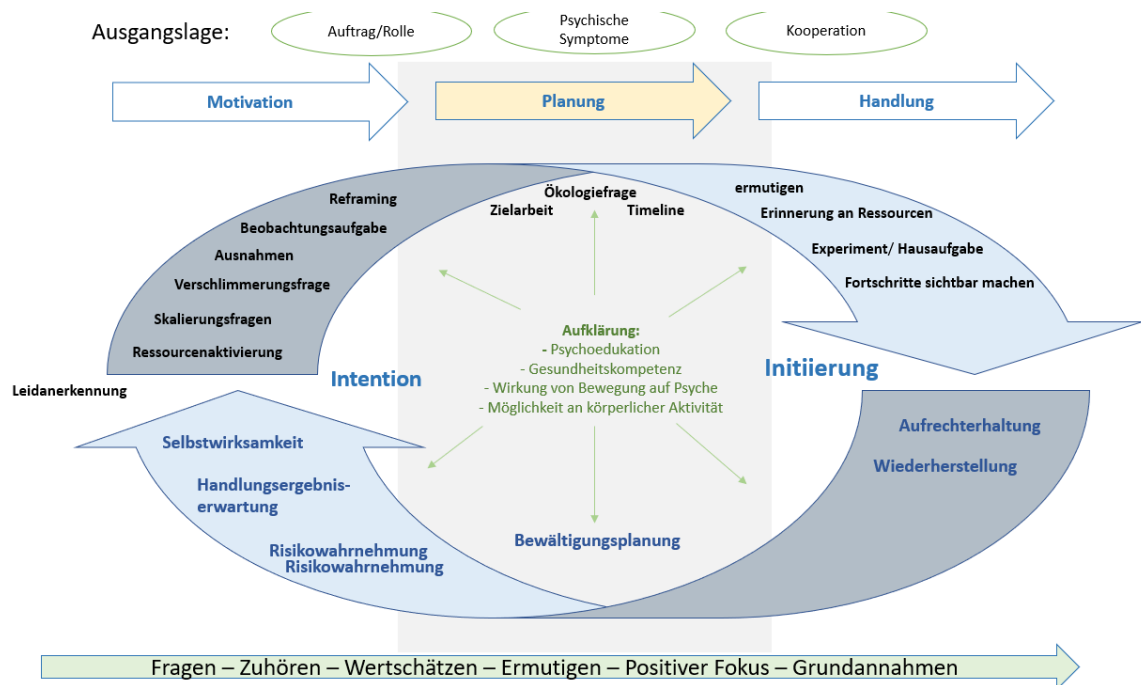


Abbildung 7: Veränderungsprozess im Überblick (eigene Darstellung in Anlehnung an das HAPA-Modell von Schwarzer [1992; zit. in Knoll et al., 2017, S. 51] und die Basisinstrumente nach Pfister-Wiederkehr, 2019)

Die nachfolgenden Unterkapitel widmen sich den einzelnen Prozessphasen und zeigen weitere Details bei der Umsetzung auf.

6.1.1 Motivationsaufbau zu körperlicher Aktivität

In der motivationalen Phase geht es darum, Klient:innen die Zuversicht zu vermitteln, dass sie es aus eigener Kraft schaffen können, Aktivitäten im Alltag umzusetzen. Zur Motivationsbildung hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens gehören neben der *Risikowahrnehmung* auch die *Handlungsergebniserwartung* und als einer der bedeutsamsten Prädiktoren im Veränderungsverhalten die *Selbstwirksamkeit*. Diese drei Faktoren werden zudem vorausgesetzt, um eine Absicht zu bilden und daraus Handlungen entstehen zu lassen. Wie werden sie nun in der LKO-Beratung berücksichtigt?

Wie in der Befragung zur Gesundheitskompetenz in der Schweiz deutlich wurde, fällt es Menschen mit einer psychischen Krankheit schwer, sich Hilfe zu holen und darüber zu sprechen (Richner et al., 2021). Hier ist von den Beratenden bereits zu Beginn eine *wertschätzende Haltung* förderlich, z. B. durch das Kompliment, dass die Klient:innen es geschafft haben, trotz der schwierigen Situation zum Gespräch zu kommen. Dieses mit dem positiven Fokus darauf zu beginnen, was die oder der Klient:in gern tut, stärkt das Selbstvertrauen und die *Selbstwirksamkeit*. Zusätzlich fördert es den Beziehungsaufbau, da der bzw. dem Klient:in bereits wohlwollend und positiv begegnet wird.

Die folgende Tabelle führt die genannten Faktoren zur Motivation mit den Beratungselementen der LKO zusammen; diese werden im Anschluss erläutert. Enthalten sind sowohl die passenden Grundannahmen (GA), wie sie in Kapitel 5.2 aufgeführt wurden, sowie Instrumente, welche als Auswahl Kapitel 5.4 zu entnehmen sind. Die Tabelle gibt eine Orientierung und ist nicht abschliessend zu verstehen. Sie kann von den Leser:innen daher erweitert werden.

Faktoren der Motivation	Elemente der LKO
Risikowahrnehmung	<ul style="list-style-type: none"> - Aktives Fragen - Aufmerksames Zuhören - Skalierung - Bedeutung und Erfahrung sind interaktional konstruiert (GA) - Leidanererkennung/Problemerkennung
Handlungsergebniserwartung	<ul style="list-style-type: none"> - Aufklärung durch Coaching - Reframing - Schaffung von Wahlmöglichkeiten - Positiver Fokus für die Zukunft (GA) - Klient:in ist Expert:in des eigenen Lebens (GA) - Rekursivität (GA) - Kleine Änderungen sind notwendig (GA)
Selbstwirksamkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Menschen haben Ressourcen (GA) - Ressourcenaktivierung durch: <ul style="list-style-type: none"> - Fragen nach Ausnahmen - Fragen, was bereits geholfen hat - Wertschätzung - Nichts ist immer dasselbe (GA)

Tabelle 5: Faktoren der Motivation und Elemente der LKO (eigene Darstellung)

Wie eine Klient:in ihre Verwundbarkeit und die Schwere ihrer Erkrankung wahrnimmt (*Risikowahrnehmung*), lässt sich durch die Kerninstrumente *aktives Fragen* und *gutes Zuhören* herausfinden. Um eine gemeinsame Wirklichkeitskonstruktion zu erreichen, helfen Tools wie die *Skalierungsfrage* und werden daher mit der *Leidanerkennung* von den Beratenden respektvoll aufgenommen. Damit schaffen die Berater:innen ein gemeinsames Verständnis für die Situation und kennen die Bedeutung, welche die Klient:in ihr zuschreibt. In die Leidanererkennung und die Erfassung der Probleme soll so wenig Zeit wie möglich und so viel wie nötig investiert werden, um den Fokus baldestmöglich auf die Lösungsfindung richten zu können.

Mit der Frage, was die Klient:innen bereits Hilfreiches unternommen haben oder welche Ausnahmesituationen es gab, bei welchen das Problem weniger bestanden hat, können erste Ressourcen erkundet werden. Sie sind der Grundannahme zufolge, dass jeder Mensch Ressourcen hat, auf jeden Fall zu finden. Durch das Sichtbarmachen der Ressourcen und ehrlich gemeinter Wertschätzung werden die Klient:innen in ihrer *Selbstwirksamkeit* gestärkt. Sollte auf die Frage, was bisher schon ein wenig hilfreich war, bereits *körperliche Aktivität* als Beispiel fallen, kann dies als Türöffner genutzt werden, um mehr desselben im Alltag umzusetzen. Ist dies nicht der Fall, kann den Klient:innen das Coaching angeboten werden, um ihnen das fehlende Wissen zur Gesundheitskompetenz zu vermitteln. Damit soll das Verständnis für Bewegung und deren Wirkung geweckt werden. Es eröffnet neue Perspektiven und besonders weitere *Wahlmöglichkeiten*.

Wie in Kapitel 2.1 erläutert, bieten sich unterschiedliche Interventionen an, um einen Beitrag zur Verbesserung der psychischen Gesundheit zu leisten (Gesundheitskompetenz). Die Klient:innen müssen genügend Vorteile darin sehen und diese für sich persönlich als bedeutungsvoll und hilfreich

anerkennen (*Handlungsergebniserwartung*). In Kapitel 3 wurde erläutert, weshalb regelmässige Bewegung einer Person guttut. Dieser Nutzen ist dabei mannigfaltig. Das Wissen über die Wirkung von Bewegung auf die Gesundheit ist ein wesentlicher Indikator und die Voraussetzung dafür, die Empfehlungen zu mehr Bewegung und Sport zu verstehen und motiviert mit einem positiven Fokus umsetzen zu können.

Die körperliche Aktivität in Form von Bewegung oder Sport ist nur eine Möglichkeit von vielen und aus Sicht der Autorin eine der interessantesten, da sie niederschwellig und mit wenig Aufwand umsetzbar ist. Auch wenn es mit dem Wissen über die positive Wirkung von körperlicher Aktivität auf die Psyche und mit der persönlichen Überzeugung für diese Intervention verlockend ist, dürfen die Beratenden die Klient:innen aus Sicht der LKO *nicht zu einer vordefinierten Lösung drängen*. Hier weist Bamberger (2015) auf häufige Fehler in der Beratung hin, wenn bereits ohne offiziellen Auftrag der Klient:innen versucht wird, eine Lösungsvision zu erarbeiten. Er sagt: «Lösungen lassen sich nicht erzwingen und Klienten [sic!] nicht ziehen.» (S. 81)

Sollten Klient:innen eine körperliche Aktivität als unpassend empfinden, was diverse Gründe haben kann (vgl. Konstruktivismus in Kapitel 5.1.2), lohnt sich ein Versuch, diese negativen Konsequenz-Erwartungen durch Ergänzung von fehlendem Wissen (*Coaching*) oder durch *Umdeutung* möglicher negativer Erwartungen (Reframing) zu unterstützen. Es kann aber auch sein, dass Klient:innen eine andere Intervention auswählen, welche besser zu ihnen passt (Rekursivität). Dieser Entscheid ist von der Beratungsperson zu akzeptieren und das Gespräch darf in eine andere Richtung fortgesetzt werden.

Sollte eine Klient:in die Absicht zu mehr Sport und Bewegung im Alltag gefällt haben, geht es nun darum, sie beim Finden der passenden Aktivität und bei der Planung für eine erfolgreiche Umsetzung zu unterstützen.

Hinweise bei psychischen Symptomen (Depression)

In der Phase der Motivationsbildung zeigen sich besonders Wertschätzung und Lob als bedeutsame Elemente in der Beratung. Zudem ist auf die Individuelle (Gefühls-)Lage der Klient:innen einzugehen und allfällige Zweifel sollen gemeinsam mit ihnen in eine positive Richtung gelenkt werden. Dabei sind auch die symptomspezifischen Massnahmen (vgl. Kap. 3.4) zu beachten. Unter ihnen wird besonders eine sorgfältige Aufklärung über die Krankheitssituation und die Handlungsmöglichkeiten empfohlen und die Klient:innen zur Partizipation eingeladen. Eine regelmässige Reflexion soll darüber Aufschluss geben, wo die Klient:innen jeweils stehen und was sie brauchen.

6.1.2 Handlungsplanung für die passende körperliche Aktivität

Von Orbell und Sheeran (1998; zit. in Knoll et al., 2017, S. 45) wurde erkannt, dass eine genaue Planung ausschlaggebend für den Erfolg einer Umsetzung ist und viele Menschen daran scheitern, dass sie dieser Planung zu wenig Achtung schenken. Es lohnt sich deshalb, in dieser Phase der Handlungsplanung genügend Zeit vorzusehen, um das Ziel und den Weg dorthin möglichst präzise zu definieren. Unter Berücksichtigung der Zielkriterien (vgl. Ziellarbeit in Kapitel 5.4) soll Klient:innen klar sein, wann sie was, wo und wie machen möchten. Sie schaffen sich so einen einfachen Zugang für die Umsetzung und erleichtern sich Entscheidungen wie sie etwas umsetzen sollen.

Welche Aktivität für Klient:innen die passende ist, soll gemeinsam mit ihnen erarbeitet werden. Zu beachten sind neben deren *psychischen Symptomen* auch die persönlichen *Fähigkeiten*, die *körperliche Verfassung* (allfällige Kontraindikationen) und die *äusseren Gelegenheiten* wie passende Sportgeräte oder Infrastrukturen, die erforderlich sind, um eine Aktivität auszuführen. Diese Faktoren zeigen mögliche Hindernisse und auch Ressourcen auf. Sie bieten dem Beratenden und den

Klient:innen die Chance, passende Interventionen auszuwählen und für eine realistische Planung zu berücksichtigen. Folgende Grafik (vgl. Abbildung 8) zeigt sie in einer Übersicht auf:

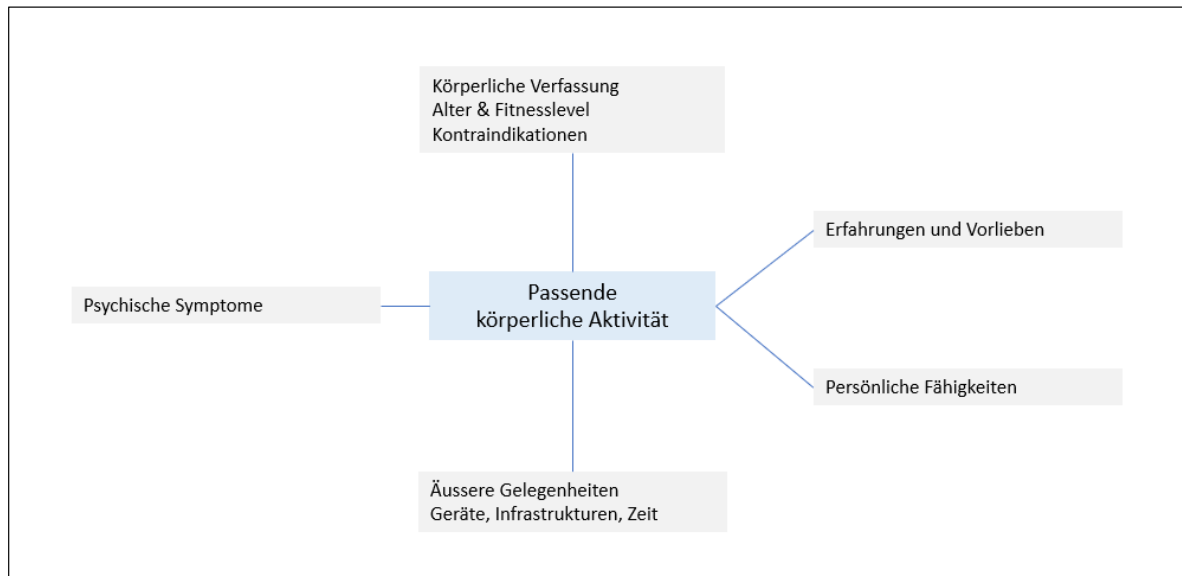


Abbildung 8: Faktoren zur Findung der passenden Aktivität (eigene Darstellung)

Die in Kapitel 3.3 aufgeführten Empfehlungen der WHO/ACSM in Bezug darauf, wie viel körperliche Aktivität (bei einem gesunden Menschen) gut sein soll und welche Aktivitäten es geben könnte, tragen zu den Wahlmöglichkeiten der Klient:innen bei. Bei Menschen mit einer Depression sollte jedoch ein vorsichtiger Umgang mit diesen Empfehlungen erfolgen. Sie enthalten mehrere Bewegungseinheiten pro Woche in verschiedenen Disziplinen und mit unterschiedlicher Intensität, was bei der genannten Klientel schnell eine Überforderung auslösen könnte. Gemäss Gunold (2017) werden zu hohe Erwartungen nicht umgesetzt werden können (S. 182). Auch würden Überforderung und Misserfolge Versagensgefühle auslösen, was es auf jeden Fall zu vermeiden gilt (vgl. Kap. 3.4).

Unter der *Berücksichtigung der Grundbedürfnisse* (vgl. Kap. 4.1) können Klient:innen dabei unterstützt werden, sich persönliche Ziele zu setzen. Eine körperliche Aktivität muss z. B. attraktiv genug sein, damit sie bei einer Klient:in Lust auslöst. Lust kann hier das Gefühl nach dem Sport sein, das die oder der Betreffende eventuell schon einmal erlebt hat und kennt. Die Person weiss also, dass sie sich nach der Aktivität besser fühlen wird und möchte diesen Zustand wieder erleben. Eine sportliche Aktivität steht auch meist in Verbindung mit sozialen Kontakten, was das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Bindung stillen mag. Beachtet ein:e Berater:in zudem die Fähigkeiten und Kompetenzen der Klient:innen und stärkt sie darin, fördert sie damit deren Grundbedürfnis, den eigenen Selbstwert zu erhöhen. Durch die Haltung von Beratenden, dass Klient:innen *Expert:innen des eigenen Lebens sind (GA)*, und dadurch, dass sie diesen die *Entscheidungskompetenz* überlassen, sich im Rahmen ihrer Wahlmöglichkeit für die passende Intervention zu entscheiden, behalten diese stets die *Kontrolle* über sich selbst.

Mit der *Zielarbeit* kann für diese Beratungsphase ein passendes Instrument eingesetzt werden (vgl. Kap. 5.4). Bei der Definition des Grobziels ist auch hier zu beachten, dass sich dieses auf die Wahl der Klient:innen stützt und nicht auf die Vorstellungen der Berater:innen. Sollte in der motivationalen Phase bereits deutlich werden, dass die körperliche Aktivität als Wahlmöglichkeit nicht in den Bedeutungsrahmen einer Klient:in passt, dann wird eine Zieldefinition für diese Intervention nicht zielführend sein, da sie nicht zur Welt des bzw. der Klient:in passt und somit nicht umgesetzt wird.

Durch die Erarbeitung von *Feinzielen* können die *ersten kleinen Schritte* geplant werden, welche *realistisch* und der Situation der Klient:innen angemessen sind. Sollte die Klientel ihre Erwartungen oder Ziele zu hoch stecken, ist es die Aufgabe der Beratenden, sie zur Reflexion über ihre Machbarkeit einzuladen, um Überforderung und Misserfolge zu vermeiden. Für diese Intervention können Berater:innen auch zu einem systemischen Blick einladen und eine bedeutungsvolle Drittperson einbeziehen. Indem die Klient:innen danach gefragt werden, was ihnen diese bedeutsame Person in diesem Moment raten oder sagen würde, schaffen sie es, den Blick von aussen auf die Situation zu richten und gewinnen damit neue Perspektiven.

Kommen Zweifel oder Ängste auf, es nicht zu schaffen oder negative Konsequenzen zu erwarten, kann gemeinsam mit den Klient:innen z. B. durch *Reframing* eine Umdeutung der Problemstellung erarbeitet werden, was neue Ansichten und Möglichkeiten im Verhalten entstehen lässt.

Mit dem Instrument der *Timeline*, als weitere Möglichkeit einer Ziellarbeit, kann die Zieldefinition konkretisiert werden. Die Klient:in wird von der Berater:in dazu eingeladen, sich den Moment vorzustellen, wenn sie das gewünschte Ziel erreicht hat. Hier können die entstandenen Wahrnehmungen durch das *Repräsentationsmodell* zusätzlich verstärkt werden, was die Zuversicht und Motivation zur Zielerreichung positiv beeinflusst. Mit dem Blick zurück in die hypothetische Gegenwart werden mögliche erste kleine Schritte definiert, die es braucht, um ein mittel- oder längerfristiges Ziel zu erreichen.

Einen der zentralen Planungsschritte nach Sniehotte und Kollegen (2005, 2006; zit. in Knoll et al., 2017, S. 49) stellt die *Bewältigungsplanung* dar. Mit ihr werden bereits Momente in die Planung aufgenommen, an denen persönliche Schwierigkeiten auftreten können und es der Klient:in schwerfallen wird, eine Umsetzung des Verhaltens aufrechtzuerhalten. Dabei sind die Alltagsbedingungen mitzuberücksichtigen, welche sowohl aus dem familiären als auch dem beruflichen Umfeld heraus Einfluss nehmen können (vgl. Kap. 3.4). Eine Strategie zur Bewältigung dieser Hindernisse in der Planung zu berücksichtigen, vereinfacht die Umsetzung an solchen schwierigen Tagen und erleichtert der Klient:in mögliche Entscheidungen. Ein Schlüsselmoment kann es z. B. sein, wenn eine Klient:in nach längerer Krankheitszeit wieder bei der Arbeit anfängt. So hilft es, die Zeit für regelmässige Aktivität frühzeitig zu planen und sie den veränderten zeitlichen und persönlichen Ressourcen anzupassen.

Die Autorin stellte bei der Umsetzung eine Unterscheidung zwischen Menschen fest, welche bereits Erfahrungen mit Aktivitäten gemacht haben und solchen, welche sich bisher kaum oder nie körperlich aktiv betätigt haben. Während bei den Erfahrenen an ihre (positiven) Erlebnisse angeknüpft werden konnte, fehlte bei den inaktiven Klient:innen die Vorstellung darüber, was möglich sein könnte. Bei diesen Klient:innen können (neue) positive Erlebnisse mit Bewegungseinheiten zu grösseren Anreizen führen, immer mit dem Ziel, dass sie neue Ressourcen entdecken und mehr desselben tun, um sie längerfristig in den Alltag umzusetzen.

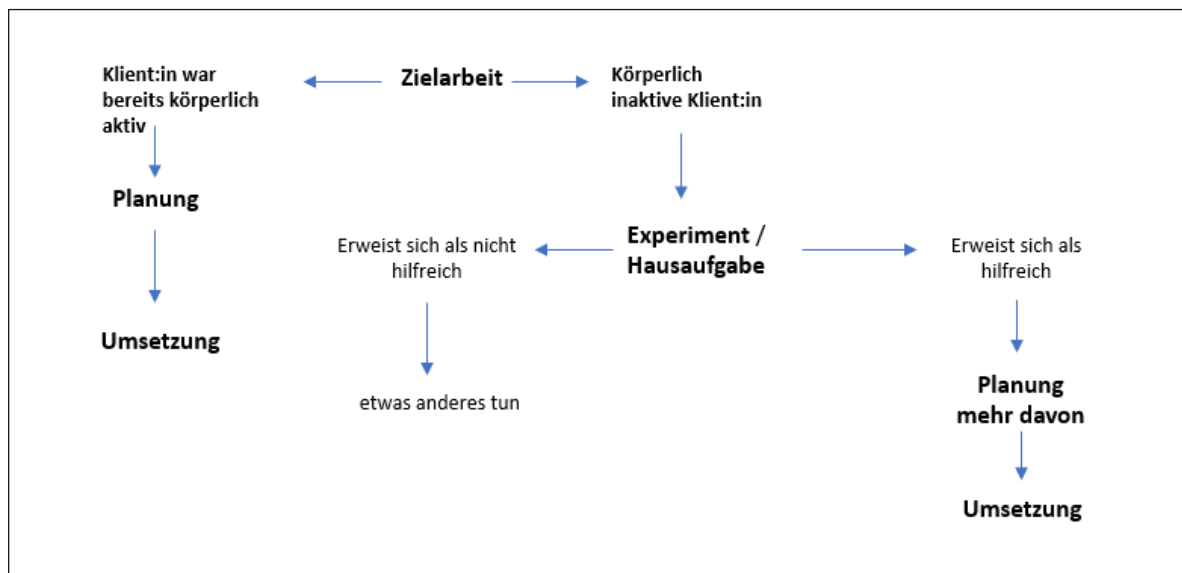


Abbildung 9: Unterscheidung bei aktiven und inaktiven Klient:innen (eigene Darstellung)

Hinweise bei psychischen Symptomen (Depression)

In der Phase der Handlungsplanung sind besonders die sorgfältige Information (vgl. Kap. 5.1.3) und der Umfang der Aktivitäten zu beachten. Beide müssen zur Struktur der Klient:innen passen. Es wird ein langsamer Einstieg empfohlen, auf welchen aufgebaut werden kann. Je nach den psychischen Symptomen helfen Massnahmen wie aus Kapitel 3.4 bei der Umsetzung. Besonders abzuwägen ist das Setting (Einzel oder in einer Gruppe) und die Art der unterstützenden Begleitung (Trainings- oder Therapieform). Kontinuierliche Wertschätzung und Lob bleiben auch hier ein zentraler Bestandteil der Beratung.

6.1.3 Handlungen ausführen und aufrechterhalten

Nachdem eine detaillierte und konkrete Planung zur Umsetzung von Aktivitäten erstellt wurde, kann die Klient:in die Initiative zur Umsetzung des ersten (kleinen) Schrittes ergreifen. Die Berater:in kann hier Unterstützung bieten, indem sie die Klient:in ermutigt, die sichtbar gemachten Ressourcen anzuwenden und in die Handlung zu gehen. Komplimente, Lob und Wertschätzung fördern hier die Selbstwirksamkeit und die Kontrollüberzeugung (vgl. Kap. 2.2).

Bei Klient:innen, welche noch keinen Bezug zu körperlicher Aktivität haben und sich diese auch nicht vorstellen können, können die betreffenden Personen in Form eines Experiments an einfache Bewegungseinheiten herangeführt werden (vgl. Abbildung 9), indem sie sich z. B. als Aufgabe mit einer Begleitperson zum Spaziergang treffen und mit *einfachem Gehen* beginnen. Als Einstieg reicht eine kurze Zeit von z. B. 10–30 Minuten. Sollte die Klient:in damit eine gute Erfahrung machen, kann diese Intervention weitergeführt werden. Sollte dies nicht als hilfreich empfunden werden, wäre anstelle von *Gehen* etwas anderes zu versuchen, was besser zur Struktur und zum Umfeld der Klient:in passt.

Um ein Verhalten aufrechtzuerhalten, benötigt es Regelmässigkeit und Routine. Körperliche Aktivität im Sinne von Sport hat oft auch einen sozialen Aspekt. Eine sportliche Aktivität kann allein durchgeführt werden oder in einer Gruppe, z. B. im Verein oder an einem Ort wie dem Fitnesscenter, wo sich Gleichgesinnte zum Einzelsport treffen. Da sich Menschen mit einer Depression eher zurückziehen und isolieren, kann hier das Ausüben von Sport wieder den Zugang zu sozialen Kontakten eröffnen. Zudem fördert das regelmässige Treffen in einer Gruppe die Motivation und

schaftt Verbindlichkeit, regelmässig einen Termin zur Aktivität wahrzunehmen. Je nach den psychischen Symptomen kann die Teilnahme an einer Gruppe jedoch auch eine Hürde darstellen (vgl. 3.4).

Dank der erarbeiteten Strategie zur Bewältigung von schwierigen Situationen weiss die Klient:in, was sie tun kann, um ihr geplantes Verhalten aufrechtzuerhalten oder nach einem längeren Unterbruch auch wieder aufzunehmen.

Durch wiederholtes *In-Erinnerung-Rufen der Ressourcen* und Motivieren wird die Klient:in darin gestärkt, das Verhalten weiterzuführen. Im Laufe des Veränderungsprozesses sollen zudem die Ziele immer wieder überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Das Prinzip bleibt dabei dasselbe und wiederholt sich in einem zirkulären Kreislauf (vgl. Abbildung 7).

Hinweise bei psychischen Symptomen (Depression)

Bei der Ausführung und der Aufrechterhaltung einer Aktivität ist es von besonderer Bedeutung, jeden noch so *kleinen Fortschritt* und *Erfolg* zu erkennen, diese für die Klient:in sichtbar zu machen und sie dafür zu *loben* und *wertzuschätzen*. Die Skalierungsfrage kann auch hier helfen, die Fortschritte sichtbar zu machen. Eine Beobachtungsaufgabe in Bezug auf positive Effekte nach der Aktivität und ergänzend ein Bewegungstagebuch könnte der Klient:in dabei helfen, diese Erfolge und ihre Fortschritte festzuhalten. Dadurch wird sie in der Motivation unterstützt, am gewünschten Verhalten dranzubleiben.

6.2 Beantwortung der Fragestellung

Aus der Fragestellung liessen sich drei Teilbereiche ableiten, welche theoretisch erarbeitet wurden:

Zum einen richtete sich die Frage auf das «Wie» in der Umsetzung mit Hilfe des lösungs- und kompetenzorientierten Ansatzes. Dieser Beratungsansatz erwies sich als geeignete Methode, um Menschen in einem Veränderungsprozess zu begleiten. Er bietet in jeder Prozessphase der Verhaltensänderung – von der Motivation bis zur Umsetzung – eine Auswahl an Instrumenten, welche individuell eingesetzt und angepasst werden können. Mit der lösungsorientierten, positiven Grundhaltung und der klientenzentrierten Arbeitsweise mit besonderer Stärkung der Selbstwirksamkeit sind ideale Voraussetzungen geschaffen, um Menschen mit einer Depression zu unterstützen.

Ein zweiter Bereich der Fragestellung widmete sich dem «Wie» der spezifischen Klient:innen-Gruppe *Menschen mit einer diagnostizierten Depression*. Der Eingrenzung dieser Personengruppe ging die Annahme voraus, dass es Unterschiede oder Besonderheiten gibt, welche in der Beratung Einfluss nehmen. Die Erkenntnisse aus der Literatur zeigen zwar Barrieren und Hürden auf, welche Menschen mit einer Depression zu überwinden haben, doch wurde auch deutlich, dass Lösungen gefunden werden können, solange eine Klient:in in der Lage ist zu kooperieren, und bereit ist, am Veränderungsprozess zu arbeiten. Die Bedeutung liegt dabei auf dem ersten kleinen Schritt in die gewünschte Richtung. Die LKO geht dabei klient:innenzentriert auf die Bedürfnisse ein. Sie sieht die Diagnose nicht als Problemkonstruktion, sondern als Ausgangslage im Beratungsprozess, um die Klient:in bei der Lösungsfindung entsprechend zu unterstützen.

Im dritten Teil der Frage sollte geklärt werden, «wie» eine *körperliche Aktivität* gefunden werden kann, die passend ist. Hier ging die Annahme voran, dass nicht jede Aktivität für alle Menschen gleichermassen die richtige ist. Es hat sich gezeigt, dass es trotz der Forschungslücken hinsichtlich richtiger Aktivität bei Depression möglich ist, eine solche zu finden. Da Bewegung und Sport vielseitig sind und einen niederschweligen Zugang für jeden Interessierten bieten, sind es einzig die medizinischen Indikatoren, welche beim Finden einer passenden Aktivität sowie einer Umsetzung

Grenzen setzen mag. Der Ansatz der LKO bietet insbesondere Unterstützung bei der Schaffung von Wahlmöglichkeiten und der Planung zur Umsetzung. Er sieht die Klient:in dabei stets im Zentrum und als Expert:in ihres Lebens.

7. Schlussfolgerung und Ausblick

Mit dem Wissen über körperliche Aktivität wurde aufgezeigt, dass es nicht viel braucht, um Bewegung im Alltag umzusetzen. Der Nutzen daraus kann jedoch sehr gross sein. Zudem ist eine solche Intervention an viele Faktoren anpassbar und es sind keine Nebenwirkungen zu erwarten. Mit dem Verständnis über das Gesundheitsverhalten und den Veränderungsprozess von Menschen wurde gezeigt, dass nicht nur die Motivation und die Absicht, sich zu bewegen, ausreichend sind, sondern dass die Planung einen bedeutenden Anteil ausmacht. Mit dem lösungs- und kompetenzorientierten Ansatz wird jedoch allen Anforderungen im Prozess der Verhaltensänderung Rechnung getragen. Zu beachten ist, die Klient:in stets in ihrer eigenen Wahlmöglichkeit zu unterstützen und sie nicht zu vordefinierten Lösungen zu drängen. Die Depression als Diagnose nimmt dabei klaren Einfluss auf das Bewegungsverhalten. Dies stellt jedoch in der Beratung kein Problem dar, sondern gibt Hinweise darauf, was die Klient:in braucht und bietet somit die Möglichkeit, die Planung zur Umsetzung individuell anzupassen. Es lassen sich ersten kleinen Schritte erarbeiten, welche erforderlich sind, um ohne Überforderung dem jeweils nächsten Schritt näherzukommen.

Bei der Bearbeitung der Fragestellung ist aufgefallen, dass die *Wissensvermittlung* im Sinne der *Aufklärung* an diversen Stellen zum Ausdruck gekommen ist und einen wesentlichen Indikator im Veränderungsverhalten darstellt. So sind es:

- Die Aufklärung über die Krankheit, deren Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten (*Psychoedukation*).
- Das Wissen darüber, was die Klient:in selbst zur Verbesserung und Erhaltung der psychischen Gesundheit beitragen kann (*Gesundheitskompetenz*).
- Das Wissen über die *Wirkung von Bewegung* und Sport auf die Gesundheit, welches die Motivation und besonders die Handlungsergebniserwartung einer Person fördert.
- Und letztendlich sind es auch die Informationen über die Art, den Umfang und die *Angebote von körperlichen Aktivitäten*, welche der Klient:in zu mehr Ideen und Perspektiven in der Umsetzung verhelfen können.

Die *Arbeitsbeziehung* wurde als einer der bedeutsamsten Wirkfaktoren im Veränderungsprozess genannt und die Berater:in in ihrer Rolle als Teil des Systems der Klient:innen erkannt. Die genaue Bedeutung der Klient:innen-Berater:innen-Beziehung wurde im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht weiter eruiert. Hier wäre es aufschlussreich, weitere Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob und welchen Unterschied es macht, über welche Fachkompetenz (Expertenwissen) eine Berater:in verfügt. Ebenfalls ungeklärt blieb der Einfluss des Beraterkontextes, in welchem das Gespräch stattfindet, und damit auch die kritische Frage, ob das Case Management dafür den passenden Rahmen darstellt.

Wie einleitend beschrieben wurde, bezog sich die vorliegende Arbeit auf Klient:innen, welche eine gewisse Veränderungsbereitschaft zeigen. Dabei wurde bei der Umsetzung der theoretischen Ansätze eine Unterscheidung zwischen sportlich aktiven und inaktiven Menschen getroffen. Beide Gruppen können psychische Symptome einer Depression zeigen, aber dennoch die Absicht haben oder entwickeln, sich körperlich zu aktivieren. Inwieweit sich aber Menschen mit einer Depression tatsächlich zu (mehr) Bewegung überwinden können, geht aus der Literatur nicht klar hervor.

Wenn es die Situation erfordert, sollte die Form einer ambulanten Sporttherapie oder ein multimodales stationäres Setting mit dem behandelnden Arzt geklärt und empfohlen werden. Hier ist jedoch anzumerken, dass gerade die Bewegung als Therapieform im ambulanten Bereich, wie sie von Heißel (2020) beschrieben wurde, sich in der Schweiz noch nicht etabliert hat. Es bedarf auf Bundesebene weiterer Förderprogramme für Bewegung als Therapie¹⁵. Welche Angebote es alternativ in der Schweiz gibt und welche Finanzierung durch die Krankenkassen übernommen werden kann, wäre an dieser Stelle ebenfalls interessant zu recherchieren. So kann der Empfehlung gefolgt werden, die Sporttherapie als überbrückende Massnahme bei fehlenden Therapieplätzen zu nutzen.

Das stationäre Setting eröffnet weitere Handlungsfelder, welche im Rahmen dieser Arbeit aufgrund des vorgegebenen Umfangs und der zu erwartenden zusätzlichen Komplexität nicht betrachtet wurden. Spannend wäre hier aber insbesondere die Zeit nach einem Klinikaufenthalt aufzunehmen, wenn es darum geht, Klient:innen wieder zurück in den Alltag zu begleiten. Aus der Erfahrung der Autorin heraus wird nach einer intensiven Begleitung in einer Klinik gerade der *Aufrechterhaltung* – unter anderem hinsichtlich der körperlichen Aktivität – oft zu wenig Bedeutung geschenkt. Vielmehr werden die Patient:innen ohne entsprechende Planung wieder nach Hause und damit allein gelassen. Hier könnte jedoch in einer lösungs- und kompetenzorientierten Beratung an die dort gewonnenen Ressourcen angeknüpft und es könnten die hier skizzierten Ansätze zur Anwendung gebracht werden.

Persönliche Erkenntnisse und Fazit

Der gesamte Bearbeitungsprozess der vorliegenden Literaturarbeit hat der Autorin vertiefte Einblicke in komplexe Themen ermöglicht, für welche sie grosses Interesse aufbringt. Eine Herausforderung zeigte sich darin, sich von den vielfältigen und umfangreichen Themenbereichen zu lösen und sich für die wesentlichen Erkenntnisse und theoretischen Ansätze für diese Arbeit zu entscheiden. Die Autorin musste einsehen, dass es nicht möglich ist, die gesamte Palette an Informationen zu erfassen und mitzuberücksichtigen. Sie ist aber mit der Auswahl der vorliegenden Informationen und Theorien der Überzeugung, eine aufschlussreiche Wissensbasis zusammengetragen zu haben, welche das Interesse an weiterführenden Themen und die Freude daran weckt, die theoretischen Ansätze in die Praxis umzusetzen.

In der Einleitung dieser Arbeit wurde das Case Management als Arbeitskontext der Autorin vorgestellt. Die Fragestellung wurde jedoch kontextunabhängig formuliert und erarbeitet. Die Ergebnisse lassen sich somit an beliebige Beratungssettings adaptieren und darin anwenden. Im Rahmen des Case Managements sieht die Autorin die Anwendung besonders in den CM-Verfahrensschritten¹⁶ wie den Assessments und in der Ziel- und Handlungsplanung. Die Umsetzung von körperlichen Aktivitäten im Alltag kann ein Teilziel sein, um ein Hauptziel (z. B. wieder gesund zu werden) zu erreichen. Hier kann eine Case Manager:in während des Beratungsgesprächs einen wesentlichen Beitrag zur Unterstützung leisten, sei es in der Motivationsarbeit bis zur entsprechenden Intention oder auch in der Lösungsfindung sowie in der Planung zur Umsetzung. Hier kann körperliche Aktivität insbesondere zur Schaffung oder Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur einen Beitrag leisten. Deutlich wird, dass eine intensive Begleitung gerade bei der Umsetzung nicht

¹⁵ Vom BAG wurde das Büro Interface damit beauftragt, Empfehlungen zur *Bewegung als Therapie* abzugeben und ein Kompetenzprofil unter Berücksichtigung internationaler Best Practice zu erstellen **Bundesamt für Gesundheit (2022)**

¹⁶ Die Verfahrensschritte im Case Management werden gemäss den Definitionen und Standards von Netzwerk Case Management Schweiz (2022) in fünf Schritten unterteilt: 1. Clearing und Intake, 2. Assessment, 3. Ziel- und Handlungsplanung, 4. Durchführung und Leistungssteuerung, 5. Evaluation (S. 7).

Aufgabe des Case Managements ist. Hier kann aber mit den Klient:innen passende Möglichkeiten und Angebote gesucht sowie bei Bedarf weitere Personen im System aktiviert werden.

Die Autorin bringt selbst ein grosses Interesse und eine Vorliebe für ausreichend Bewegung und Sport im Alltag mit und schreibt diesem Thema deshalb eine grosse Bedeutung zu. Es ist ihr – gerade auch mit dem Wissen über Konstruktivismus und Selbstorganisation – bewusst, dass nicht jede Person gleichermassen für dieses Thema zu begeistern ist. Sie stellt deshalb auch die Hypothese auf, dass die Förderung dieser Intervention sehr stark von der Berater:in abhängig ist und davon, welchen Bezug diese selbst zum Thema Bewegung hat. Umso mehr hofft die Autorin, mit dieser Arbeit auch die eine oder andere Berater:in zu inspirieren und sie selbst zu mehr Aktivität im Alltag zu motivieren.

Literaturverzeichnis

- Baer, N., Frick, U., Aebersold, P., Ammann, J., Baer, J., Caduff, S., Flammer, F., Grütter, M., Käser, F., Matt, M., Meier, E., Müller, R., Plattner, Z., Schwarz, L., Schwerzmann, A., Stalder, K., Wade, A., Wiesli, F., Wollschläger, M., . . . Titler, R. (2022). *Krankschreibungen aus psychischen Gründen in der Schweiz: Hintergründe, Verläufe und Verfahren*. Studie. <https://workmed.ch/wp-content/uploads/studie-krankschreibungen-aus-psychischen-gruenden-ch.pdf>
- Bamberger, G. G. (2015). *Lösungsorientierte Beratung* (5., überarb. Aufl.). Beltz.
- Berghaus, M. (2022). *Luhmann leicht gemacht: Eine Einführung in die Systemtheorie* (4. überarbeitete und ergänzte Auflage). Böhlau Verlag.
- Bjarnason-Wehrens, B. (2017). Körperliche Aktivität und Training in der Prävention bei Gesunden. In G. Schuler (Hrsg.), *Körperliche Aktivität und Krankheit* (S. 20–50). De Gruyter.
- Bundesamt für Gesundheit. (2020). *Förderung der psychischen Gesundheit*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit/dialogbericht-psychische-gesundheit.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2022). *Kompetenzprofile im Bereich Bewegung als Therapie in der Schweiz*. Faktenblatt. https://svgs.ch/wp-content/uploads/2022/02/factsheet-fiche-information-apmt_10.2.22_d.pdf
- Bundesamt für Sozialversicherungen. (2022). *IV-Statistik 2021*. Jahresbericht. <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv/statistik.html>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2022). *ICD-10-GM Version 2022: Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen, (F00-F99)*. <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/block-f30-f39.htm>
- De Jong, P. & Berg, I. K. (2014). *Lösungen (er)finden: Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurztherapie* (7. Aufl.). Systemische Studien. Verl. Modernes Lernen.
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2017). *10 Schritte für die psychische Gesundheit*. Produkteblatt. https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/Infoblatt_GFCH_2017-12_-_10_Schritte_fuer_die_psychische_Gesundheit.pdf
- Gunold, H. (2017). Psychosomatische Erkrankungen. In G. Schuler (Hrsg.), *Körperliche Aktivität und Krankheit* (S. 176–193). De Gruyter.
- Hansen, A. (2018). *Brainfit - Bauch, Beine, Hirn: Wie du durch Bewegung kreativer, konzentrierter und glücklicher wirst*. (1. Aufl.). frechverlag GmbH.
- Härter, M., Jansen, A., Kriston, L., Leucht, S. & Berger, M. (2015). *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression*. Interdisziplinäre S3-Praxisleitlinien. https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/d689bf8322a5bf507bcc546eb9d61ca566527f2f/S3-NVL_depression-2aufl-vers5-lang.pdf
- Heinzel, S. (2020). Antidepressive Effekte von Sportinterventionen. *Psychotherapeut*, 65(3), 143–148. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00418-w>

- Heißel, A. (2020). Sporttherapie als adjuvante oder alternative Behandlung bei Depression. *Psychotherapeut*, 65(3), 149–155.
<https://doi.org/10.1007/s00278-020-00425-x>
- Hirschbeck, A. & Röh, A. (2022). Sportliche Aktivität und Stimmungslage: Einfluss von Sport auf depressive Symptome bei somatischen Erkrankungen. *CME Continuing Medical Education*, 19(3), 21–26.
- Holsboer-Trachsler, E., Hättenschwiler, J., Beck, J., Brand, S., Hemmeter, U. M., Ekkehard Keck, M., Rennhard, S., Hatzinger, M., Merlo, M., Bondolfi, G., Preisig, M., Gehret, A., Bielinski, D. & Seifritz, E. (2016). Die Akutbehandlung depressiver Episoden. Richtlinien. *Swiss Medical Forum*, 16 (35), 716–724
- Kleve, H. (2010). *Konstruktivismus und soziale Arbeit: Einführung in Grundlagen der systemisch-konstruktivistischen Theorie und Praxis* (4. Aufl.). *Lehrbuch*. VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Knoll, N., Scholz, U., Rieckmann, N. & Schwarzer, R. (2017). *Einführung Gesundheitspsychologie* (4. Aufl.). *PsychoMed compact*. Ernst Reinhardt Verlag.
<https://elibrary.utb.de/doi/book/10.36198/9783838547459>
- Kraft, D., Matura, S. & Cless, K. (2017). Psychische Störungen. In V. Oertel & S. Matura (Hrsg.), *Bewegung und Sport gegen Burnout, Depressionen und Ängste* (S. 20–26). Springer Berlin Heidelberg.
- Kriz, J. (2016). *Systemtheorie für Coaches: Einführung und kritische Diskussion* (1. Aufl.). *essentials*. Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Monzer, M. (2018). *Case Management Grundlagen* (2., überarbeitete Auflage). medhochzwei Verlag GmbH.
- Netzwerk Case Management Schweiz. (2022). *Definition und Standards Case Management*.
http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/2022_definitionen_und_standards_version_final_ag_1.pdf
- Oertel, V. & Matura, S. (Hrsg.). (2017). *Bewegung und Sport gegen Burnout, Depressionen und Ängste*. Springer Berlin Heidelberg.
- Pfister-Wiederkehr, D. (2019). *Beraten & Coachen: Lösungs- und kompetenzorientierte Bausteine für erfolgreiche Gesprächsführung*. Books on Demand.
- Richner, D., Bernet, F., Ulshöfer, C. T. & Guggenbühl, L. (2021). *Weiss die Schweiz, was sie für ihre psychische Gesundheit tun kann? Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur psychischen Gesundheitskompetenz in der Schweiz*. Faktenblatt.
https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/faktenblaetter/Faktenblatt_060_GFCH_2021-06_-_Psychische_Gesundheitskompetenz_in_der_Schweiz.pdf
- Schuler, D., Roth, S. & Peter, C. (2022). *Psychopharmaka in der Schweiz: Mengen, Kosten, wer sie bezieht und wer sie verschreibt*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Obsan Bulletin. <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2022-psychopharmaka-der-schweiz>
- Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz: Monitoring 2020*. Obsan Bericht.
https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_15_2020_bericht_2.pdf

- Suter, B. (2020). *Differenzierte Codierung von IV-Gebrechen*. Postulat.
<https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20203598>
- von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2016). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung: Das Grundlagenwissen* (3. Aufl.). Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG.
- Walter, J. L. & Peller, J. E. (2015). *Lösungs-orientierte Kurztherapie: Ein Lehr- und Lernbuch* (6. Aufl.). *Systemische Studien*. Verlag modernes lernen.
- Wiemeyer, J. & Hänsel, F. (2017). Körperliche Aktivität. In V. Oertel & S. Matura (Hrsg.), *Bewegung und Sport gegen Burnout, Depressionen und Ängste* (S. 3–11). Springer Berlin Heidelberg.
- Wolfersdorf, M. (2011). *Depressionen verstehen und bewältigen* (vierte, neu bearbeitete Auflage). Springer.

Anhang

Anhang 1)

CM Entscheid	ja					
Anzahl von Erfasst am	Spaltenbeschriftungen					
Zeilenbeschriftungen	2017	2018	2019	2020	2021	Gesamt ergebnis
	7.49%	9.29%	7.28%	7.07%	5.19%	7.17%
A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	0.21%	0.43%	0.23%	0.12%	0.52%	0.32%
C00-D48 Neubildungen	2.39%	2.35%	1.76%	2.12%	1.30%	1.96%
D50-D89 Blut und blutbildende Organe	0.42%	0.21%	0.00%	0.35%	0.09%	0.21%
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	0.52%	0.21%	0.00%	0.24%	0.00%	0.19%
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	64.10%	67.52%	69.37%	73.03%	74.72%	69.89%
F00 Demenz	0.31%	0.32%	0.23%	0.24%	0.00%	0.21%
F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	0.00%	0.11%	0.00%	0.12%	0.09%	0.06%
F07 Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	0.00%	0.11%	0.00%	0.00%	0.00%	0.02%
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	0.10%	0.32%	0.00%	0.12%	0.69%	0.27%
F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	0.00%	0.11%	0.12%	0.00%	0.35%	0.13%
F20 Schizophrenie	0.00%	0.00%	0.00%	0.12%	0.00%	0.02%
F21 Schizotype Störung	0.10%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.02%
F23 Akute vorübergehende psychotische Störungen	0.31%	0.11%	0.00%	0.00%	0.35%	0.17%
F30 Manische Episode	0.21%	0.21%	0.12%	0.12%	0.17%	0.17%
F32 Depressive Episode	56.50%	56.94%	58.57%	62.90%	61.73%	59.37%
F33 Rezidivierende depressive Störung	2.50%	3.74%	4.34%	2.71%	4.50%	3.60%
F34 Anhaltende affektive Störungen	0.10%	0.00%	0.12%	0.00%	0.09%	0.06%
F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störung	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.09%	0.02%
F40 Phobische Störungen	0.00%	0.00%	0.35%	0.00%	0.00%	0.06%
F41 Andere Angststörungen	0.62%	1.18%	0.94%	2.00%	3.03%	1.62%
F42 Zwangsstörung	0.31%	0.21%	0.59%	0.12%	0.17%	0.27%
F48 Andere neurotische Störungen	2.81%	3.85%	3.52%	4.59%	1.21%	3.07%
F50 Eßstörungen	0.21%	0.00%	0.12%	0.00%	0.35%	0.15%
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0.00%	0.21%	0.00%	0.00%	0.26%	0.11%
F79 Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	0.00%	0.00%	0.12%	0.00%	0.00%	0.02%
F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	0.00%	0.11%	0.12%	0.00%	0.00%	0.04%
F99 Psychische Störung ohne nähere Angabe	0.00%	0.00%	0.12%	0.00%	1.65%	0.42%
G00-G99 Nervensystem	1.66%	1.71%	2.11%	1.18%	1.30%	1.58%
H00-H59 Auge und der Augenanhangsgebilde	0.21%	0.32%	0.00%	0.12%	0.17%	0.17%
H60-H95 Ohren und Warzenfortsatzes	0.10%	0.32%	0.35%	0.35%	0.09%	0.23%
I00-I99 Kreislaufsystem	3.54%	2.78%	2.00%	3.42%	3.12%	2.99%
J00-J99 Atmungssystem	0.62%	0.85%	0.23%	0.82%	1.39%	0.82%
K00-K93 Verdauungssystem	1.46%	0.64%	0.35%	0.71%	0.69%	0.78%
L00-L99 Haut und der Unterhaut	0.31%	0.21%	0.35%	0.24%	0.26%	0.27%
M00-M99 Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	13.84%	12.07%	8.45%	7.42%	9.18%	10.25%
N00-N99 Urogenitalsystem	0.73%	0.11%	0.35%	0.12%	0.09%	0.27%
O00-O99 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0.31%	0.11%	0.00%	0.24%	0.00%	0.13%
Q00-Q99 Angeborene Fehlbildungen	0.10%	0.21%	0.12%	0.00%	0.09%	0.11%
R00-R99 Symptome und abnorme klinische u.Laborbefunde	0.42%	0.43%	0.47%	0.24%	0.26%	0.36%
S00-T98 Verletzungen, Vergift. u.best.and.Folgen außer.Ursachen	0.31%	0.11%	0.12%	0.35%	0.69%	0.34%
Z00-Z99 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	0.10%	0.11%	0.35%	0.24%	0.43%	0.25%
(Leer)	1.14%	0.00%	6.10%	1.65%	0.43%	1.73%
Gesamtergebnis	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Zürich Versicherung, Stand 31.3.2022

Interne Statistik: Zugeteilte Fälle im Case Management, Stand 31.3.2022