

„Gesundheitsförderung durch Aktivität“

Die professionelle Begleitung von Menschen mit Dualdiagnose, mit dem Fokus auf ein realistisches Wohntraining – Alltagsbewältigung und eine aktive Freizeitgestaltung.

Projektskizze

Abschlussarbeit

zur Erlangung eines Zertifikats im CAS Praxis der Suchtberatung

An der Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Olten

vorgelegt von

Uwe Wurkatz, Dezember 2010

Vorwort

Die Versorgung bzw. Förderung von Menschen mit Dualdiagnose – Komorbidität Abhängigkeitserkrankung im Zusammenhang mit einer psychischen Störung – gelingt selten zufriedenstellend oder nur unter grossen Schwierigkeiten.

Diese Personengruppe wird oft als "Systemsprenger" bezeichnet, weil die in Sucht und Psychiatrie gegliederten Hilfesysteme nicht auf deren spezielle Probleme ausgerichtet sind. Für Betreuerinnen und Betreuer ist es daher nicht leicht, angemessene Hilfe anzubieten. (vgl. Sadovski/Niestrat 2010).

Die zunehmende Bewegungsarmut, der Wegfall schwerer körperlicher Tätigkeiten eines grossen Teils der Bevölkerung zieht immer ernsthaftere körperliche, seelische und psychosoziale Konsequenzen nach sich.

Fachleute der Gesundheitsförderung und Prävention sind gefordert: Geldgeber verlangen rasche Nachweise über Wirkungen, obwohl ihr Engagement oft nur kurzfristig angelegt ist. Die erwarteten Ergebnisse sind aber meist nur langfristig erreichbar, von vielen externen Faktoren mitbestimmt und schwierig zu messen. Im Verhältnis zur kurativen Medizin sind die Mittel der Gesundheitsförderung und Prävention sehr bescheiden, die Ansprüche aber oft unverhältnismässig hoch. Die Interventionen selber sollen zudem evidenzbasiert sein, Best Practice entsprechen und mit wenig Geld grösstmögliche Wirkung erzielen (vgl. http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung_und_Praevention/Grundlagen_Wissen/wirkungsmanagement.php).

„Alle Teile des Körpers, die eine Funktion haben, werden gesund und gut entwickelt und altern langsamer, wenn sie in Maßen gebraucht und durch gewohnte Arbeit geübt werden. Wenn sie hingegen nicht gebraucht werden und träge sind, werden sie anfällig für Krankheiten, bleiben minderwüchsig und altern vorzeitig“.

Hippokrates von Kos (griechischer Arzt um 460 v.Chr.)

Inhaltsverzeichnis

1	Anstoss, Projektidee	1
<hr/>		
2	Ausgangslage	1
2.1	Wohn- und Betätigungsform vor dem Umzug	1
2.1.1	Mangel – IST Zustand	2
2.1.2	Folgen	2
2.2	Vorbereitungen	3
2.3	Wohn- und Betätigungsform nach dem Umzug	3
2.3.1	Nutzen für Bewohnerinnen und Bewohner	4
2.3.2	Nutzen für die Einrichtung	4
<hr/>		
3	Theoriebezüge	5
3.1	Das bio-psycho-soziale Modell der ICF	5
3.2	Kritische Bemerkungen	6
3.3	Definition körperliche Aktivität	7
3.4	Körperliche Aktivität und physische Gesundheit	7
3.5	Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit	8
3.6	Folgen durch Bewegungsmangel	10
<hr/>		
4	Ziele	11
4.1	Partizipation als oberstes Ziel	11
4.2	Teilziele	11
<hr/>		
5	Lösungen, Massnahmen	11
5.1	Geplante tagesstrukturierende begleitete Aufgaben/Angebote	12
5.2	Instrumente	12
<hr/>		
6	Evaluation	13
6.1	Instrumente	13
<hr/>		
7	Schlussbetrachtung	14
<hr/>		

Anhang

Literatur- und Quellennachweis
Portrait Institution

1 Anstoss, Projektidee

Die Idee, der Einführung einer kontinuierlich begleiteten Aktivität im Wohnbereich in Form eines realistischen Wohntrainings zur Bewältigung des Alltags sowie leichter Gartenarbeit, stand im Team immer wieder zur Diskussion. Gescheitert ist die Einführung an der Bereitschaft des Teams diese Reform zu tragen und die Bewohner und Bewohnerinnen (Bewohner/innen) zu mehr Eigenverantwortung zu motivieren. Der Grundgedanke der Betätigung bestand darin, einerseits eine Tagesstruktur anzubieten und andererseits die Gesundheit der Bewohner/innen durch mehr Aktivität zu verbessern.

Mit dem bevorstehenden Umzug in eine neue Liegenschaft entstand die Möglichkeit strukturelle Änderungen an die neue Liegenschaft anzubinden. Desweiteren war davon auszugehen, dass es zu einer Veränderung der Klientel, auf Grund der geografischen Lage der Wohngruppe Winterthur (die Stadt und das Objekt selbst ist für jüngere Leute attraktiver) kommt. Diese Annahme wurde in Bewerbungsgesprächen mit Patienten und Patientinnen aus zuweisenden Institutionen bestärkt. Die Einführung von internen, regelmässig stattfindenden Beschäftigungen, begleitet durch den Tagdienst (TD) ermöglicht den neu eintretenden Bewohner/innen frühzeitig eine Tagesstruktur aufzubauen sowie das Erleben von positiven Erlebnissen und das Entdecken der eigenen Kreativität. Ein weiterer positiver Effekt ist die Identifizierung der Bewohner/innen mit der Liegenschaft als zukünftiger Wohnsitz. Dies wiederum ist eine Voraussetzung um die Motivation der Bewohner/innen zu mehr Eigenverantwortung zu erhöhen und somit eine grössere Selbstverwaltung zu erreichen.

2 Ausgangslage

2.1 Wohn- und Betätigungsform vor dem Umzug

Die Wohngruppe Bülach bot elf Wohnplätze für Menschen (Frauen und Männern) mit Dualdiagnose, von denen vor dem Umzug nach Winterthur acht Plätze belegt waren. Das Alter der Bewohner/innen lag zwischen 38 und 56 Jahren. Alle Bewohner/innen waren mindestens zu 50% in einem externen Beschäftigungsverhältnis (Geschützte Werkstatt) angestellt.

In der freien Zeit war insofern eine Struktur vorgegeben, als dass jeder Bewohner und jede Bewohnerin (Bewohner/in) das Zimmer und die eigene Wäsche in Ordnung hielt, wöchentlich bis zu einem mal das Nachtessen organisierte und zubereitete sowie danach die Küche aufräumte. Desweiteren hatten alle Bewohner/innen ein „Ämtli“ im Hausdienst, welches einen wöchentlichen Zeitaufwand von durchschnittlich einer Stunde einnahm. In der Intensität, in Abhängigkeit zu den individuellen Kompetenzen der Bewohner/innen, wurden diese Aufgaben durch das Betreuungsteam begleitet.

Für die Ausführung der gesamten Aufgaben belief sich der wöchentliche Zeitaufwand je Bewohner/in auf durchschnittlich dreieinhalb Stunden. Diese Aufgaben sind überwiegend im Bereich der Selbstversorgung anzurechnen gewesen.

Das Putzen der Böden in den Gemeinschaftsräumen und die Reinigung der Sanitäranlagen übernahm eine externe Reinigungsfirma.

Die anfallenden Gartenarbeiten, mit einem Arbeitsaufwand von maximal eine halbe Stunde pro Woche, wurden überwiegend spontan durch das Betreuungsteam verrichtet. Einmal jährlich wurde eine externe Firma für die Gartenpflege beauftragt.

2.1.1 Mangel – IST Zustand

Störfaktoren bei der Begleitung waren, dass der Dienstplan nicht täglich durch einen TD abgedeckt war oder dieser zusätzlich mit administrativen Tätigkeiten, die nicht mit der Begleitung der Bewohner/innen in direktem Zusammenhang standen, beschäftigt war. Somit konnte keine kontinuierliche Begleitung, nach dem vorgegebenen „Ämtliplan“, gewährleistet werden. Eine weitere Schwierigkeit bestand darin, dass bei Arzt- und Behördenterminen die „Ämtlis“ verschoben werden mussten und somit die Einhaltung der Strukturen viel Improvisation erforderte. Diese Unregelmässigkeiten wirkten sich negativ auf die Entstehung, einer für die Orientierung wichtigen Routine aus.

Monatelang für das gleiche „Ämtli“ eingeteilt zu sein (z.B. Kühlschrank putzen) ist kein realistisches Wohntraining, da andere Aufgaben nicht geübt wurden um in Routinehandlungen übernommen zu werden.

Die bei den Bewohner/innen krankheitsbedingt fehlende Selbststrukturierung der freien Zeit führte zu Rückzugstendenzen, übermässigem Verbringen der freien Zeit im Bett oder vor dem Fernseher, ungesundem Essverhalten oder einfach zum „Nichtstun“.

2.1.2 Folgen

Der Mangel an körperlicher Aktivität kann psychische Probleme wie Ängste, Depressionen, Zwangs-, Schlaf- und Essstörungen begünstigen.

Weitere Gesundheitsrisiken wie Übergewicht, Diabetes Typ II, Herz-Kreislauf-Erkrankungen können die Folge sein, bzw. sind bereits Diagnosen bei einzelnen Bewohnern/innen.

Bei Bewegungsmangel sinkt die Kraft, Schnelligkeit, Beweglichkeit und Koordination. Eine schlechte Motorik erhöht die Gefahr von Verletzungen. Langfristig führt Bewegungsmangel zu einer signifikant erhöhten Wahrscheinlichkeit für Rückenbeschwerden.

Die Risiken für Pflegeaufwendungen steigen mit dem Alter und mangelnder Aktivität.

Durch das Einlegen von Schlafphasen im Laufe des Tages kommt es zu einem gestörten Schlaf-Wach Rhythmus. Nachts treten Schlafstörungen auf und morgens erschwert es das selbstständige und pünktliche Aufstehen.

In den Notfallplänen der Bewohner/innen wird eine fehlende Tagesstruktur und Rückzug häufig als erstes Anzeichen für das steigende Risiko von Alkohol- und Drogenrückfällen beschrieben. Alle diese Faktoren wirken sich ungünstig auf die physische und psychische Gesundheit aus und beeinträchtigen die Chancen für eine Partizipation.

2.2 Vorbereitungen

Im Vorfeld galt es die konzeptionelle Änderung zur Diskussion ins Team zu tragen, um die Zustimmung aller Mitwirkenden zu erarbeiten. Dafür wurde ein Dienstplan auf die neue Situation angepasst, mögliche Aufgaben/Angebote im TD auf die Leistungsfähigkeit durch das Team und Bewohner/innen hin untersucht. Kosten und Nutzen für alle Beteiligten wurden geprüft und die Ergebnisse mit der Leitung abgesprochen.

Die Aufklärung der Bewohner/innen über die zukünftige Wohnsituation und die damit verbundenen Konzeptänderungen geschahen im Vorfeld in Form von Einzelsitzungen mit der jeweiligen Bezugsperson, in Gesprächen mit der zuständigen Psychiaterin und in den wöchentlichen Hausversammlungen.

Die Bezugspersonen klärten die externe Arbeitssituation in Absprache mit ihren Bewohner/innen. Dabei ging es um einen möglichen Wechsel der Arbeitsstelle oder die Umgestaltung der Arbeitszeiten bzw. der Arbeitstage, um die psychischen Belastungen durch lange Anfahrtswege zu minimieren.

Die Besichtigung der neuen Liegenschaft sollte den Bewohner/innen ein annäherndes Bild über die künftigen Veränderungen aufzeigen.

2.3 Wohn- und Betätigungsform nach dem Umzug

Das neue Haus bietet für dreizehn Menschen, in je einem Einzelzimmer auf zwei Etagen verteilt, ein neues Zuhause. Davon sind derzeit elf Plätze belegt, weitere Bewerbungen sind in Bearbeitung. Ausserdem besteht die Möglichkeit im Nebengebäude eine ausgelagerte Wohngruppe für zwei bis drei Bewohner zu aktivieren. Dieses Projekt könnte bereits im kommenden Jahr realisiert werden. Die Wohnfläche ist gegenüber dem Objekt in Bülach mindestens verdoppelt so gross. Das Putzen des Hauses (ausgenommen sind Küche, Essraum, Lounge, Stube, Teambüro und die Zimmer der Bewohner/innen) und die Reinigung der Sanitäranlagen übernimmt eine externe Reinigungsfirma.

Der zu pflegende Aussenbereich ist um das ca. fünffache angewachsen. Einmal jährlich ist der Einsatz einer externen Gartenfirma geplant, die für den Rückschnitt von Sträuchern und Hecken zuständig ist. Alle sonstigen anfallenden Gartenarbeiten sollen im TD abgedeckt werden. Saisonale Arbeiten, wie das Mähen des Rasens, das Fegen des Laubes sowie das Schneeschieben stellen einen zusätzlichen Aufwand dar.

Das durchschnittliche Alter der Bewohner/innen hat sich verjüngt (liegt aktuell zwischen 22 und 56 Jahren). Drei von derzeit elf Bewohner/innen sind momentan nicht extern beschäftigt.

Der wöchentliche Zeitaufwand im TD beläuft sich je Bewohner/in auf mindestens zweieinhalb bis fünf Stunden (zusätzlich zur externen Beschäftigung von 50%). Die prozentuale Einteilung im TD findet in Absprache zwischen Bewohner/in und der jeweiligen Bezugsperson statt. Solange keine externe Arbeitsmöglichkeit aufgegleist ist, beträgt die Beschäftigung im TD vormittags täglich zweieinhalb Stunden und an zwei Nachmittagen nochmals zweieinhalb Stunden.

Ein Mitarbeiter des Betreuungsteams deckt von Montag bis Freitag, in der Zeit von 8:00 – 17:00 Uhr den TD ab. Die Bewohner/innen nehmen begleitet durch den TD, je nach Einteilung in den Zeiten zwischen 9:00-11:30 Uhr und 14:00-16:30 Uhr aktiv am TD teil.

2.3.1 Nutzen für Bewohnerinnen und Bewohner

Körperliche Aktivität verschafft das Gefühl des Gebrauchtwerden, etwas bewirken zu können und führt zu einem Anstieg der Handlungskompetenz. Durch die Aktivierung von Ressourcen kann es zu einer Erhöhung der Leistungsbereitschaft kommen. Der Erhalt oder im besten Fall die Steigerung der Grundarbeitsfertigkeiten wie Pünktlichkeit, Durchhaltevermögen, Motivation, Aufmerksamkeit und der Umgang mit Vorgesetzten und Mitarbeitern wird angestrebt.

Die Förderung der Leistungsbereitschaft bewirkt langfristig eine gesteigerte Bereitwilligkeit zu Verantwortungsübernahme und somit den Aufbau des Selbstwertes. Der Abbau von Ängsten kann die Folge einer grösseren Selbstständigkeit sein. Es kann zu einer verbesserten Selbstwahrnehmung und Spannungsreduktion, durch das Wechselspiel zwischen An- und Entspannungsphasen kommen. Den Bewohner/innen wird der Aufbau einer ausgefüllten Tagesstruktur, durch das Einüben regelmässiger Aktivitäten in verschiedenen Alltags- und Lebensbereichen, ermöglicht. Die soziale Interaktion während den Aktivitäten in der Gruppe soll die Fähigkeit zur Auseinandersetzung fördern, Copingstrategien alltäglicher Belastungen üben, Beziehungen intensivieren sowie die Frustrationstoleranz steigern. Alltägliche Sorgen und Probleme können durch die Ablenkung ausgeblendet werden und somit zu einer psychischen Entlastung führen. Neueintretende Bewohner und Bewohnerinnen haben durch die Strukturierung im Tagdienst, Zeit zum Einleben und müssen nicht unbedacht eine externe Beschäftigung annehmen. Aktivität kann die körperliche Gesundheit, psychische Stabilisierung und die Mobilität positiv beeinflussen.

2.3.2 Nutzen für die Einrichtung

Die Erfüllung des Betreuungsauftrages, unter den aktuellen Bedingungen nach zeitgemässen Erkenntnissen, wird gewährleistet.

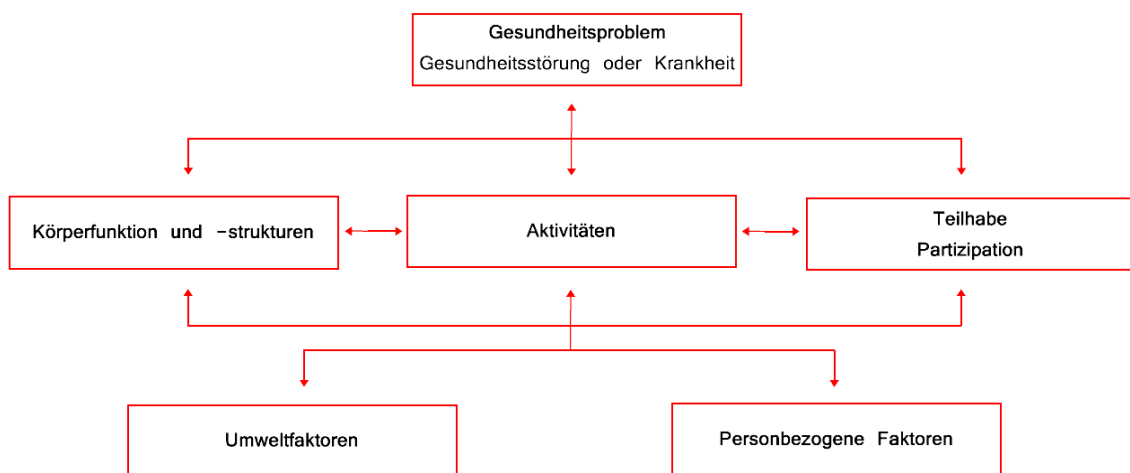
Einen ökonomischen Nutzen gewinnt die Einrichtung durch grösstmögliche Selbstversorgung und die Entlastung des medizinischen Systems.

Ein ambulantes Beschäftigungsangebot für Menschen mit Defiziten ist für die Zukunft denkbar und ermöglicht die Erweiterung des Angebotsfeldes.

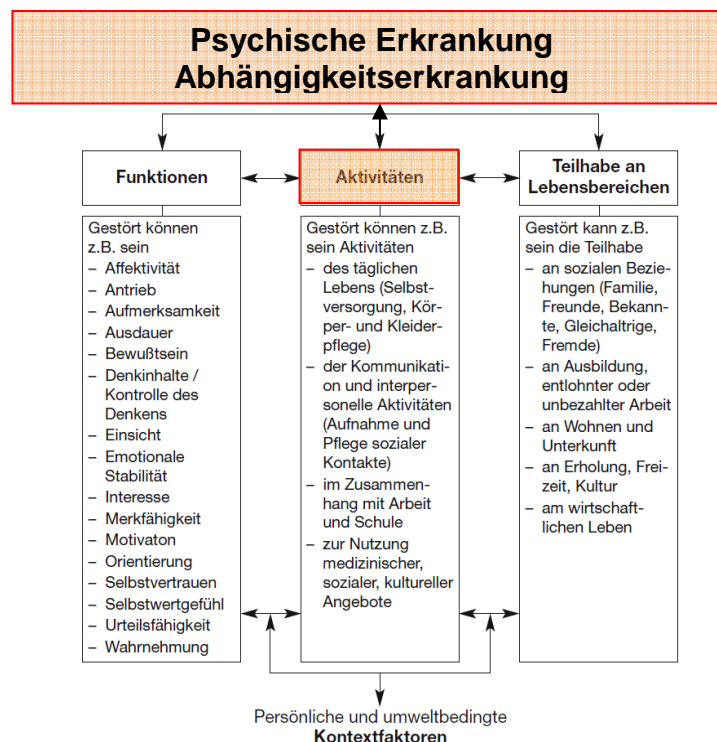
3 Theoriebezüge

Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit" (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dient als länder- und fachübergreifende einheitliche Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren einer Person. Dabei bemüht sie sich, eine Funktionsstörung nicht zu einer dauerhaften Einschränkung der Lebensumstände werden zu lassen. Interventionen bezüglich einer Größe können eine oder mehrere Größen verändern.

3.1 Das bio-psycho-soziale Modell der ICF



Abgeleitet auf das Krankheitsbild Dualdiagnose sieht das Modell wie folgt aus:



(Aus Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2003)

In dieser Projektskizze möchte ich den Fokus auf die Aktivitäten, als zentrale Komponente in dynamischer Wechselwirkung mit den Gesundheitsproblemen, als einen Teil des Systems legen. Das Modell beschreibt sehr deutlich die Zusammenhänge zwischen Aktivität und Gesundheitsproblem (Dualdiagnose) und die Auswirkungen auf die Teilhabe an den Lebensbereichen (Partizipation). Dabei wird aufgezeigt, dass die unzureichenden Aktivitäten Interventionen bedürfen, die sich wiederum positiv auf die Gesundheit, Funktionen und die Teilhabe auswirken können.

3.2 Kritische Bemerkungen

Betätigung und Gesundheit - Positive Wechselwirkung nicht belegt

Die Annahme, dass Ergotherapie auf dem positiven Einfluss von Betätigung auf die Gesundheit beruht, ist wissenschaftlich nicht erwiesen. Zu diesem Ergebnis kamen Jennifer Creek und Andrew Hughes vom Londoner College of Occupational Therapists.

Dazu werteten sie einschlägige englischsprachige Literatur aus dem Zeitraum 2000 bis 2006 aus. Sie orientierten sich dabei an den Suchbegriffen „health“ und „occupation“ und deren Verknüpfungen. Von den 489 gefundenen Literaturhinweisen blieben lediglich 17 übrig, die das Zusammenwirken der beiden Komponenten ausführlicher beschrieben. Darin definierten Ergotherapeuten die beiden Begriffe in unterschiedlicher Art und Weise. Auch in der Literatur fanden die Forscher viele verschiedene Erklärungen für positive und negative Auswirkungen von ergotherapeutischer Betätigung auf die Gesundheit.

(vgl. <https://www.thiemeconnect.com/ejournals/html/ergopraxis/doi/10.1055/s-0030-1254402>).

Dieser Aussage möchte ich die folgenden Studienergebnisse und Theorieansätze gegenüberstellen.

In der Literatur sind verschiedene Erklärungen für positive und negative Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit zu finden. Dabei ist es schwierig, Studien zu bekommen die unsere Klientel beschreiben und die körperliche Aktivität einheitlich messen.

Dazu bedarf es erst einmal einer Begriffsbestimmung, was körperliche Aktivität kennzeichnet.

3.3 Definition körperliche Aktivität



Der Begriff »körperliche Aktivität« sollte eindeutig vom Begriff »Sport« unterschieden werden: Während sich »körperliche Aktivität« (physical activity) als Oberbegriff auf jede körperliche Bewegung bezieht, die durch die Skelettmuskulatur produziert wird und den Energieverbrauch über den Grundumsatz anhebt, bezeichnet »Sport« eine historisch-kulturell definierte Untergruppe von »körperlicher Aktivität«, für die traditionell insbesondere körperliche Leistung, Wettkampf und Spaß an der Bewegung typisch sind. Diese Unterscheidung hat wichtige Implikationen für die Messung von Inaktivität in der Bevölkerung sowie die Festlegung von Zielen und Empfehlungen für Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themen-Heft 26 "Körperliche Aktivität").

3.4 Körperlicher Aktivität und physische Gesundheit

Eine Sammlung von Studienergebnissen zeigen Schlicht und Brand 2007 in ihrem Buch „Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit: eine interdisziplinäre Einführung“.

Die erste Kernaussage, die ich gewählt habe lautet:

Aus gesundheitspsychologischer Perspektive sind kurze und häufige Belastungen motivierender für Inaktive, ihr bisheriges Verhalten zu ändern, als lang andauernde Belastungen (Jakicic, Winters, Lang & Wing 1999; Peri, Anton, Durning, Ketterson, Sydeman, Berlant et al. 2002).

Daraufhin stellt sich die Frage:

Sind kurz andauernde Belastungseinheiten aber auch wirksam?

Buusch und Helmert (2004) finden bereits für eine Wochenbelastung von unter einer Stunde eine Risikominderung der Mortalität im Vergleich zu einer inaktiven Kohorte (siehe auch: Mensink et al. 1996 oder Klein, Schneider & Löwel 2001). Den Daten von Oguma und Shinoda-Tagawa (2004) zufolge reichen flotte Spaziergänge von 1 Stunde pro Woche (eventuell sogar von weniger als 1 Stunde) aus, um die Inzidenz kardiovaskulärer Ereignisse zu senken.

Auch die Health Professional Follow-Up Study findet den Gesundheit schützenden Einfluss bereits für 30-minütige Belastungen pro Woche. Eine weitere finnische Kohortenstudie findet für das tägliche Radfahren oder den Fussweg zur Arbeit (30 Minuten pro Tag) substanzielle Risikominderungen für Diabetes Typ 2 (Hu, Qiao, Silventoinen, Eriksson, Jousilahti, Lindstrom et al. 2003).

In der Harvard Alumni-Studie ist die Dauer der Belastung mit der Inzidenz der KHK invers korreliert. Ob nun 15, 30 oder 60 Minuten dauerhaft belastet wurde, scheint dabei gleichgültig zu sein (Lee, Sesso & Paffenbarger 2000).

Für Männer und Frauen, die das 65. Lebensjahr überschritten haben, sind selbst gelegentliche und also unregelmässige körperliche Belastungen immer noch günstiger als eine dauerhafte Inaktivität (Sunquist, qvist, Sunquist & Johansson 2004).

(Schlicht/Brand 2007: 64)

3.5 Körperlicher Aktivität und psychische Gesundheit

Was für die körperliche Gesundheit gilt, das gilt im Prinzip auch für die psychische Gesundheit.

Plante und Rodin (1990) geben eine Übersicht über die Effekte körperlicher Aktivität auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden bei gesunden Personen.

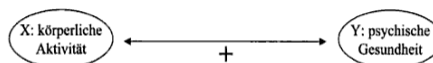
Tabelle 12.1. Physiologische und psychologische Prozesse zur Erklärung der Steigerung des psychische Wohlbefindens durch körperliche Aktivität.(Nach Planteu.Rodin 1990)

Physiologische Prozesse	Psychologische Prozesse
Bewegungsbedingter Anstieg der Körpertemperatur hat beruhigenden Effekt	Verbesserte körperliche Leistungsfähigkeit erhöht das Selbstvertrauen und die Selbstregulationsfähigkeit
Regelmäßige Bewegungsaktivität erleichtert die Anpassungsfähigkeit auf Belastungen durch sportbedingten Anstieg der Nebennierenaktivität und dadurch erhöhte Bereitstellung von Steroidhormonen	Körperliche Aktivität ist eine Meditationsform, die einen entspannten Bewusstseinszustand fördert
Reduktion der Muskelspannung nach körperliche Aktivität erleichtert die Entspannung	Körperliche Aktivität ist eine Form des Biofeedbacks, das die bessere Regulation vegetativer Erregung ermöglicht
Bewegungsaktivität erhöht die Neurotransmission von Nonadrenalin, Serotonin und Dopamin	Körperliche Aktivität erlaubt die Ablenkung von unangenehmen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensweisen
Körperliche Aktivität führt zur erhöhten Produktion von Endorphinen	Körperliche Aktivität ruft dieselben körperlichen Symptome hervor wie Angst und Stress (Schwitzen, Herzklopfen, Hyperventilation). Durch die häufige Erfahrung dieser Symptome, ohne dass diese Gefühle auftreten, wird eine Reattribution erleichtert
Bewegungsbedingter Anstieg der Körpertemperatur hat beruhigenden Effekt	Soziale Verstärkungsprozesse unter körperlich Aktiven führt zu verbessertem psychischen Befinden
	Körperliche Aktivität wirkt als Belastungspuffer
	Körperliche Aktivität konkurriert mit negativen Gefühlszuständen auf somatischer und kognitiver Ebene
	Verbesserte körperliche Leistungsfähigkeit erhöht das Selbstvertrauen und die Selbstregulierungsfähigkeit

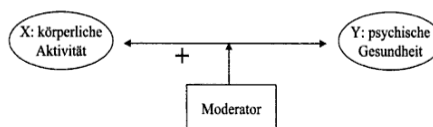
(Renneberg/Hammelstein 2006: 201)

Die pauschalierte Formulierung, körperliche Aktivität steigere die psychische Gesundheit, hat allerdings einen Haken, die sich am ehesten grafisch veranschaulichen lassen.

a) direkter Zusammenhang: Variationen in X gehen mit Variationen in Y einher



b) moderierter Zusammenhang: Die Stärke des Zusammenhangs von X und Y wird durch eine Drittvariable beeinflusst.



c) mediierter, indirekter Zusammenhang: Die Stärke des Zusammenhangs von X und Y wird über eine Drittvariable vermittelt.



Die Meta-Analysen von Schlicht (49) und Knoll (26) legen vielmehr nahe, dass stärker als bisher programmspezifische (Art, Umfang, Dauer und Intensität des Sportangebots) und personenspezifische (Alter, Geschlecht, sozialer Status) Moderatorvariablen in die Betrachtung der Beziehungen zwischen körperlich-sportlicher Aktivität und Gesundheit einfließen müssen.

(http://www.blv-online.de/fileadmin/files/pool/walking/studien/2010/walking/Wirkungen_Gesundheitssport.pdf)

Gesundheit und das Gesundheitsempfinden werden durch multiple Faktoren bestimmt.

Über den notwendigen Umfang an Aktivität gibt es widersprüchliche Ergebnisse. Die Spannbreite der täglichen Aktivität reicht von 10 – 60 Minuten.

Die aktuellen Empfehlungen internationaler Public Health Organisationen, wie dem American College of Sports Medicine (ACSM) oder dem Netzwerk Gesundheit und Bewegung Schweiz, empfehlen eine tägliche körperliche Aktivität von 30 Minuten. Dies scheint mir angesichts der Studien eher ein Richtwert zu sein, um inaktive Menschen motivieren zu können.

Zu berücksichtigen sind ausserdem Alter und Geschlecht (nicht veränderbare Einflussfaktoren) sowie der momentane Fitnesszustand der jeweiligen Person.

Aus dem Umfang an Arbeiten ist es schwierig ein Fazit für unsere Klientel zu ziehen, da die mir vorliegenden Studien überwiegend mit gesunden Menschen durchgeführt wurden. Dies führe ich auf das Interesse, einen möglichst hohen Wirkungsgrad erzielen zu wollen zurück. Bekanntlich wird unserer Klientel gern Antriebslosigkeit, aufgrund der medikamentösen Therapie, diagnostiziert. Wichtig erscheint dabei, je aktiver Menschen sind, desto geringer ist das Risiko, krank zu werden und frühzeitig zu sterben.

Es lässt sich auch nicht klar sagen, ob die erzielten positiven psychischen Effekte durch die Aktivität oder aber durch andere Mechanismen wie das soziale Eingebundensein in eine Gruppe bewirkt werden.

Eines scheint jedoch plausibel, wie aus der folgenden Studie ersichtlich wird - Bewegungsmangel schadet.

3.6 Folgen durch Bewegungsmangel

Jetzt aber haben schwedische Forscher Erkenntnisse vorgelegt ...:

Wer übermäßig viel Zeit im Sitzen zubringt, kann die möglicherweise ungesunden Folgen nicht durch körperliche Betätigung ausgleichen. Wie das Team um Elin Ekblom-Bak vom Karolinska-Institut in Stockholm im "British Journal of Sports Medicine" schreibt, gibt es einen klaren Zusammenhang zwischen langem Sitzen und Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes sowie einem generell erhöhten Sterberisiko - und zwar selbst dann, wenn man sich in der Freizeit sportlich betätigt.

Es sei wichtiger, die Muskeln überhaupt zu bewegen, als sie besonders viel oder schwer arbeiten zu lassen, betonen die schwedischen Forscher. Sie fordern gar ein "neues Paradigma in der Physiologie der Inaktivität" und drängen ihre Fachkollegen, die Definition eines bewegungsarmen Lebensstils zu überdenken.

Sie verweisen dazu auf australische Studienergebnisse, wonach derartige Krankheitszeichen bei Frauen um ein Viertel häufiger auftreten, wenn sie täglich eine Stunde länger sitzen als zuvor. Eine weitere Untersuchung habe zwei Gruppen von Büroarbeiten miteinander verglichen: Die Mitglieder der ersten Gruppe hätten acht Stunden am Tag gesessen, die der zweiten Gruppe bewegten sich regelmäßig. Dabei habe sich herausgestellt, dass die Teilnehmer mit mehr Bewegung seltener fettleibig waren und ihr Blut bessere Lipid- und Glukosewerte aufwies.

Die Forscher vermuten, dass das Enzym Lipoproteinlipase (LPL), das am Fettabbau beteiligt ist, hier eine wichtige Rolle spielt: Tierversuche hätten unlängst gezeigt, dass das Enzym bei Ratten mit geringer Muskeltätigkeit weniger aktiv war als bei Ratten, die herumlaufen durften.

"Jeder kennt die Vorteile von regelmäßiger Bewegung", sagte Ekblom-Bak der britischen Zeitung "The Independent". "Weniger bekannt ist bisher, dass lange Phasen des Sitzens ein zusätzliches Risiko bedeuten, das (sic!) man nicht durch körperliche Betätigung ausgleichen kann."

Darauf deute eine wachsende Zahl von Studien hin - auch wenn ein direkter Kausalzusammenhang zwischen langem Sitzen und diversen Wohlstandskrankheiten noch nicht bewiesen sei.

(<http://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/0,1518,672946,00.html>)

Für die Schweiz sind die jährlichen Mehrkosten für das Gesundheitssystem durch körperliche Inaktivität auf 1,6 Milliarden Schweizer Franken geschätzt worden, (...).

(vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themen-Heft 26 "Körperliche Aktivität "

4 Ziele

Die folgenden Ziele sind für die Bewohner/innen erarbeitet, mit der Partizipation als zentrales Ziel der sozialen Arbeit.

4.1 Partizipation als oberstes Ziel

- Förderung der Bewohner/innen zu aktiver Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

4.2 Teilziele

- ausgefüllte Tagesstruktur aufbauen
- Erhaltung, Verbesserung der Gesundheit (als kein statischer Begriff)
- Ressourcen für eine aktive Freizeitgestaltung entwickeln
- Korrektur der beruflichen und psychosozialen Situation
- Autonomie erweitern

5 Lösungen, Massnahmen

Die Aufgaben im TD erfordern eine ständige Anpassung an die nicht veränderbaren Einflussfaktoren der Bewohner/innen, wie das Alter, Geschlecht, körperliche Einschränkungen, kulturellen Hintergrund. Eine Über- oder Unterforderung gilt es durch individuelle Begleitung zu vermeiden. Die Situationen, in denen sich die Bewohner/innen überfordert fühlen nutzen, um über ihre Empfindungen zu sprechen, die Fähigkeit der Selbsteinschätzung zu fördern und Bewältigungsstrategien zu erarbeiten. Ist eine Überforderung unvermeidbar, muss die Aktivität an die Fähigkeiten der jeweiligen Bewohner/in angepasst werden.

Die angebotenen Tätigkeiten müssen zielgerichtet sein, um den Bewohner/innen einen Sinn zu vermitteln und somit die Motivation zu steigern.

In der wöchentlichen Hausversammlung mit den Bewohner/innen mögliche Freizeitaktivitäten besprechen und verbindlich organisieren.

Es erfordert die Einstellung der Bewohner/innen, gegenüber den veränderbaren Faktoren Motivation, Gesundheitskompetenz, regelmässiger Bewegung, zu fördern.

Der Wochenplan, in dem festgelegt ist, welche Bewohner/in an welchem Wochentag im TD eingeteilt ist, wurde vom Team erstellt. Dadurch ist sichergestellt, dass die Realisierung der primären Aufgaben an jedem Tag stattfindet. Des Weiteren dient er den Bewohner/innen zur Orientierung.

5.1 Geplante tagesstrukturierende begleitete Aufgaben/Angebote

notwendige Aufgaben:

- Lebenspraktische Betätigungen: Zimmerputz, Kleidung und Wäsche waschen, Körperhygiene
- Mittagessen: Menüplanung, Einkaufen, Kochen, Küche sauber halten
- Hauswirtschaft: Putzbereiche (grösstmögliche Selbstversorgung)
- Gartenbereich- und Parkpflege

mögliche Angebote:

- sportliche Aktivitäten: Joggen, Volleyball, Tischtennis ...
- Bewegungsangebote: Spaziergänge, Velofahren, Gymnastik
- kreative Angebote: Malen, Gestalten mit verschiedenen Materialien, Fotografie
- kulturelle Angebote: Kino, Museen, Ausstellungen, Theater
- Bewerbungstraining
- soziales Kompetenztraining
- kognitives Training: CogPack

Im Vordergrund steht die Abdeckung der Aufgaben. Bei weiteren Ressourcen der Teammitglieder sowie Wünschen von Seiten der Bewohner/innen soll auf die Angebote zurückgegriffen werden.

5.2 Instrumente

- Arbeitshilfen für das Team, in denen bestehende Aufgaben terminiert sind, um eine gewisse Kontinuität in der Arbeit zu gewährleisten und keine Aufgaben zu vergessen
- Wochenplan mit der Einteilung, welcher Bewohner/in, wann im TD eingeteilt ist
- täglich, verbindliche Aufgabenabsprache mit den Bewohner/innen, um Verbindlichkeiten und Verantwortungsübernahme zu fördern und Bewohner/innen Orientierung zu bieten
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen in der Teamsitzung nutzen, um Beobachtungen im TD darzulegen, Veränderungen frühzeitig zu erkennen, Möglichkeiten der Steuerung von beobachteten Abläufen ableiten und entsprechend reagieren zu können
- Liste mit Aktivitäten als Ideenpool führen, in der von Bewohner/innen gewünschte Aktivitäten eingetragen sind
- Informationstafel mit aktuellen Veranstaltungen: Kino, Konzert, Ausstellungen, Theater
- Trainingsprogramm CogPack auf dem Bewohner – PC installiert

6 Evaluation

Die Grundlage für eine effektive Entwicklung der Bewohner/innen ist eine fundierte Diagnostik im Vorfeld. Dies geschieht in Form von Interviews und durch Beobachtungen bei der Begleitung im Alltag. Dokumentiert werden diese Informationen in der Förderplanung im Bereich Lebenslauf und Bestandsaufnahme. Ergänzend werden Berichte von zuweisenden Stellen (Kliniken, Therapieeinrichtungen, Wohnheime) genutzt, um ein umfassendes Bild von der jeweiligen Bewohner/in zu erfahren. Dies könnte durch standardisierte Diagnosetools, zum Beispiel Fragebögen zu typischen Aktivitäten im Alltag, erweitert werden.

6.1 Instrumente

Zur Überprüfung nutzen wir momentan folgende Instrumente der Förderplanung:

- Die Individuelle Förderplanung, in der die Ziele, die erforderlichen Massnahmen zur Zielerreichung, die verantwortliche Person, das Datum der Evaluation dokumentiert werden. Die Auswertung der Zielerreichung findet in Bezugspersonengesprächen, Fallbesprechungen und Standortgesprächen statt.
- Das Überprüfungs- und Ordnungsblatt, in dem eine Statistik zu den Werten BD, Puls und Gewicht geführt wird. Die Bezugsperson kontrolliert die aktuellen gesundheitsrelevanten Konstanten in regelmässigen Intervallen und bespricht diese mit der jeweiligen Bewohner/in.

Die Bewohner/innen mit Diabetes Typ II dokumentieren, mindestens einmal täglich, ihre Blutzuckerwerte im Diabetes Tagebuch. Diese Werte lassen einen Rückschluss über eine gesundheitliche Entwicklung zu und werden mit dem zuständigen Arzt besprochen.

Eine weitere Möglichkeit der Evaluation besteht in der Erstellung eines Fragebogens, in dem die Bewohner/in ihre Gesundheit in einem festgelegten Rhythmus beurteilt. Diese Daten sind sehr subjektiv und müssen anschliessend in einem Gespräch mit der Bezugsperson näher betrachtet werden.

Des Weiteren bieten sich diese Gespräche für eine motivierende Beratung an, in der verändertes Verhalten an individuelle Belohnung gekoppelt wird. Hierbei ist das Augenmerk auf die Zielsetzung der jeweiligen Bewohner/in zu richten.

7 Schlussbetrachtung

Die strukturellen Voraussetzungen für die Durchführung der Aufgaben/Angebote im TD sind eingerichtet. Momentan werden die primären Aufgaben im TD durch die Bewohner/innen abgedeckt. Die möglichen Angebote werden nur zu einem geringen Teil durch die Bewohner/innen genutzt. Die aktuelle Empfehlung, von einer zusätzlichen körperlichen Aktivität von täglich 30 Minuten, wird momentan noch nicht erreicht.

In einer zweiten Phase müssten die sportlichen Aktivitäten und die Bewegungsangebote intensiver in das Wochenprogramm eingebunden werden, um eine umfassende und nachhaltige Gesundheitsförderung zu erreichen. Dabei sind die Bezugspersonen gefordert, in Gesprächen mit den Bewohner/innen, die Motivation zur Teilnahme an den Angeboten aufzubauen. Diese Angebote sollten die Bewohner/innen, nach einer Zeit der Begleitung aus eigenem Antrieb und regelmässig in ihrer Freizeit ausüben. Dies bedeutet einen längeren, durch die Bezugsperson gesteuerten Prozess des Motivationsaufbaus, bei dem jeweiligen Bewohner/in in Gang zu setzen.

Zusätzlich muss der Fokus auf weitere Programme ausgerichtet werden:

- Psychoedukation – Gesundheitstraining , damit die Bewohner/innen befähigt werden die Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit zu verstehen.
- Begleitend muss auf eine gesunde Ernährung geachtet werden, denn die körperliche Aktivität allein, kann nicht das Rezept für eine nachhaltige Gesundheitsförderung sein.

Rückschlüsse auf gesundheitsfördernde Effekte durch das Projekt TD lassen sich nach der kurzen Periode der Einführung noch nicht ziehen. Zu beobachten ist, dass die Bewohner/innen aktiver an der Bewältigung der Alltagsaufgaben beteiligt sind.

Positive Rückmeldung von Bewohner/innen gab es in der Form, dass die Motivation zur Teilnahme an den Aufgaben im TD gestiegen ist. Diese Motivationssteigerung führen sie auf die Umgestaltung des TD, der zielorientierter und sinnhafter erscheint, zurück.

Dies ist eine Projektskizze und stellt keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder einen Abschluss dar. Ich sehe es eher als einen Prozess im stetigen Wandel, der somit ständiger Anpassung bedarf.

Literatur- und Quellennachweis

Renneberg, Babette/Hammelstein, Phillip (2006). Gesundheitspsychologie. Springer Medizin Verlag: Heidelberg.

Sadowski, Harald/Niestrat, Frieder (2010). Psychose und Sucht Behandlung und Rehabilitation. Psychiatrie-Verlag: Bonn.

Schlicht, Wolfgang/Brand, Ralf (2007). Körperliche Aktivität, Sport und Gesundheit: eine interdisziplinäre Einführung. Juventa Verlag: Weinheim und München.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2003). Schriftenreihe der BAR Heft 9. Arbeitshilfe für die Rehabilitation und Teilhabe psychisch kranker und behinderter Menschen. Frankfurt am Main. S. 28

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2005). Themen-Heft 26 Körperliche Aktivität. Robert Koch Institut: Berlin. S. 7

URL: http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Gesundheitsfoerderung_und_Praevention/Grundlagen_Wissen/wirkungsmanagement.php [Zugriffsdatum: 12. Dezember 2010]

URL: http://www.blv-online.de/fileadmin/files/pool/walking/studien/2010/walking/Wirkungen_Gesundheitssport.pdf [Zugriffsdatum: 12. Dezember 2010]

URL: <http://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/0,1518,672946,00.html> [Zugriffsdatum: 21. November 2010]

URL: <https://www.thieme-connect.com/ejournals/html/ergopraxis/doi/10.1055/s-0030-1254402> [Zugriffsdatum: 28. November 2010]