

Gesundheitsförderung und Prävention inklusiv gedacht

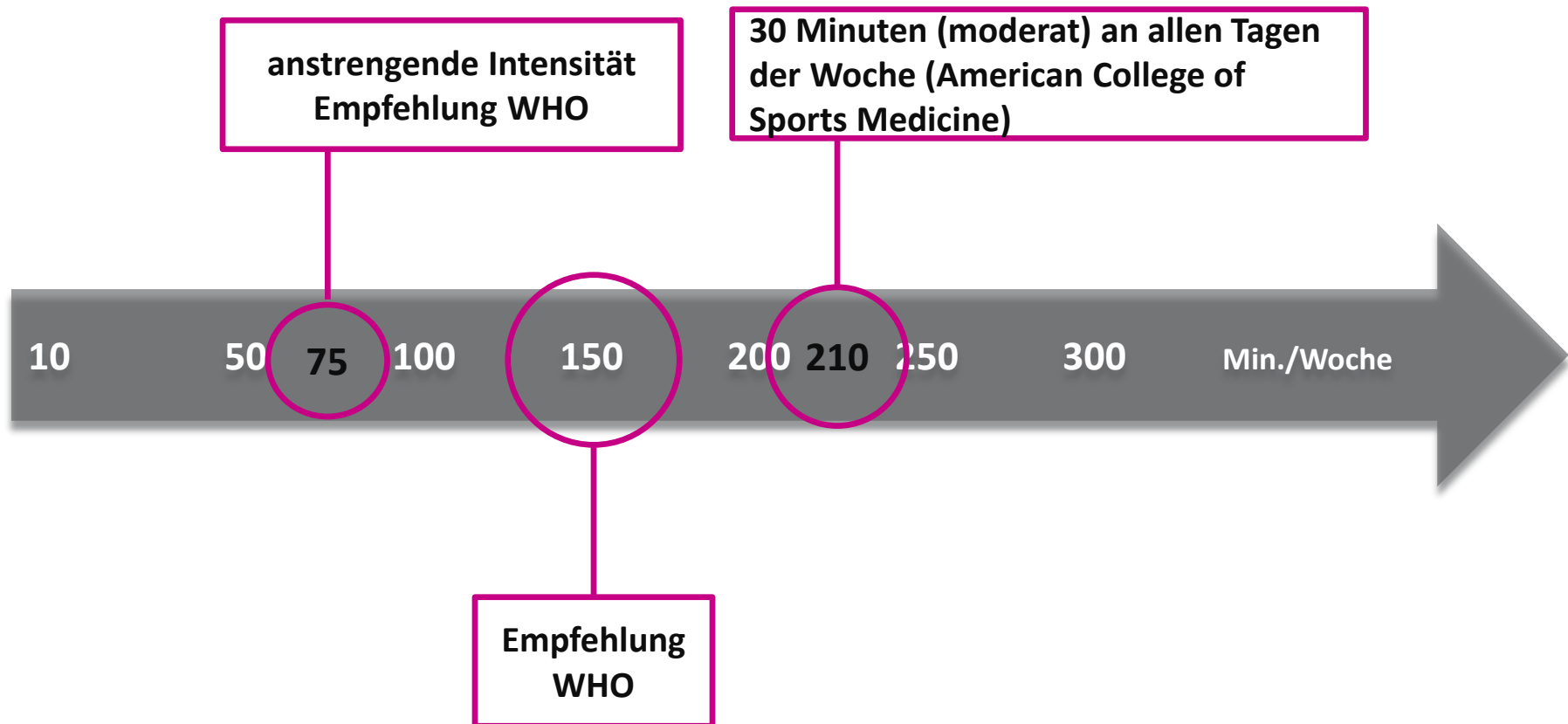
Adressatenorientierte Gesundheitsförderung

Prof. Dr. Anne-Dörte Latteck
Jutta Rothen, M. A.

FH Bielefeld
Fachbereich Wirtschaft & Gesundheit
Lehreinheit Pflege & Gesundheit

06.12.2018
Bremen

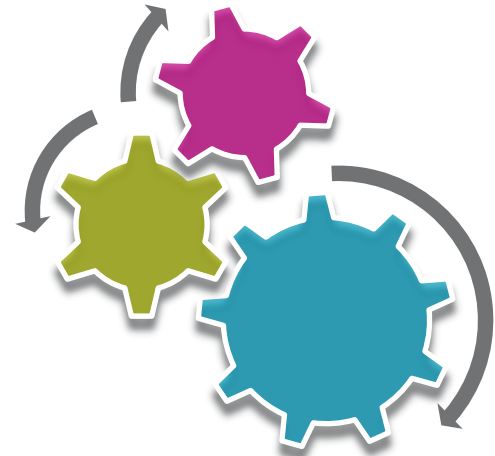
Wie viele Minuten in der Woche sind Sie körperlich aktiv – in moderater Intensität?



(WHO 2010; American College of Sports Medicine 2009)

- Eine gesteigerte körperliche Aktivität wirkt gesundheitlichen Risiken entgegen und hat multiple, positive Auswirkungen z.B. auf das Herz-Kreislauf-System, den Bewegungsapparat, die Sturzrate, das Gewichtsmanagement und das Stresserleben
- Sie kann das physische und psychische Wohlbefinden jedes Einzelnen aufrechterhalten und somit die Teilhabe an sozialen und gesellschaftlichen Aktivitäten fördern
- Ein inaktiver Lebensstil ist ein gesundheitsbezogener Risikofaktor, der mit unterschiedlichen Gesundheitsgefährdungen einhergeht

(Robert Koch-Institut 2005; World Health Organization 2003; World Health Organization 2009)



Wissenschaftliches Wissen	Alltagswissen
Systematisiertes Wissen	Nicht- Systematisiertes Wissen
Reflektiert-methodisches Handeln	Routiniertes Handeln
Selbstverständliche Annahme von Mehrdeutigkeiten	Konzentration auf eine Deutung
Vor allem in schriftlicher Form weitergegebene Erkenntnis	Im einzelnen (subjektiven) und/oder kollektiven Bewusstsein aufgehobene und v.a. mündlich weitergegebene Erkenntnis
Erfahrungserferne, abstrakte Sprache	Erfahrungsnahe Sprache

(Auszug aus Mayer 2015)

Begriffsverständnis - Behinderung

ICF-Konzept



(WHO 2005)

SGB IX §2 Abs. 1

Eine Behinderung liegt vor, wenn die „**körperliche** Funktion, **geistige** Fähigkeit oder **seelische** Gesundheit [der Betroffenen] mit hoher Wahrscheinlichkeit **länger als sechs Monate** von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und die gleichberechtigte **Teilhabe am Leben** in der Gesellschaft in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren beeinträchtigt ist.“

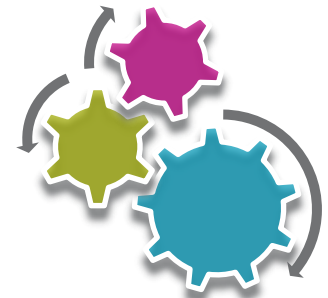
Menschen mit Behinderung

(nach Definition im SGB IX)

- Ende 2015 lebten 7,6 Millionen Menschen mit einer Schwerbehinderung in Deutschland (9,3 % der Gesamtbevölkerung)
- 67 000 Menschen oder 0,9 % mehr als am Jahresende 2013
- 32 % der Menschen mit Schwerbehinderungen sind älter als 75 Jahre
- 44 % gehört der Altersgruppe von 55-74 Jahren an
- 2 % sind Kinder und Jugendliche unter 18 Jahre
- 86 % der Behinderungen sind durch Krankheit verursacht
- 61 % der Menschen haben körperliche Behinderungen
- 12 % der Menschen haben geistige oder seelische Behinderungen
- 9 % der Menschen haben zerebrale Störungen
- Bei 18 % ist die Art der schwersten Behinderung nicht ausgewiesen

(Statistisches Bundesamt 2015)

- Beeinträchtigungen und Erkrankungen treten häufiger und früher auf (Mau et al. 2015)
- Erhöhte Mortalitätsraten, vermehrte Komorbiditäten und gesteigerte Prävalenzen für chronische Erkrankungen (Ding-Greiner & Kruse 2010)
- Personen mit schwerer Intelligenzminderung (IQ<35) weisen doppelt so häufig körperliche Beeinträchtigungen wie Menschen ohne Intelligenzminderung auf (z.B. Cerebralparesen, Seh- und Hörstörungen, Schluckstörungen, orthopädische Erkrankungen, Fehlbildungen (van Schrojenstein Lantman-de Valk et al. 2000)



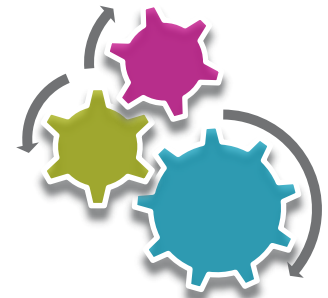
Gesundheitssituation von Menschen mit geistiger Behinderung

- Gesundheitskompetenz in der Allgemeinbevölkerung -

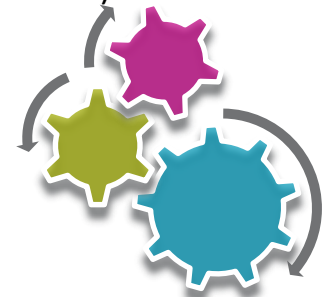
- In den Jahren 2009 bis 2011 wurde die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung erstmalig großflächig im europäischen Raum erfasst (HLS-EU 2012):
 - Ergebnisse: in-adäquate und problematische Gesundheitskompetenz bei ca. 47 Prozent der gesamteuropäischen Bevölkerung
 - ca. die Hälfte der Bevölkerung weltweit weist rudimentäre Fähigkeiten auf, die in Bezug auf gesundheitsbezogene Informationen eine gesundheitsförderliche Ausgestaltung des Alltags schwer beeinträchtigen

(HLS-EU 2012)

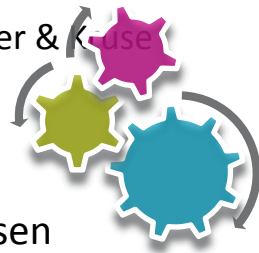
- Geringe Gesundheitskompetenz und nicht adäquates Wissen über das Gesundheitssystem bei Menschen mit geistiger Behinderung (Hasseler 2014)



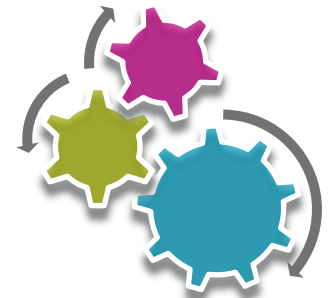
- Die Zielgruppe zeigt eine geringere körperliche sowie kardiovaskuläre Fitness auf, die sich beispielsweise in einer geringeren Muskelstärke zeigt (Ding-Greiner & Kruse 2010)
- Über 90% der Menschen mit schwerer geistiger Behinderung: körperliche Bewegungseinschränkungen und Schmerzsymptomatik, die zur Vermeidung von körperlicher Aktivität führen kann (Gittins & Rose 2007)
- Aktivitäten in der Freizeit werden von Menschen mit geistiger Behinderung weniger durchgeführt (Barnes et al. 2013)
- 85 % der Freizeit in sitzender Lebensweise (Barnes et al. 2013)
- Eine Übersichtsarbeit zeigte, dass nur 9% der Menschen mit geistiger Behinderung die Empfehlungen zur körperlichen Aktivität erreichten, die Durchschnittszeit von körperlicher Aktivität in moderater bis anstrengender Intensität pro Woche betrug ca. 108 Minuten, wobei die häufigsten Aktivitäten das Gehen war (53,7%) und Arbeiten im Innenbereich (42,5%); 26% berichteten von keiner körperlichen Aktivität (Barnes et al. 2013)



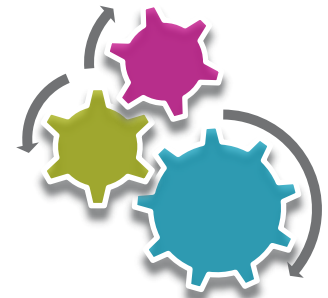
- Erwachsene haben eine höhere Prävalenz von Übergewicht (38,3% vs. 28%) und Adipositas (7,4% vs. 4,2%) im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung (Hsieh et al. 2014)
- Das weibliche Geschlecht, Down Syndrom, Medikamenteneinnahme, die als Nebenwirkung oftmals zu einer Gewichtszunahme führen und Bewegungsarmut stehen mit höheren Raten von Übergewicht in Zusammenhang (Hsieh et al. 2014)
- Durch Übergewicht und Bewegungsmangel höheres Risiko für: kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus, Osteoporose, Sturz und Obstipation (Rimmer et al. 2011; Hsieh et al. 2014)
- Erhöhte Erkrankungsrate des Verdauungstraktes z.B. durch Zoliäkie gehen einher mit Mangelernährungserscheinungen und Obstipation (Haveman & Stöppler 2014; Ding-Greiner & Kruse 2010; Dieckmann & Metzler 2013)
- Obstipation kann durch Bewegungsarmut und einseitige Nahrungsgewohnheiten insbesondere im höheren Alter verstärkt werden (Haveman & Stöppler 2014; Ding-Greiner & Kruse 2010; Dieckmann & Metzler 2013)
- Eine schlechtere Mund- und Zahngesundheit bei der Zielgruppe resultiert u.a. aus ungesunden Nahrungsgewohnheiten und können die Nahrungsaufnahme beeinflussen (Haveman & Stöppler 2014; Ding-Greiner & Kruse 2010; Dieckmann & Metzler 2013)



- Von einer gastroösophagealen Refluxkrankheit sind Menschen mit geistiger Behinderung häufiger betroffen, die durch eine geringe körperliche Aktivität verstärkt werden kann und im Zusammenhang mit Nahrungsverweigerungen und Aspirationspneumonien stehen kann (Haveman & Stöppler 2014; Ding-Greiner & Kruse 2010; Dieckmann & Metzler 2013)
- Eine erhöhte Erkrankungsrate von Schilddrüsenerkrankungen kann je nach Ausprägung (Über- oder Unterfunktion) eine Obstipation begünstigen, zu Antriebsarmut und Bewegungsmangel sowie Übergewicht führen (Haveman & Stöppler 2014; Ding-Greiner & Kruse 2010; Dieckmann & Metzler 2013)
- Institutionelle Rahmenbedingungen, die Inaktivität und ungesunde Gewohnheiten befördern, stellen Barrieren im Zuge von gleichen Gesundheitschancen dar (Rimmer et al. 2011)



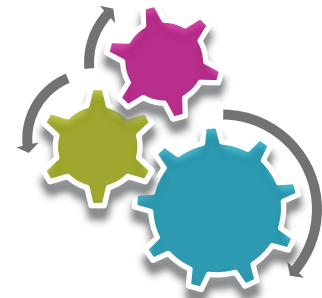
- Die Prävalenz von psychischen Fehlfunktionen ist bei der Zielgruppe höher als in der Allgemeinbevölkerung (Dieckmann & Metzler 2013)
 - Soziale Interaktionen werden häufiger stressbeladen erlebt, die mit Schlaf- und Essstörungen und Veränderungen im Aktivitätsniveau einhergehen (Dieckmann & Metzler 2013)
- Das Thema Sucht ist für die Zielgruppe wenig erforscht, hat jedoch im Kontext von Alkohol- und Nikotinkonsum eine große Bedeutung für das Risiko von kardiovaskulären sowie pulmonalen Erkrankungen (Dieckmann & Metzler 2013)
- Sucht unterscheidet sich unwesentlich zur Allgemeinbevölkerung, bedarf jedoch durch die kognitiven Voraussetzungen der Zielgruppe einer angepassten Aufklärung, um die persönliche, körperliche und mentale Sicherheit zu bewahren (Dieckmann & Metzler 2013)



Gesundheitssituation von Menschen mit geistiger Behinderung

- Zusammenfassung -

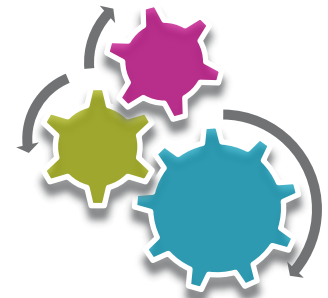
- Geringere Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen, komplexe therapeutische Anforderungen und zunehmende Multimedikalisierung sowie ein erschwerter Zugang zu Versorgungsleistungen (Spaett 2008; Mau et al. 2015; Dieckmann & Metzler 2013; Davies & Duff 2001; McGuire et al. 2007; Steffen & Blum 2012)
- Geringere Teilnahme an Gesundheitsvorsorgemaßnahmen wie Darm-Krebs- bzw. Prostatakrebs-Vorsorgeuntersuchungen (Chauhan et al. 2010; Osborn et al. 2012)
- Nur ein geringer Anteil der Frauen mit geistiger Behinderung nimmt gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch (Lewis et al. 2002)
- Menschen mit geistiger Behinderung werden seltener zu Mammographie-Screenings eingeladen (Lewis et al. 2002)
- Sie sind weniger über Selbstuntersuchungen aufgeklärt und entsprechende Aufklärungskampagnen für Vorsorgeuntersuchungen sind für sie oftmals weniger gut verständlich (Davies & Duff 2010)
- Zunahme von medikamentöser Therapie und Behandlungsdauer (Glaeske 2010) und hohe Raten von Polypharmazie mit der Beteiligung von Medikamenten, die auf das Zentrale Nervensystem wirken (Chitty et al. 2015)



Gesundheitssituation von Menschen mit geistiger Behinderung

- Zusammenfassung -

- Menschen mit geistiger Behinderung zeigen im Verhalten oftmals Auffälligkeiten, die eine Adaption des gängigen Behandlungsprozesses und zeitintensive Kommunikation erfordern (Minnes & Steiner 2009)
- In der gesundheitlichen Versorgung ergibt sich für die Zielgruppe ein Mehraufwand an Zeit, der aufgrund oftmals knapper Behandlungszeitfenster in den ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Institutionen nur schwer kompensiert werden kann und wird (Minnes & Steiner 2009; Steffen & Blum 2012)
- Es existiert eine begrenzte Anzahl spezialisierter und auf die Bedürfnisse von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung ausgerichtete Ärzte sowie Pflege- und Therapieeinrichtungen (insbesondere in den Bereichen Psychiatrie, Neurologie, Orthopädie und Gynäkologie) (Steffen & Blum 2012)
- Durch die überwiegend eingeschränkten verbalen Kommunikationsmöglichkeiten der Zielgruppe bedarf es aufseiten der Gesundheitsprofessionellen einer hohen zielgruppenspezifisch ausgerichteten Kommunikations- und Diagnosekompetenz (Mau et al. 2015), die nicht flächendeckend gegeben ist (Steffen & Blum 2012)



Hintergrund

- **Präventionsgesetz § 20a SGB V**
- Entwicklung von Art und Qualität krankenkassenübergreifender Leistungen, deren Implementierung und wissenschaftliche Evaluation

➤ Übergeordnetes Ziel:

- Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen
- Gezielte Stärkung der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten



Finanziert im Rahmen der Umsetzung
des § 20a SGB V

- **GKV-Bündnis für Gesundheit:**

Zielgruppe der Menschen mit Behinderung als vulnerable Bevölkerungsgruppe

Auftraggeber: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Ziel: Erfassung von Interventionsstrategien und deren Evidenz



Prävention	Gesundheitsförderung
<ul style="list-style-type: none">• Verhinderung und Abwendung von Gesundheitsschädigungen• Primäre Prävention alle Aktivitäten vor Eintritt einer manifesten Schädigung und zur Verhinderung und Verringerung eines personengebundenen Risikos• Handlungsfelder: Bewegung, Ernährung, Sucht und Stress	<ul style="list-style-type: none">• Ottawa-Charta: Selbstbestimmung, lebenslanges Lernen, Teilhabe und Mitbestimmung → Chancengleichheit• Verbesserung der individuellen gesundheitsrelevanten Fähigkeiten der Lebensbewältigung und Lebensbedingungen
Setting-Ansatz:	Verhaltens- und verhältnisbezogen
Individual-Ansatz:	Verhaltensbezogen

(Hurrelmann & Richter 2013; GKV-Spitzenverband 2014; WHO 1986)

Methodisches Vorgehen

- **Literatur- und Datenbankrecherche**

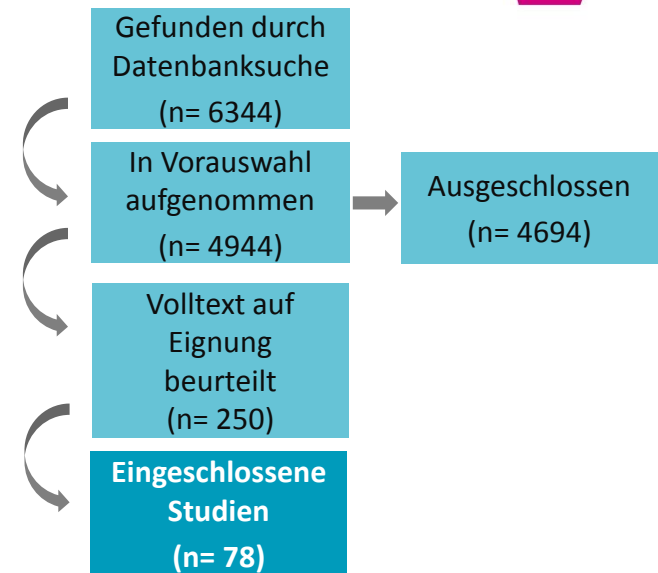
- Datenbanken: Pubmed, Cochrane, Cinahl, LIVIVO, Sowiport, PubPsych, Web of Science
- Studientyp: Metaanalysen, Systematic Reviews, Randomisierte kontrollierte Studien, Fallstudien, Beobachtungsstudien

- **Expertenworkshop**

Interdisziplinärer Austausch mit Vertreterinnen und Vertretern der Landesvertretung Selbsthilfe Körperbehinderter, der Gesundheitswissenschaften, der BZgA und der Fachhochschule Bielefeld

- **Sechs leitfadengestützte Experteninterviews**

Teilstrukturierte, telefonische Interviews mit Expertinnen und Experten von Institutionen, Verbänden und aus der Wissenschaft



Evidenzlevel und Empfehlungsgrad

Empfehlungsgrad		Erläuterungen
A	Hohe Evidenz Direkt anwendbar auf die Zielpopulation (Metaanalyse oder systematisches Review von RCTs, RCT)	Die wissenschaftliche Qualität der Studie ist so gut, dass die Ergebnisse der Studie auf die Zielpopulation übertragen werden können.
B	Mittlere Evidenz Direkt anwendbar auf die Zielpopulation ODER abgeleitet aus Level 1 und heruntergestuft (Kontrollierte quasi-experimentelle Studie, nicht-kontrollierte quasi-experimentelle Studie)	Die wissenschaftliche Qualität der Studie ist gut. Die Ergebnisse der Studie können mit Einschränkungen auf die Zielpopulation übertragen werden.
C	Niedrige Evidenz direkt anwendbar auf die Zielpopulation ODER abgeleitet aus Level 1 oder 2 und heruntergestuft (Nicht-experimentelle Studie)	Die wissenschaftliche Qualität der Studie reicht nur begrenzt aus, um die Ergebnisse auf die Zielpopulation übertragen zu können.
D	Keine ausreichende Evidenz direkt anwendbar auf die Zielpopulation ODER abgeleitet aus Level 1,2 oder 3 und heruntergestuft (Konsensuskonferenz, Expertenmeinung, Praxiserfahrung anerkannter Experten)	Eine direkte Empfehlung kann nicht abgeleitet werden.

(Grades of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation (Razum et al. 2016; Shekelle et al. 1999))

Studien nach Handlungsfeldern

Matrix (n= Anzahl Studien)

Art der Behinderung	Empfehlungs-grad	Kinder	Jugendliche	Erwachsene	Ältere Menschen
Geistige Behinderung	A				
	B				
	C				





● Interventionsstrategie A

■ Interventionsstrategie B

▲ Interventionsstrategie C

Studien vom Handlungsfeld „Bewegung“ (n= 31)

Art der Behinderung	Empfehlungs-grad	Kinder	Jugendliche	Erwachsene	Ältere Menschen
Geistige Behinderung	A				
	B				
	C				

-  Beratung, Information (Edukativ)
-  Fitness- und Bewegungsübungen
-  Kombination aus edukativen Maßnahmen und Bewegungsübungen
-  Setting-Ansatz

Erkenntnisse für das Handlungsfeld „Bewegung“

- Bewegungsförderliche Interventionen verbessern die körperliche Fitness (z.B. Muskelstärke, Gehfähigkeit) und Bewegungsverhalten in der Freizeit/ im Alltag.
- Längerfristige Effekte zugunsten einer bewegungsförderlichen Lebensweise werden erwartet, wenn die Intensität an körperlicher Aktivität gesteigert und sitzende Tätigkeiten im Alltag reduziert werden.
- Eine Kombination aus edukativen Interventionsstrategien und Bewegungsübungen wirkt sich besonders positiv auf die Bewegungsgewohnheiten aus.
- Motivationsfördernde Strategien in edukativen Interventionen unterstützen bewegungsförderliches Verhalten (z. B. unterschiedliche Sportarten, mediale Unterstützung).
- Bewegungsförderliches Verhalten kann effizient gefördert werden und zu nachhaltigen Effekten führen, wenn es von allen Bezugspersonen in den Alltag der Zielgruppe routiniert integriert wird.

Studien vom Handlungsfeld „Ernährung“ (n= 19)

Art der Behinderung	Empfehlungs-grad	Kinder	Jugendliche	Erwachsene	Ältere Menschen
Geistige Behinderung	A		■	▲	
	B			● ● ■ ■ ■ ■	
	C			● ● ● ● ● ● ■ ■ ■ ▲ ▲	

- Edukative Beratungsprogramme (Verbesserung Ernährungsgewohnheiten)
- Gewichtsmanagement
- ▲ Setting-bezogener Ansatz

Erkenntnisse für das Handlungsfeld „Ernährung“

- Ernährungsbezogene Interventionen verbessern eine Gewichtskorrektur, reduzieren den BMI und das Körperfett und erhöhen das Wissen über gesundheitsförderliche Ernährungsweisen sowie die Aufnahme von gesunden Nahrungsmitteln.
- Ein gesundes Ernährungsverhalten wird durch edukative Beratungsprogramme verbessert.
- Das Wissen über gesunde Lebensmittel, die Beschaffung und die gesunde Zubereitung unterstützt die Verhaltensänderung.
- Für ein gelungenes Gewichtsmanagement ist eine Kombination aus gesundem Ernährungsverhalten und Bewegungsförderung effektiv.
- Gruppenformate bekräftigen die Motivation des Einzelnen.
- Mediale Unterstützungssysteme und Ernährungstagebücher können prozessbegleitend das Nahrungsverhalten optimieren.
- Das Setting Schule und der Einbezug von Eltern unterstützt Kinder mit Behinderungen in einer gesunden Lebensweise.

Studien vom Handlungsfeld „Stress“ (n= 2)

Art der Behinderung	Empfehlungs-grad	Kinder	Jugendliche	Erwachsene	Ältere Menschen
Geistige Behinderung	A				
	B				
	C			● ●	

● Interventionen zum Stressmanagement

Erkenntnisse für das Handlungsfeld „Stressmanagement“

- Durch Stressmanagement-Programme reduziert sich der wahrgenommene Stress in der Selbsteinschätzung der Beteiligten.
- Der Umgang mit Stress ist ganzheitlich zu betrachten und bezieht sich auf unterschiedliche Themenbereiche der Gesundheitsförderung (z.B. körperlichen Aktivität, Ernährung, Kommunikation, Angst und Suchtmittelkonsum).
- Edukative Interventionsstrategien wirken sich verhaltensändernd und positiv auf den Umgang mit Stress aus
 - Kommunikations- und Motivationsstrategien anwenden
 - Wissen, Fähigkeiten und Selbstvertrauen stärken
 - Selbstreflexionsfähigkeiten und Problemlösefähigkeiten fördern.
- Gruppenformate sind besonders effektiv, um Selbstreflexionsfähigkeiten und Problemlösefähigkeiten jedes Einzelnen zu stärken.
- Eine prozessbegleitende Unterstützung z. B. durch Telefongespräche fördert die Kontinuität bei der Verhaltensänderung im Umgang mit Stress.

Studien vom Handlungsfeld „Sucht“ (n= 3)

Art der Behinderung	Empfehlungs-grad	Kinder	Jugendliche	Erwachsene	Ältere Menschen
Geistige Behinderung	A				
	B			● ●	
	C			●	




● Interventionen zum Thema Alkohol und Nikotin

Erkenntnisse für das Handlungsfeld „Sucht“

- Durch Interventionen zur Verhaltenseinstellung und -änderung erhöht sich das Wissen über den Suchtmittelkonsum und die Bereitschaft zu einem veränderten Suchtverhalten mit Alkohol und Nikotin.
- Neben den Themen Nikotin und Alkohol nimmt das Thema Medien bei Kindern und Jugendlichen eine große Bedeutung ein.
- Die Stärkung der Wissenskompetenz über eine gesunde Lebensführung, über die Wirkung, Nebenwirkung sowie die Risiken von Suchtmitteln ist besonders wirksam für eine nachhaltige Verhaltensänderung.
- Kommunikationsstrategien z. B. Selbstwirksamkeit stärken, individuelle Ziele setzen, Entscheidungen treffen, Verantwortung für den eigenen Lebensstil übernehmen unterstützen den Prozess der Verhaltensänderung.

Studien der Zieldimension „Gesundheitsförderung“ (n= 21)

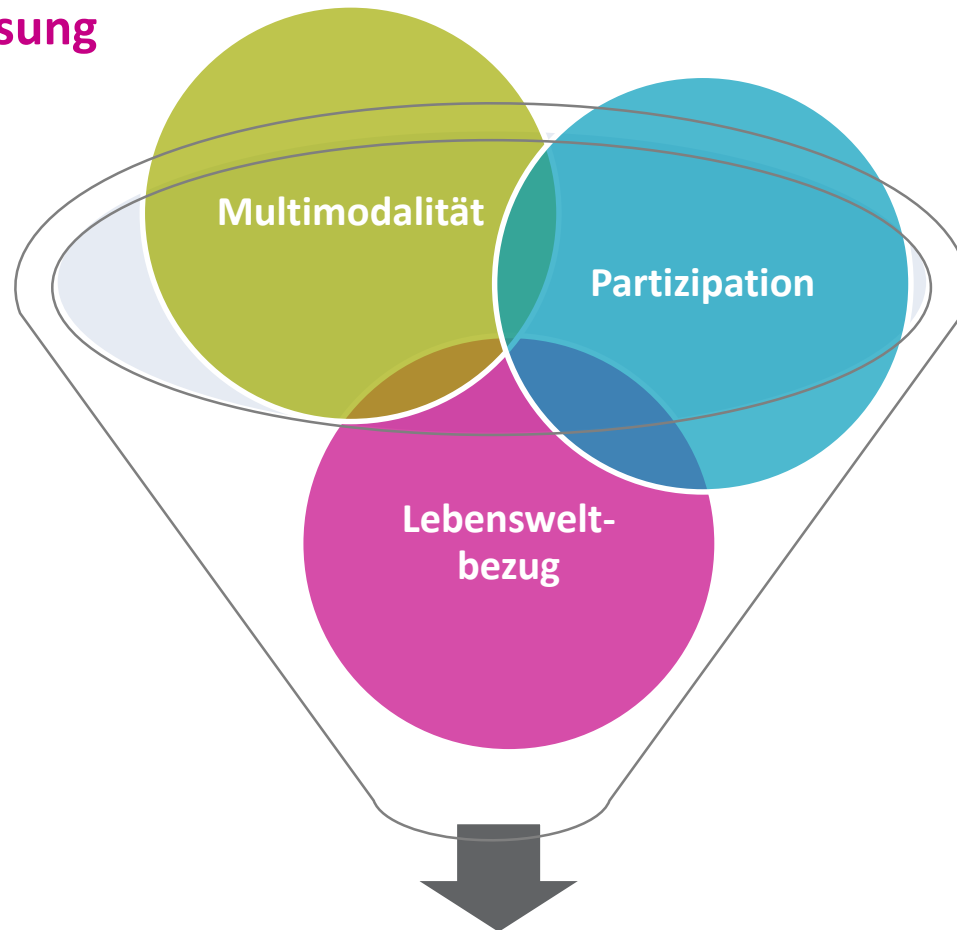
Art der Behinderung	Empfehlungs-grad	Kinder	Jugendliche	Erwachsene	Ältere Menschen
Geistige Behinderung	A				
	B				
	C				

-  Gesundheitskompetenz
-  Widerstandsressourcen
-  Selbstwirksamkeit

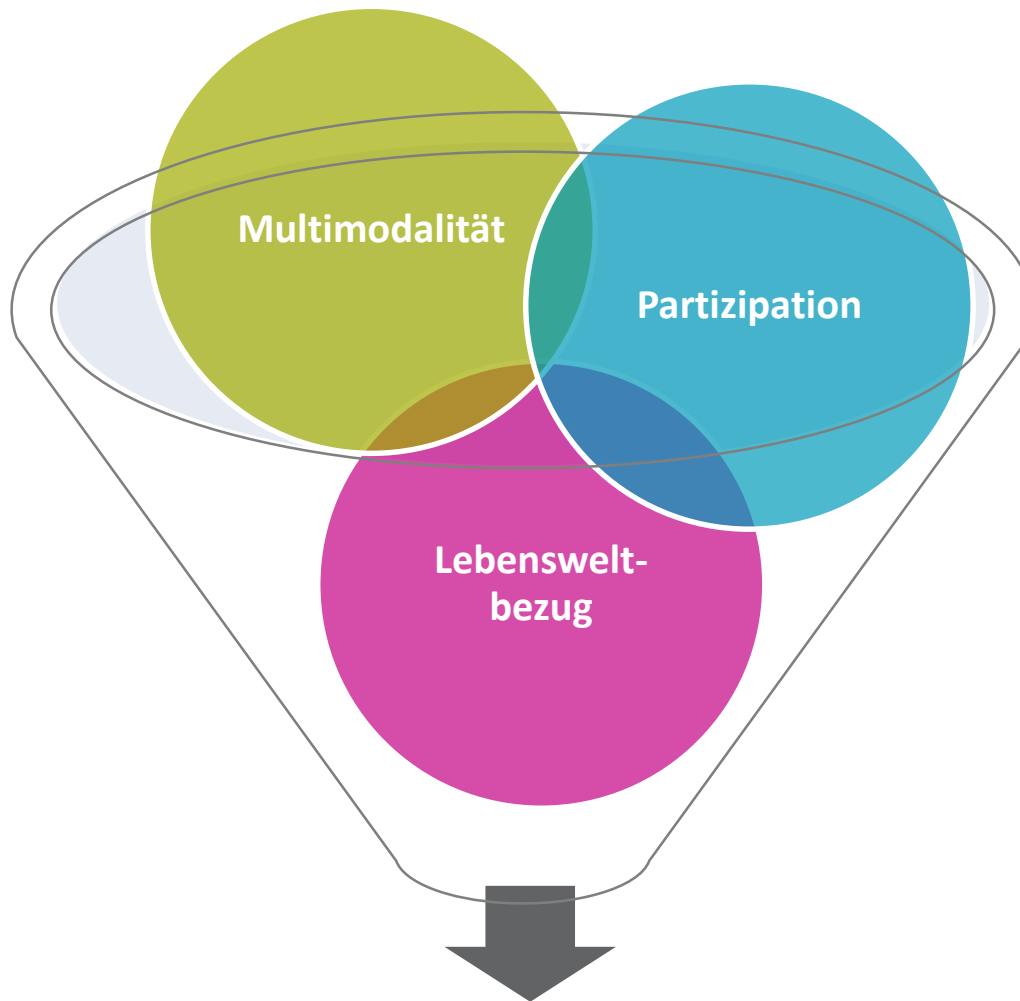
Erkenntnisse für die Zieldimensionen „Gesundheitsförderung“

- Die Förderung von Gesundheitskompetenz, Selbstwirksamkeit und Widerstandsressourcen sind grundlegend und wirken sich effektiv auf eine Verhaltensänderung aus.
- Gesundheitskompetenz: Verbesserungen der eigenen Gesundheitswahrnehmung und -verantwortung und dem Wissen über körperliche Aktivitäten, Ernährung, Organsysteme und Stress.
- Selbstwirksamkeit: Verbesserungen der Selbstwirksamkeit im Allgemeinen oder in verschiedenen Zusammenhängen z.B. mit sportlicher Betätigung oder gesundem Essverhalten.
- Widerstandsressourcen: Verbesserungen der geistigen Gesundheit z.B. Angst, soziale Funktionsfähigkeit, Bereitschaft Hilfe einzufordern, Zielorientierung, Vertrauen in andere Personen, Selbstvertretung, eigene Gesundheitswahrnehmung, körperliche und emotionale Rollenfunktion.

Zusammenfassung

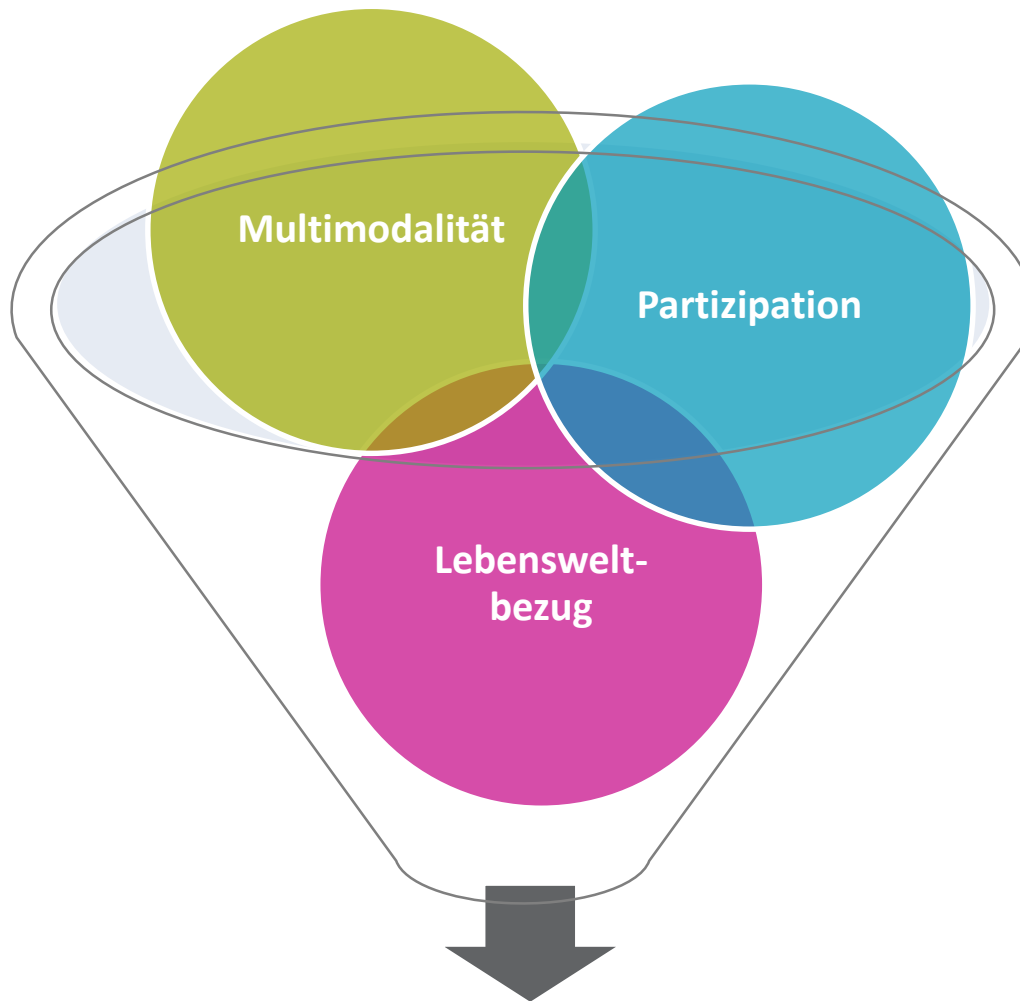


Wirksame Interventionsansätze von Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Menschen mit geistiger Behinderung



- Individuelle Ressourcen
- Alters- und behinderungsbedingte Bedarfe und Bedürfnisse
- Gesundheitsverhalten
- Gesundheitskompetenz

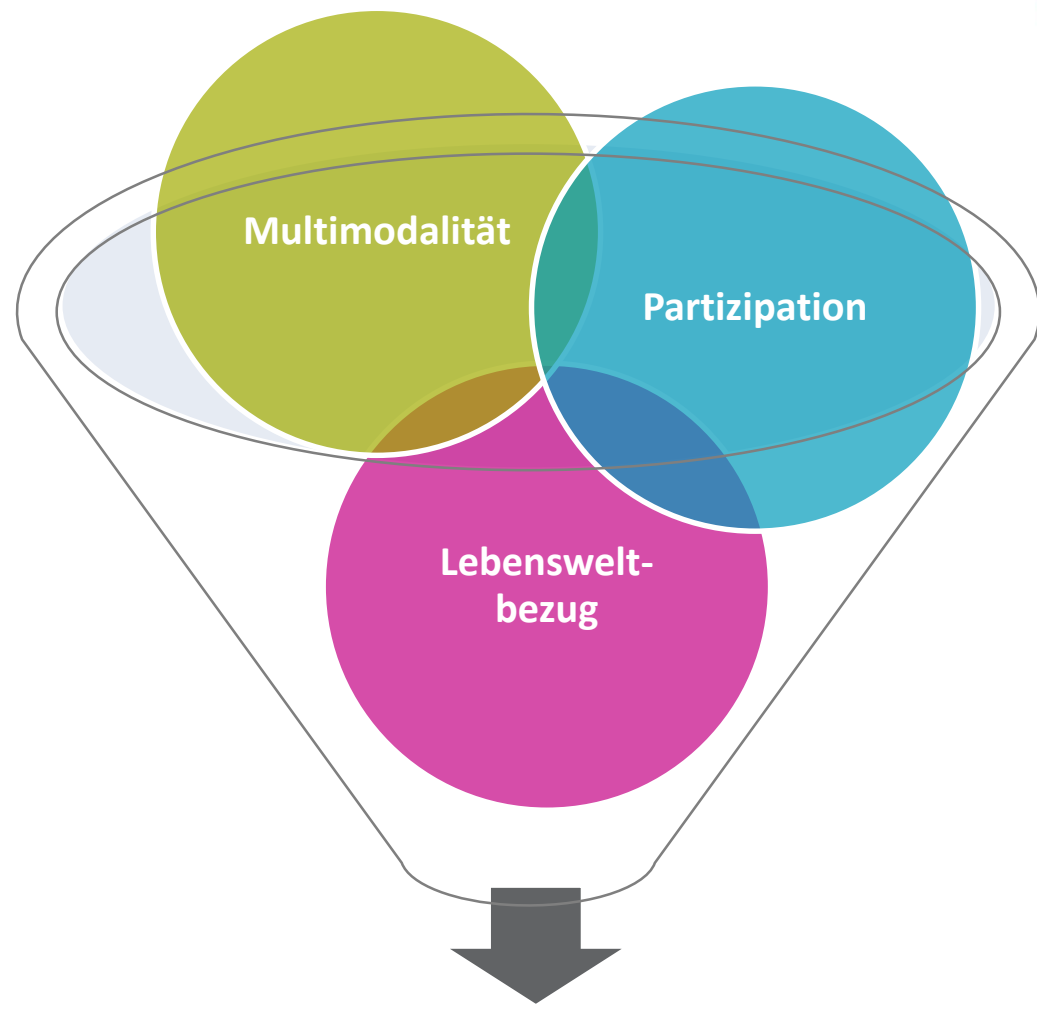
Determinanten für wirksame Interventionsansätze von Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Menschen mit geistiger Behinderung



- **Integration in alltägliche Routinen**
- **Netzwerke, Integration von Angehörige und Betreuer**
- **Setting-Ansatz**
- **Barrierefreiheit**

Determinanten für wirksame Interventionsansätze von Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Menschen mit geistiger Behinderung

- **Kommunikation**
- **Kontinuität,
Wiederholung,
Instruktionen**
- **Mediale Unterstützung,
Feedbacksysteme**
- **Peer groups**



**Determinanten für wirksame Interventionsansätze von
Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Menschen mit
geistiger Behinderung**

Beitrag der Wissenschaft zur Wirksamkeit

- Präventions- und Gesundheitsförderungsansätze, die sich sowohl auf die Verhaltensänderung des Einzelnen als auch auf die gesundheitsförderliche Einflussnahme auf die Lebensbedingungen beziehen, tragen nachhaltig zur Verbesserung der Gesundheitssituation bei.
- Zielgruppenspezifische, individualisierte Konzepte, die die alters- und behinderungsbedingten Bedarfe der Menschen aufnehmen sind besonders wirksam.
- Prävention und Gesundheitsförderung ist ein gesamtgesellschaftliches Anliegen: Ansätze, die die soziale Integration der Zielgruppe fördern und den sozialen Kontext integrieren sind besonders wirksam.
- Eine Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensführung bedarf längerer Interventionszeiträume und kontinuierlicher Begleitung.
- Prävention und Gesundheitsförderung sind interprofessionelle Anliegen und bedürfen struktureller sowie organisatorischer Strategien auf Community-Ebene.

Diskussionsfragen

- Gibt es aus Ihrer Sicht Prävention und Gesundheitsförderung nur in der Theorie oder finden Sie wirksame Konzepte auch in der Praxis?
- Laut Gesetz erfolgt Prävention primär in 4 Handlungsfeldern: Bewegung, Ernährung, Sucht, Stressmanagement. Gibt es aus Ihrer Perspektive weitere/andere Handlungsfelder, die Sie für die Zielgruppe als besonders wichtig erachten?
- Welche Bereiche der Gesundheit bedürfen aus Ihrer Sicht in unterschiedlichen Lebensphasen besonderer Beachtung (Kinder, Jugendliche, Erwachsene, ältere Menschen)?
- In welchen Lebenswelten (Schule, Beruf, Wohnbereiche, Versorgungseinrichtungen, etc.) müssten präventive und gesundheitsförderliche Maßnahmen für Menschen mit geistiger Behinderung ausgebaut werden?
- Wie müssten Zugangswege und/ oder Rahmenbedingungen gestaltet sein, um Menschen mit geistiger Behinderung zu erreichen (Setting-Ansatz)?
- Wie sind allgemein gesundheitsfördernde und primärpräventive Ansätze für die Gesamtbevölkerung hinsichtlich ihrer Effekte auf die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung zu beurteilen?

Literatur

- American College of Sports Medicine (2009). Progression models in resistance training for healthy adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 41, 687-708.
- Barnes, T. L.; Howie, E. K.; McDermott, S. & Mann, J. R. (2013). Physical activity in a large sample of adults with intellectual disabilities. In: *Journal of Physical Activity and Health*, 10, 1048–56.
- Bergström, H.; Hagstromer, M.; Hagberg, J. & Elinder, L. (2013). A multi-component universal intervention to improve diet and physical activity among adults with intellectual disabilities in community residences: a cluster randomised controlled trial. In: *Research in developmental disabilities* 34 (11), S. 3847–3857.
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (2016). Sozialgesetzbuch (SGB) Neuntes Buch (IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. (geändert 23.12.2016) https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/SGB_IX.pdf
- Chauhan, U., Kontopantelis, E. & Campbell, S. (2010). Health checks in primary care for adults with intellectual disabilities: how extensive should they be?. *J Intellect Disability Res* (54), 479-486.
- Chitty, K. M., Evans, E., Torr, J. J., Iacono, T., Brodaty, H., Trollor, P. S. & Trollor, J. N. (2015). Central nervous system medication use in older adults with intellectual disability: Results from the successful ageing in intellectual disability study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50 (4), 352-362.
- Curtin, C., Bandini, L. G., Must, A., Gleason, J., Lividini, K., Phillips, S. et al. (2013). Parent support improves weight loss in adolescents and young adults with down syndrome. In: *J PEDIATR* 163 (5), S. 1402-1408.
- Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) vom 17. Juli 2015. In: *Bundesgesetzblatt Jahrgang 2015 Teil I Nr. 31. S. 1368-1379*. Bonn: Bundesanzeiger Verlag.
- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2014). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014. Berlin. https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/publikationen/Leitfaden_Praevention-2014_barrierefrei.pdf
- Davies, N. & Duff, M. (2001). Breast cancer screening for older women with intellectual disability living in community group homes. *J Intellect Disabil Res* (45), 253-257.

Literatur

- Dieckmann, F. & Metzler, H. (2013). Alter erleben – Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg.
- Ding-Greiner, C. & Kruse, A. (2000). Betreuung und Pflege geistig behinderter und chronisch psychisch kranker Menschen im Alter. Beiträge aus der Praxis. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gittins, D. & Rose, N. (2007). An audit of adults with profound and multiple learning disabilities within a West Midlands Community Health Trust – implications for service development. In: British Journal of Learning Disabilities, 36, 38-47.
- Glaeske, G. (2010). Kosten senken an oder mit Arzneimitteln. Für mehr Rationalität und Effizienz in der Therapie mit Medikamenten. Der Internist, 51 (8), 1057-1063.
- Hasseler, M. (2014). Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung. In: Deutsche medizinische Wochenschrift, 139(40), 2030-2034.
- Haveman, M. & Stöppler, R. (2014). Gesundheit und Krankheit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart: Verlag Kohlhammer.
- HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in eight EU member states. The European Health Literacy survey HLS-EU (second revised and extended version). Verfügbar unter: http://lbihr.lbg.ac.at.w8.netzwerk.com/sites/files/lbihpr/attachments/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf
- Hsieh, K., Rimmer, J. H. & Heller, T. (2014). Obesity and associated factors in adults with intellectual disability. In: Journal of Intellectual Disability Research, 58(9), 851-863.
- Hubbard, K. L., Bandini, L. G., Folta, S. C., Wansink, B., Eliasziw, M., Must, A. (2015). Impact of a Smarter Lunchroom intervention on food selection and consumption among adolescents and young adults with intellectual and developmental disabilities in a residential school setting. In: Public health nutrition 18 (2), S. 361–371.
- Huitema Lilliecreutz, E., Andersson, G. & Samuelsson, K. (2014). Lifestyle changes with help from Health Profile Assessment in combination with support in individual interventions for persons with acquired brain injury - A pilot study. In: EUR J PHYSIOTHER 16 (3), S. 151–158.

Literatur

- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2013). Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. 8. Auflage. Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- Lewis, M. A., Lewis, C. E., Leake, B., King, B. K. & Lindemann, R. (2002). The Quality of Health Care for Adults with Developmental Disabilities. *Public Health Reports* (17), 174-184.
- Mau, V., Grimmer, A., Poppele, G., Felchner, A., Elstner, S. & Martin, P. (2015). Geistig oder mehrfach behinderte Erwachsene: Bessere Versorgung möglich. In: *Deutsches Ärzteblatt* (112), 47, 1980-1985.
- Mayer, H. (2015). *Pflegeforschung anwenden – Elemente und Basiswissen für Studium und Wissenschaft*. 4. Aufl., Facultas: Wien.
- McGuire, B. E., Daly, P. & Smyth, F. (2007). Lifestyle and health behaviours of adults with an intellectual disability. *J Intellect Disabil Res* (51), 497-510.
- Minnes, P. & Steiner, K. (2009). Parent views on enhancing the quality of health care for their children with fragile X syndrome, autism or Down syndrome. *Child: care, health and development*, (35) 2, 250-256.
- Osborn, D. P. J., Horsfall, L. & Hassiotis, A. (2012). Access to Cancer Screening in People with Learning Disabilities in the UK: Cohort Study in the Health Improvement Network, a Primary Care Research Database. *PLOS one* 7 (08), 4381-43841.
- Razum, O., Breckenkamp, J. & Brozka, P. (2016). Epidemiologische Verfahren in den Gesundheitswissenschaften. In: K. Hurrelmann & O. Razum (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 6. Auflage. (S. 275-321). Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- Rimmer, J. H., Yamaki, K., Davis, B. M., Wang, E. & Vogel, L. C. (2011). Obesity and Overweight Prevalence Among Adolescents With Disabilities. In: *Preventing Chronic Disease*, 8(2), A41.
- Robert Koch-Institut (2005). *Körperliche Aktivität*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Shekelle, P. G., Woolf, S. H., Eccles, M., Grimshaw, J. (1999). Developing guidelines. In: *British Medical Journal* 318 (7183), S. 593-596.
- Spaett, T. (2008). *Alter, Krankheit und geistige Behinderung. Hilfebedarf geistig behinderter Menschen in Werkstätten und anderen tagesstrukturierenden Einrichtungen*. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.

Literatur

- Statistisches Bundesamt (2015). 7,6 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland. Pressemitteilung vom 24. Oktober 2016 – 381/16.
https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/10/PD16_381_227pdf.pdf?__blob=publicationFile
- Steffen, P. & Blum, K. (2012). Defizite in der Versorgung. Deutsches Ärzteblatt (109), 17: 860-862.
- Van Schrojenstein Lantman-De Valk, H. M., Metsemakers, J. F., Haveman, M. J. & Crebolder, H. F. (2000). Health problems in people with intellectual disability in general practice: a comparative study. In: Fam Practice 17 (5), S. 405-7.
- WHO (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- WHO (2003). Health and development through physical activity and sport. Geneva, Switzerland.
- WHO (2009). Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. Geneva, Switzerland.
- WHO (2005). ICF als Klassifikation der Komponenten von Gesundheit. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/>
- WHO (2010). Global recommendations on physical activity for health. Geneva, Switzerland.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt

Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck

Fachhochschule Bielefeld
Fachbereich Wirtschaft und Gesundheit
Lehreinheit Pflege und Gesundheit
Interaktion 1
33619 Bielefeld

Telefon: 0521-106 7424

aenne-doerte.latteck@fh-bielefeld.de