

Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Prof. Dr. Miriam Tariba Richter Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Förderkennzeichen:	01NVF20007
Akronym:	FaPP-MgB
Projekttitel:	Fallmanagement und Pflegeexpertise als Präventionsansatz für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung
Autorinnen und Autoren:	Richter, Miriam Tariba; Latteck, Änne-Dörte; Offermanns, Matthias; Pohler, Birgit; Schniering, Stefanie; Nadolny, Stephan; Gemes, Kerstin; Afroukhte, Dariusch; Weiler-David, Heike; Lo Bianco, Sandra; Parloh, Ann Katrin; Hebbelmann, Anja; Khan, Pia & Wilharm, Katharina.
Förderzeitraum:	01.01.2022 - 31.03.2025
Ansprechperson:	Prof. Dr. Miriam Tariba Richter Tel.-Nr.: 040 219 04-1588 E-Mail: miriamtariba.richter@haw-hamburg.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundeliegende Projekt FaPP-MgB wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01NVF20007 gefördert.

Zusammenfassung

Hintergrund: Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung stellen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine vulnerable und gesundheitlich ungleich versorgte Gruppe dar. Gleichzeitig besteht aus unterschiedlichen Gründen ein schlechterer Zugang zur Gesundheitsversorgung. Zahlreiche Beeinträchtigungen und Erkrankungen treten daher häufiger und früher auf, so haben sie ein erhöhtes Risiko für chronische Erkrankungen, wie z. B. Diabetes, Epilepsie oder Asthma. Sie erhalten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung seltener Interventionen der Gesundheitsförderung und Prävention.

Methodik: Zur Verbesserung des Zugangs von Menschen mit geistiger Behinderung zur Gesundheitsförderung und Prävention wurde ein Fallmanagement durch Pflege- und Gesundheitsexpert*innen entwickelt, erprobt und evaluiert. Die Evaluation erfolgte mittels eines parallelen Mixed-Methods Designs mit mehreren Bausteinen. Zur Evaluation der Effektivität wurde eine randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie (RCT) an drei Messzeitpunkten durchgeführt (t0, t1 und t2), um die Auswirkungen der neuen Versorgungsform auf den Gesundheitszustand der Teilnehmenden nach 12 Monaten (primäres Outcome), nach 6 Monaten, sowie deren Resilienz und gesundheitsbezogene Lebensqualität (sekundäre Outcomes) zu untersuchen. Die Datenanalyse erfolgte via einer Kovarianzanalyse (ANCOVA). Eine Prozessevaluation wurde mit einer standardisierten Querschnittsbefragung sowie einer Dokumentenanalyse der Versorgungsdokumentation hinsichtlich der Durchführbarkeit, Effektivität und Veränderungsprozesse ausgeführt. Zusätzlich wurden qualitative leitfadengestützte Interviews mit verschiedenen Stakeholdern, eine gesundheitsökonomische Evaluation sowie partizipative Forschung umgesetzt.

Ergebnisse: Für die RCT konnten N=214 Teilnehmende rekrutiert werden, von denen zu t2 N=167 verblieben (Dropout-Rate 17,3 %). Im Gesundheitsstatus (t2) wurde eine relevante Mittelwertsdifferenz von -4,58 Punkten zugunsten der Interventionsgruppe ($p=0,009$) erzielt. Die Effektstärke lag bei $\eta^2=0,041$. Für die sekundären Outcomes bestanden keine relevanten Mittelwertsdifferenzen, die über zufällige Effekte hinausgingen. In der Querschnittserhebung wurde die neue Versorgungsform von den Teilnehmenden positiv bewertet (Schulnote 1,57), Bezugspersonen bewerteten die neue Versorgungsform als eher positiv (Schulnote 2,7). Die Dokumentenanalyse wies deutliche Abweichungen zwischen der Planung und Umsetzung der Präventionsmaßnahmen auf. Die qualitative Evaluation zeigte, dass die Teilnehmenden mit der Intervention insgesamt zufrieden waren. Die interviewten Personen berichteten von wahrgenommenen Verbesserungen des Gesundheitsverhaltens der Teilnehmenden.

Diskussion: Die Intervention verbesserte den Gesundheitszustand der Zielgruppe nach zwölf Monaten, während die Resilienz und die gesundheitsbezogene Lebensqualität unverändert blieben. Die Ergebnisse verdeutlichen die Bedeutung von personenzentrierten Ansätzen und die benötigte Unterstützung durch das Umfeld sowie das Potenzial von Fallmanagement und erweiterter Pflegeexpertise zur Verbesserung der Versorgung dieser Zielgruppe.

Schlagworte: Menschen mit geistiger Behinderung, Gesundheitsförderung, Prävention, Pflegeexpertise, Advanced Practice Nursing, Fallmanagement, randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie, Prozessevaluation.

Inhaltsverzeichnis

I	Abkürzungsverzeichnis	4
II	Abbildungsverzeichnis	4
III	Tabellenverzeichnis	4
1	Projektziele	6
1.1	Hintergrund	6
1.2	Ziele und Fragestellungen.....	8
2	Projektdurchführung	10
2.1	Projektbeteiligte	10
2.2	Beschreibung/ Darstellung des Projekts.....	15
2.3	Beschreibung Ablauf des Projekts	29
2.4	Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen	35
2.5	Rechtsgrundlage	36
3	Methodik	38
3.1	Bausteine der Evaluation	38
3.2	Datenerhebung und Erhebungsinstrumente.....	42
3.3	Datenauswertung	45
4	Projektergebnisse.....	46
4.1	Randomisiert-kontrollierte Studie	46
4.2	Standardisierte Querschnittsbefragung	51
4.3	Dokumentenanalyse	53
4.4	Qualitative Evaluation	54
4.5	Inklusive Forschung	56
4.6	Gesundheitsökonomische Evaluation	57
5	Diskussion der Projektergebnisse	58
6	Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung.....	61
7	Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen	63
IV	Literaturverzeichnis	69
V	Anlagen.....	73

I Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ANCOVA	Kovarianzanalyse
APN	Advanced Practice Nursing bzw. Advanced Practice Nurses
BKK	Betriebskrankenkassen
DKI	Deutsches Krankenhausinstitut
DSGVO	Datenschutz-Grundverordnung
EKA	Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf
ESA	Evangelische Stiftung Alsterdorf
EQ5D	European Quality of Life 5 Dimensions
FaPP-MgB	Fallmanagement und Pflegeexpertise als Präventionsansatz für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HAW	Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
HSBI	Hochschule Bielefeld
IA	Innovationsausschuss
ICER/IKER	Inkrementelle Kosteneffektivitätsrelation
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme Version 10
RCT	Randomized controlled trial (randomisiert-kontrollierte Studie)
RS	Resilienzskala
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
SGB XI	Elftes Buch Sozialgesetzbuch
WHODAS	World Health Organization Disability Assessment Schedule

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Präventionsplan (Darstellung Sophie Santos)	19
Abbildung 2: Module und zugehörige Veranstaltungen des Schulungscurriculums (Schniering, Hampel et al. unveröffentlicht).....	32
Abbildung 3: Conceptual Framework (Schniering, Nadolny et al., unveröffentlicht).....	34
Abbildung 4: Evaluationsbausteine und Zeitschiene (eigene Darstellung)	38

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Output-Kriterien	10
Tabelle 2: Übersicht Konsortialpartner	11
Tabelle 3: Übersicht Kooperationspartner.....	12
Tabelle 4: Grobe Projektstruktur	13
Tabelle 5: Teilleistungen der Intervention	20
Tabelle 6: Qualifikationen der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen	29
Tabelle 7: Übersicht der Outcomes, Instrumente und Messzeitpunkte der RCT	43
Tabelle 8: Erhebungsinstrumente der standardisierten Querschnittserhebung.....	43

Tabelle 9: Baseline-Daten.....	47
Tabelle 10: Outcome-Daten t1 und t2	49
Tabelle 11: Kosten pro Teilnehmenden Interventionsgruppe	57
Tabelle 12: Kosten pro Teilnehmenden Kontrollgruppe.....	57

1 Projektziele

Mit dem vorliegenden Ergebnisbericht werden die zentralen Ergebnisse aus dem Interventionsprojekt "Fallmanagement und Pflegeexpertise als Präventionsansatz für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung" (FaPP-MgB) zur Entwicklung und Erprobung eines Fallmanagements mit Pflege- und Gesundheitsexpertise zur Prävention für Menschen mit geistiger Behinderung dargestellt. Der Bericht beschreibt den Verlauf der Durchführung und Rahmung der Intervention sowie die Erfahrungen der beteiligten Akteur*innen und fasst die wichtigsten quantitativen und qualitativen Erkenntnisse zusammen.

Der Ergebnisbericht fokussiert die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung. Die Formulierung "geistige Behinderung" in diesem Bericht folgt der Definition im Sozialgesetzbuch IX §2 Abs. 1. Der Begriff ist dennoch hoch umstritten und wird im sozialen Modell von Behinderung (z. B. ICF) sowie der UN-BRK als relational und sozial konstruiert verstanden. Alternativ gibt es die Verwendung der Bezeichnung „Menschen mit geistiger Be_hinderung“. Der hierbei verwendete „ability gap“ integriert mit dem Unterstrich die soziale Konstruktion von Be_hinderung (Köbsell, 2016). Der Selbsthilfeverein „Mensch zuerst“ lehnt den Begriff Behinderung generell als diskriminierend ab und plädiert für den Begriff „Menschen mit Lernschwierigkeiten“, um die Reduktion auf eine Beeinträchtigung zu vermeiden (Mensch zuerst, o. J.) und auf die Bedeutung struktureller Barrieren für Benachteiligung und eingeschränkte Teilhabe hinzuweisen (Bundesvereinigung Lebenshilfe, o. J.; Deutsches Institut für Menschenrechte, 2023; Fuchs et al., 2020). Zusätzlich gibt es Empfehlungen den Begriff "Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung" zu verwenden, unter Bezugnahme auf die Empfehlungen des Behindertenbeauftragten Jürgen Dusel (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, 2024). Es zeigt sich hiermit, dass es unterschiedliche Perspektiven auf den Begriff wie auch Diskussionsstränge gibt, die noch nicht abgeschlossen sind.

1.1 Hintergrund

Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine vulnerable und gesundheitlich ungleich versorgte Gruppe. Eine geringe Gesundheitskompetenz aufgrund verminderter kognitiver Leistungsfähigkeit und vermindertes Wissen über eine gesunde Lebensführung sowie ein Gesundheitssystem, dass wenig auf die spezifischen Bedarfe der Betroffenen ausgerichtet ist, führen zu einer erhöhten Gefährdung der Zielgruppe (Hasseler, 2014). Zahlreiche Beeinträchtigungen und Erkrankungen treten daher häufiger und früher auf (Latteck & Weber, 2015). Körperliche Aktivitäten sind im Vergleich seltener, z. B. ca. 85 % der Zielgruppe verbringt ihre Freizeit sitzend (Lynch et al., 2022; Barnes et al., 2013). Durch die wenigen körperlichen Aktivitäten, geringe kardiovaskuläre Fitness und ungesunde Ernährungsgewohnheiten ist die Zielgruppe häufiger u.a. von Adipositas sowie Mangel- und Fehlernährung betroffen, die im Verlauf zu chronischen Erkrankungen (z. B. kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus) führen können (Hsieh et al., 2014).

Beim Thema Stressbewältigung ist die Prävalenz von psychischen Erscheinungsbildern bei der Zielgruppe höher als in der Allgemeinbevölkerung. Erstere erlebt soziale Interaktionen häufiger stressbeladen, was z. B. mit Essstörungen und geringerer Aktivität einhergehen kann (Dieckmann & Metzler, 2013). Das Thema Sucht ist für die Zielgruppe wenig erforscht (Latteck & Backhaus, 2017), jedoch bezogen auf den Alkohol- und Nikotinkonsum als Risiko für chronische Erkrankungen bedeutsam. Zwar unterscheidet sich das Risiko der Zielgruppe unwesentlich, muss aber hinsichtlich der kognitiven Voraussetzungen der Zielgruppe, z. B. für die Aufklärung, angepasst werden (Kerr et al., 2013). Aus den besonderen Gesundheitsproblemen und Erkrankungsrisiken resultieren spezifische Herausforderungen und hohe Anforderungen an gesundheitsbezogene Behandlungs- und Versorgungsprozesse, insbesondere für die Prävention (Latteck & Backhaus, 2017). Aufgrund der kognitiven Einschränkungen besteht ein hoher zeitlicher Ressourcenbedarf für im Gesundheitswesen Tätige bei der Prävention der Zielgruppe der durch knappe Behandlungszeiten – etwa im ärztlichen Bereich – bedingt ist und kaum im derzeitigen Vergütungssystem Berücksichtigung findet. Hinzu kommen eine begrenzte Anzahl spezialisierter und für die Bedürfnisse der Zielgruppe qualifizierter Akteur*innen in der Gesundheitsversorgung (Steffen & Blum, 2012). Hochgradige Arbeitsteilung, leistungsrechtliche Zersplitterung und fehlende Zuständigkeiten in der Versorgung führen zu Versorgungsbrüchen. Daraus ergeben sich spezifische Anforderungen an eine präventive und zielgruppenspezifische Versorgung.

Die oben beschriebenen spezifischen Gesundheitsprobleme und Erkrankungsrisiken stellen besondere Herausforderungen an die gesundheitliche Versorgung und erfordern gezielte Präventions- und Behandlungsstrategien (Latteck, 2017). Genau hier setzt das Projekt FaPP-MgB an. Das GKV-Bündnis für Gesundheit hat Menschen mit Behinderung explizit als vulnerable Bevölkerungsgruppe aufgenommen, um zielgruppenspezifische Ansätze der Prävention nachhaltig zu implementieren, zu erproben und zu evaluieren. Daher werden nach dem Präventionsgesetz (2015) im Projekt FaPP-MgB die vier Handlungsfelder der Prävention Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Sucht aufgegriffen, die sich wechselseitig beeinflussen und sich sowohl auf individuelle verhaltens- wie auch auf verhältnispräventive (z. B. lebensweltbezogene) Ansätze beziehen. Im Rahmen des Projekts FaPP-MgB wurde eine innovative, neue Versorgungsform erprobt, die auf spezifisches Fallmanagement und spezialisierte Pflegeexpertise setzt. Dabei sollten hochqualifizierte Pflegeexpert*innen die Steuerung und Begleitung präventiver Maßnahmen in den vier Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Sucht übernehmen, welche vorzugsweise auf Masterniveau im Sinne von „Advanced Practice Nursing“ (APN) agieren. Der Ansatz von Prävention durch spezifisches Fallmanagement und spezialisierte Pflegeexpertise ist dann indiziert, wenn Versorgungssysteme auf komplexe Bedarfssituationen und Lebenssituationen der Adressat*innen nicht ausgerichtet sind und diese nachhaltig in ihrer Gesundheit gestärkt werden sollen. Da aufgrund von Umsetzungsschwierigkeiten anstatt der ursprünglich geplanten Pflegeexpertise eine Pflege- und Gesundheitsexpertise umgesetzt wurde, wird in diesem Bericht jenseits der Planung von "Pflege- und Gesundheitsexpert*innen" gesprochen. Per Qualifikation verfügen Pflegeexpert*innen über umfangreiche klinische, interpersonelle und methodische Kompetenzen für Prävention wie auch Kommunikation, Motivationsförderung und Beratung. Durch eine enge Begleitung, individualisierte Präventionspläne und eine gezielte Vernetzung bestehender Versorgungsstrukturen sollte durch die neue Intervention die Gesundheitskompetenz gestärkt und die gesundheitliche

Versorgungslücke der Zielgruppe geschlossen werden. Hier sind ambulante, lebensweltorientierte, barrierefreie und aufsuchende Versorgungsformen erfolgversprechend, da sie eine zeitnahe, angepasste und kontinuierliche Betreuung und Kommunikation ermöglichen.

1.2 Ziele und Fragestellungen

Das allgemeine Projektziel ist die Verbesserung von Gesundheit, Resilienz und Lebensqualität durch Fallmanagement und Pflegeexpertise als Präventionsansatz bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung. Das Projekt verfolgte mit dem zielgruppenbezogenen Präventionsansatz drei darauf aufbauende Projektziele:

- 1) Verbesserung der individuellen Gesundheitssituation: Vermeidung/Verringerung von gesundheitlichen Problemen und Risiken, Chronifizierung bereits bestehender Erkrankungen und von Arbeitsunfähigkeit und Pflegeabhängigkeit und Verkürzung/Verhinderung von Krankenhausaufenthalten bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung.
- 2) Verbesserung der Resilienz und damit: Stärkung von physischen und psychischen Widerstandskräften von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung, Förderung der Gesundheitskompetenz und Stärkung von Empowerment zur Lebensbewältigung (Individual) und positiven Gestaltung der Lebensbedingungen (Setting) und damit Förderung der Akzeptanz von Prävention.
- 3) Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung durch stärkere soziale Teilhabe an Präventionsmaßnahmen und durch Verbesserung sektorenübergreifender, interdisziplinärer Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung mithilfe zielgruppenspezifischer, gemeindenaher Netzwerkarbeit.

Im Folgenden werden die unterschiedlichen Fragestellungen der Evaluation dargestellt.

Die primäre Fragestellung der *RCT* lautet:

Lässt sich durch spezialisiertes Fallmanagement der Gesundheitsstatus von Menschen mit geistiger Behinderung im Vergleich zur Regelversorgung verbessern?

Als primäres Outcome wurde der Gesundheitsstatus der Teilnehmenden nach 12 Monaten festgelegt.

Als sekundäre Outcomes dienen:

- Gesundheitsstatus nach 6 Monaten
- Resilienz nach 6 Monaten
- Resilienz nach 12 Monaten
- gesundheitsbezogene Lebensqualität nach 6 Monaten
- gesundheitsbezogene Lebensqualität nach 12 Monaten

Die Fragestellungen der *Querschnittserhebung* waren:

- Haben die Studienteilnehmer*innen den Präventionsplan verstanden?
- Wie bewerten die Studienteilnehmer*innen die bereitgestellten Informations- und Beratungsangebote?

- Wie wird die neue Versorgungsform aus der jeweiligen Perspektive der Befragten heraus bewertet (unter den Aspekten Nutzen, Aufwand, Alltagsnähe, Kommunikation)?
- Welche gesundheitsbezogenen Maßnahmen setzen die Studienteilnehmer*innen selbstständig um?
- Welche gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen der Studienteilnehmer*innen haben sich verändert?
- Wie bewerten die Studienteilnehmer*innen und deren Bezugspersonen die Zusammenarbeit mit ihren Pflegeexpert*innen?

Die Fragestellungen der *Dokumentenanalyse* waren:

- Wurde ein Präventionsplan erstellt und regelmäßig aktualisiert?
- Haben die Studienteilnehmer*innen die im Präventionsplan vorgesehenen Maßnahmen verstanden?
- Welche Maßnahmen des Präventionsplans wurden umgesetzt, welche nicht und warum?
- Wurden Gründe für Krankenhauseinweisungen nicht-routinemäßige Ärzt*innenbesuche sowie Änderungen des Pflegegrades seitens der Pflegeexpert*innen mit ihren Auswirkungen auf den Präventionsplan dokumentiert?
- Welche gesundheitsbezogenen Maßnahmen setzen die Studienteilnehmer*innen selbstständig um?
- Welche gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen der Studienteilnehmer*innen haben sich verändert?

Im *qualitativen Teil* der Evaluation lauteten die Fragestellungen:

- Wird aus der Perspektive der Nutzer*innen und der Leistungserbringenden (Pflegeexpert*innen) der Interventionsanspruch erreicht?
- Inwieweit haben sich gesundheitsbezogene Verhaltensweisen der Nutzer*innen verändert?
- Wie gestaltete sich die Beziehung zur Pflegeexpert*in aus Sicht der Nutzer*innen und umgekehrt?
- Welche Strategien/Ansätze haben sich aus Sicht der befragten Personen bewährt?
- Welche Strategien/Ansätze wurden aus der Perspektive der befragten Personen als besonders hilfreich empfunden?
- Wo zeigten sich aus der Perspektive der befragten Personen Umsetzungshindernisse/Barrieren und wie konnte bzw. könnte diesen begegnet werden?

Die *gesundheitsökonomische Evaluation* diente:

der Kosten-Effektivitäts-Analyse bzw. Kosten-Nutzwert-Analyse zur Bewertung des Nutzens der Intervention anhand von medizinischen, epidemiologischen und weiteren nutzenbezogenen Größen.

Ziel der *Partizipativen Forschung* war:

Die direkte Erfassung und Integration der Perspektiven und Erfahrungen von Menschen mit geistiger Behinderung. Die konkrete Fragestellung wurde partizipativ im Rahmen einer Forschungswerkstatt entwickelt.

Aus der Projektzielsetzung ergaben sich zudem folgende zu prüfende Indikatoren:

Tabelle 1: Output-Kriterien

1.	Für jede*n Teilnehmer*in der Intervention liegt, unterzeichnet von den Teilnehmer*innen und Pflegeexpert*innen, im zweiten Monat nach erfolgtem Erst- und Zweitbesuch ein individueller Präventionsplan mit Diagnosen, Zielen, Maßnahmen und Erfolgsparametern für den Interventionszeitraum vor.
2.	Der individuelle Präventionsplan wird im Interventionszeitraum alle zwei Monate überprüft und ggf. aktualisiert. Ab dem achten Interventionsmonat fokussiert der Präventionsplan Maßnahmen zur Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Teilnehmer*innen über den Projektzeitraum hinaus.
3.	Alle Teilnehmer*innen erhalten Face-to-Face und/oder telefonisch sowie digital unterstützt umfangreiche individuelle Beratungs- und Informationsangebote zum Thema Prävention in den für sie identifizierten Handlungsfeldern. Zur Stärkung ihrer Resilienz, Gesundheitskompetenz und Motivation erhalten sie nach sechs Monaten ein Video zur Bedeutung und Motivation für Prävention.
4.	Für jeden der sieben Hamburger Bezirke liegen mit Interventionsbeginn mittels Sozialraumanalyse Informationen zu regionalen Präventionsoptionen vor.
5.	Mindestens 70 % der Teilnehmer*innen führen zunehmend selbstständig Präventionsmaßnahmen durch, die primär durch Pflegeexpert*innen initiiert und regional im Setting umgesetzt werden, z. B. Sportangebote, Ernährungsberatung, Vorsorgeuntersuchung.
6.	Die Pflegeexpert*innen wirken in bestehenden regionalen Gesundheitskonferenzen mit.
7.	Gründe für Krankenhauseinweisungen, ärztliche Besuche, Änderungen des Pflegegrades werden von Pflegeexpert*innen dokumentiert und in ihrer Bedeutung für Prävention der Zielgruppe analysiert.

Eigene Darstellung

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

Die Durchführung des Projekts erfolgte entlang eines systematischen und mehrstufigen Vorgehens, das sowohl die Entwicklung, Erprobung als auch die Evaluation des Fallmanagement- und Präventionsansatzes für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung umfasste. Zentraler Bestandteil war die enge Zusammenarbeit zwischen spezialisierten Pflege- und Gesundheitsexpert*innen, weiteren Fachkräften aus dem

Gesundheits- und Sozialwesen (u. a. Kooperationspartner) sowie den Menschen mit Behinderung selbst. Dabei wurde besonderer Wert auf eine partizipative und bedarfsgerechte Gestaltung der Intervention gelegt, um sowohl individuelle Gesundheitsbedarfe als auch strukturelle Barrieren angemessen zu berücksichtigen.

Die Projektdurchführung gliederte sich in mehrere Phasen: Von der Rekrutierung, der Schulung und Vorbereitung der beteiligten Pflege- und Gesundheitsexpert*innen bis hin zur praktischen Umsetzung der Intervention sowie deren begleitenden wissenschaftlichen Evaluation. Hierfür arbeiteten die Konsortialpartner und Kooperationspartner eng zusammen und wurden durch einen Projektbeirat unterstützt.

Konsortialpartner:

Das Projekt setzte sich zusammen aus den Projektleitungen und Mitarbeitenden der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg, Konsortialführung), der Evangelischen Stiftung Alsterdorf (ESA, Intervention), der Hochschule Bielefeld (HSBI, Evaluation), dem Deutschen Krankenhausinstitut (DKI, gesundheitsökonomische Evaluation) und der AOK Rheinland/Hamburg (AOK) sowie der Mobil Krankenkasse. Die Konsortialpartner wirkten unmittelbar bei der Umsetzung der Ziele im FaPP-MgB Projekt mit, insbesondere in der Zusammenarbeit mit den Studienteilnehmenden und Kooperationspartnern bei der Durchführung der Intervention sowie in der wissenschaftlichen Umsetzung, Begleitung, Beratung und Auswertung.

Tabelle 2: Übersicht Konsortialpartner

Verantwortlichkeit	Institution	Verantwortlichkeit
Prof. Dr. Miriam Tariba Richter	Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg) , Department Pflege und Management	Konsortialführung: Projektmanagement und -koordination, Sicherstellung von Kommunikation & Projektablaufen
Michael Schmitz	Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf gGmbH , Medizinisches Zentrum für erwachsene Menschen mit Behinderung	Intervention: Durchführung des neuen Präventionsansatzes
Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck	Hochschule Bielefeld , Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich (InBVG)	Evaluation: Randomisierte kontrollierte Studie (RCT) und leitfadengestützte, mehrperspektivische Experteninterviews
Dr. Karl Blum	Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (DKI)	Evaluation: Gesundheitsökonomische Kosten-Nutzeinschätzung
Matthias Mohrmann	AOK Rheinland/Hamburg	Krankenkasse: Routinedaten für Kosteneffizienz-Analyse und

		Evaluation, sozial- und leistungsrechtliche Beratung
Tanja Euhus	Mobil Krankenkasse	Krankenkasse: Routinedaten für Kosteneffizienz-Analyse und Evaluation, sozial- und leistungsrechtliche Beratung

Eigene Darstellung

Kooperationspartner:

Im Rahmen des Projekts gab es mehrere Kooperationspartner, die maßgeblich zur Umsetzung beigetragen haben. Die Kooperationspartner, Einrichtungen der Eingliederungshilfe und der BKK Landesverband Nordwest, unterstützten das Projekt aktiv, insbesondere bei der praktischen Umsetzung der neuen Versorgungsform durch die Schaffung von Zugängen zu (potenziellen) Teilnehmenden sowie Rekrutierung sowie in der täglichen Zusammenarbeit mit Pflege- und Gesundheitsexpert*innen, deren Büros sich teilweise in den Räumlichkeiten der Eingliederungshilfe befanden. Im Folgenden sind die beteiligten Partner aufgeführt.

Tabelle 3: Übersicht Kooperationspartner

BKK Landesverband Nordwest	Beratende Begleitung des Projekts; unterstützte den Einschluss der Betriebskrankenkassen in den Selektivvertrag (Mobil Krankenkasse).
alsterdorf assistenz ost gGmbH	Unterstützte die Rekrutierung und wirkte praxisbezogen in Austauschtreffen mit.
alsterdorf assistenz west gGmbH	Beteiligte sich an der Rekrutierung und brachte Perspektiven aus der Praxis in das Projekt ein.
Leben mit Behinderung Hamburg	Engagierte sich in der Rekrutierung und im fachlichen Austausch.
BHH Sozialkontor gGmbH	Unterstützte die Umsetzung des Projekts durch Rekrutierung und regelmäßige Rückmeldungen aus der Praxis.

Eigene Darstellung

Projektbeirat:

Im Projekt FaPP-MgB waren Expert*innen aus unterschiedlichen Bereichen in einem Projektbeirat vertreten, z. B. aus den Bereichen Advanced Practice Nursing, partizipative Forschung, Prävention und Gesundheitsförderung, Regelversorgung, Landespolitik und Selbsthilfe. Der Projektbeirat traf sich regelmäßig zur Projektberatung und Diskussion mit den Projektleitungen und -mitarbeitenden der unterschiedlichen Konsortialpartner. Für die Beiratstreffen wurde nach dem ersten Treffen eine simultane Übersetzung/Verdolmetschung in Leichte Sprache hinzugezogen, da eine Person aus dem Bereich Selbsthilfe Teil des Beirats war. Der Zweck des Projektbeirats bestand darin, dem Projektteam und den Projektverantwortlichen fachliche Ratschläge und Entscheidungshilfen zu bieten. Der

Projektbeirat hatte eine beratende Funktion. Seine Aufgabe bestand darin, Empfehlungen auszusprechen und das Projektteam bei der Erreichung der Projektziele zu unterstützen.

Die Beiratsmitglieder sind u. a. tätig:

- Behörde für Wissenschaft, Forschung, Gleichstellung und Bezirke der Stadt Hamburg
- Sozialbehörde der Stadt Hamburg – Amt für Gesundheit
- Deutsches Netzwerk APN & ANP g.e.V.
- LAG – Hamburger Landesarbeitsgemeinschaft für behinderte Menschen e.V.
- People First Hamburg – Die starken Engel e. V.
- Verband der Ersatzkassen e. V. – Landesvertretung Hamburg
- Evangelische Hochschule Nürnberg
- Fachhochschule der Diakonie
- Universität Bremen
- Universität zu Köln
- Universitätsklinikum Freiburg

Zielgruppe

Die wesentlichen Projektbeteiligten war die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung, auf die in der Durchführung noch gesondert eingegangen wird. Für diese wurde eine zielgruppenspezifische Umsetzung der Intervention anberaumt. Da der wissenschaftliche Titel des Projektes sich vorab für den Zugang und die Information für die Zielgruppe als nicht barrierearm erwies, wurde in einem gemeinsamen Workshop ein leicht verständlicher und verbindender Titel entwickelt. Dieser Workshop wurde mit Gut Gefragt gGmbH umgesetzt, einem Institut für Meinungsforschung in Assistenzangeboten, und setzte dafür Menschen mit geistiger Behinderung als Peers ein. Als Ergebnis des Workshops ist ein Titel in Leichter Sprache mit dem Namen „**BESSER** gesund leben“ entstanden, ein Akronym für die vier Präventionsbereiche: **BE**wegung, **S**tress, **S**ucht, **ER**nährung. Der gewählte Projekttitel wurde von der Zielgruppe als weniger barrierearm, verständlich und einladend wahrgenommen und ruft positive Assoziationen hervor, die zur Teilnahme ermutigen.

Im Folgenden wird die Grobstruktur des Projektes dargestellt:

Tabelle 4: Grobe Projektstruktur

	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.
	Jahr 1 (2022)				Jahr 2 (2023)				Jahr 3 (2024)				Jahr 4 (2025)
AP 1 (HAW)													
AP 2.1 (EKA)													

AP 2.2 (EKA)													
AP 2.3 (EKA)													
AP 3 (DKI)													
AP 4.1 (HSBI)													
AP 4.2 (HSBI)													
AP 5 (AOK)													
AP 6 (Mobil KK)													

Anmerkung: Die hier dargestellten Arbeitspakete sind nicht mit denen im Arbeitsplan identisch und hier vereinfacht dargestellt.

Eigene Darstellung

Arbeitspaket 1 (AP 1): Projektkoordination und -management (HAW) – u.a. Berichtswesen, Öffentlichkeitsarbeit, Fördermittelverwaltung, Netzwerkarbeit Konsortium und Projektbeirat, Ethik- und Datenschutzantrag, Initiierung Selektivverträge, Entwicklung Dokumentationssystem, Curriculumentwicklung und Durchführung Schulung Pflege- und Gesundheitsexpert*innen.

Arbeitspaket 2 (AP 2): Durchführung der Intervention (ESA) – u.a. 2.1 Interventionsphase (Präventionsbesuche und -maßnahmen); 2.2 Intervention der Kontroll-Wartegruppe; 2.3 Aufgaben im Rahmen der Intervention: Rekrutierung Teilnehmende, Durchführung von 2 Sozialraumanalysen, Qualitätssicherung Intervention, Erstellung Manual Intervention.

Arbeitspaket 3 (AP 3): Evaluation (DKI): Analyse von Routinedaten der Kostenträger - u.a. Vorbereitung und Durchführung einer Kosten-Effektivitäts-Analysen.

Arbeitspaket 4 (AP 4): Evaluation (Hochschule Bielefeld): 4.1 Cluster-randomisierte, kontrollierte, multizentrische Interventionsstudie zur Evaluation der Versorgungsqualität (Entwicklung Studienprotokoll, Studienregistrierung, Auswertungsstrategie, Festlegung Stichprobe, Vorbereitung Clusterrandomisierung, Datenerhebung und -auswertung; Stichprobenmonitoring); 4.2 Querschnittsbefragung (Konzeption, Durchführung und Auswertung leitfadengestützte, mehr-perspektivische Experteninterviews & quantitative Befragungen); Dokumentenanalyse; Initiierung und Begleitung einer inklusiven Forschungsgruppe.

Arbeitspaket 5 (AP 5): Krankenkasse (AOK Rheinland/ Hamburg) u.a. Datenerhebung und -eingabe, Vorbereitung und Erstellung eines Selektivvertrags und Beratung.

Arbeitspaket 6 (AP 6): Krankenkasse (Mobil Krankenkasse) u.a. Datenerhebung und -eingabe, Vorbereitung und Erstellung eines Selektivvertrags und Beratung.

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

Zu Beginn der Interventionen haben die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen (ESA), alle Expertinnen definierten sich als weiblich, mit den Studienteilnehmenden und ggf. deren Betreuer*innen sogenannte Präventionsbesuche vereinbart, in denen gemeinsam ein Plan mit individuellen Zielen für Prävention und Förderung der Gesundheitskompetenz erarbeitet wurde. Anschließend erfolgte im Rahmen der Intervention die Initiierung von zielgruppen- und lebensweltlich orientierten Angeboten zur Prävention, Risikominimierung und Förderung von Gesundheitskompetenz.

Die zu evaluierende neue Versorgungsform FaPP-MgB setzte sich aus spezifischem Fallmanagement und spezialisierter Pflege- und Gesundheitsexpertise zusammen.

Das spezifische Fallmanagement umfasste dabei folgende Leistungen:

- Die Erstellung einer Sozialraumanalyse für die sieben Hamburger Stadtbezirke durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen
- Die Steuerung des Versorgungsprozesses und die Vernetzung von Versorgungsstrukturen
- Assessment und Diagnostik der gesundheitlichen Situation und individuellen Bedarfe im Rahmen von zwei Präventionsbesuchen
- Erstellung eines Präventionsplans mit präventiven Maßnahmen zur Risikominimierung, Verhinderung und Früherkennung von Erkrankungen gemeinsam mit den Teilnehmenden im Rahmen eines dritten Präventionsbesuchs
- Umsetzung und Begleitung von Präventionsmaßnahmen mittels digitaler Tools
- Kontinuierliche Beratung und Anleitung zur Prävention
- Erstellung von übergeordneten Handlungsempfehlungen

Auf der Basis spezialisierter Pflege- und Gesundheitsexpertise sollte zudem die Analyse, Initiierung und Begleitung von Abstimmungsprozessen, Kooperationen und Vernetzungen zwischen den Leistungserbringern im Feld erfolgen.

Für den Einschluss in die RCT und gleichbedeutend für den Einschluss in die Erbringung der Intervention im Sinne der neuen Versorgungsform und deren Evaluation wurden folgende Einschlusskriterien definiert:

- diagnostizierte Intelligenzminderung gemäß ICD-10 (F70-F79),
- Volljährigkeit,
- aktiv-motivierte Interessensbekundung für präventive Verhaltensänderung und
- Einwilligung der betroffenen Person und ggf. der rechtlichen Betreuer*innen.

Zudem galten die folgenden Ausschlusskriterien für eine Teilnahme an der neuen Versorgungsform:

- SGB-XI-Pflegegrad >3,
- Sterbephase

Zielgruppe des Projekts „BESSER gesund leben“ waren erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung und Lebensmittelpunkt in Hamburg. Die Personen wohnten in allen Hamburger Bezirken in ambulanten Strukturen, alleine oder in besonderen Wohnformen. Alle

Teilnehmenden erhielten Unterstützung im Alltag durch professionelle Dienste oder durch ihre Familienangehörigen. Vertreten waren Personen in unterschiedlichen Lebenslagen. Die Zielgruppe war beispielsweise in Werkstätten für Menschen mit Behinderung, Tagesförderungsstätten, auf ausgelagerten Arbeitsplätzen sowie auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt. Sowohl in der Interventions- als auch Kontrollgruppe variierten die Faktoren der sozioökonomischen und demographischen Lage ihrer Aktivitätsräume, vor allem der Wohnorte und Arbeitsstätten. Dazu kommt, dass sich die verschiedenen Träger der Eingliederungshilfe über ganz Hamburg verteilten und eine sehr heterogene Gruppe von Klient*innen betreuten, sodass hier keine subjektiv festzustellenden Unterschiede in der Interventions- und Kontrollgruppe bemerkbar wurden. Auch Mobilitätsbarrieren, Orientierungs- und Alltagshürden oder besondere Anforderungen an Kommunikationsmittel traten unspezifisch und individuell auf.

Im Folgenden wird die neue Intervention mittels spezifischem *Fallmanagement (A)* und spezialisierter *Pflege- und Gesundheitsexpertise (B)* näher erläutert.

Beide Elemente sind eine bedeutende Strategie zur Koordinierung der Versorgung und werden international mit erhöhter Versorgungsqualität, verbessertem Zugang zu Versorgungsangeboten und reduzierten Ausgaben für gesundheitliche Probleme assoziiert (WHO, 2005):

(A) Spezifisches Fallmanagement

Spezialisierte Pflege- und Gesundheitsexpertinnen übernahmen die Funktion regional verankerter Expertinnen, die aus den fallbezogenen Erkenntnissen heraus die Angebote präventiver gesundheitlicher Versorgung miteinander vernetzten und die Leistungserbringung wie deren Akteur*innen kooperativ koordinierten. Regelmäßige Konferenzen der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen stellten die Identifikation der Entwicklungsbedarfe und konzeptionelle Lösungsansätze sicher. Darüber hinaus standen im Fallmanagement durch die Stärkung von Gesundheitskompetenz und Empowerment die Interessen der Zielgruppe im Vordergrund. Damit konnten Unübersichtlichkeiten im Versorgungssystem bearbeitet, Zugang und Ressourcenbedarf gezielt gesteuert und übergeordnete Versorgungsziele wie Chancengleichheit verfolgt werden.

Die Versorgungsleistungen der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen umfassten dabei folgende Leistungen:

1) Sozialraumanalyse

Zu Beginn erstellten Pflege- und Gesundheitsexpertinnen eine Sozialraumanalyse für die sieben Hamburger Bezirke mit dem Ziel eine fundierte Datengrundlage für Empfehlungen zu verhaltens- und verhältnispräventiven Optionen zu erhalten. Am Ende des Interventionszeitraums wurde die Sozialraumanalyse ein zweites Mal wiederholt und modifiziert. Schwerpunkte waren:

- a) Anzahl und Struktur der Angebote in den Bezirken, vor allem medizinische und therapeutische Leistungen der verhaltens- und lebensweltbezogenen Prävention,
- b) Zugänglichkeit der Angebote z. B. hinsichtlich Barrieren, Zielgruppenorientierung, qualifiziertes Personal und

c) Stärken-Schwächen-Analyse der Bedarfe der Zielgruppe bezüglich zentraler Interventionen.

Für jeden Hamburger Bezirk lagen mit Interventionsbeginn durch eine von den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen der ESA erstellte Sozialraumanalyse Informationen zu regionalen Präventions- und Gesundheitsförderungsoptionen für die Bereiche Stressmanagement, Bewegung, Ernährung und Sucht vor. Schwerpunkt der Analyse war zum einen, die Anzahl und Struktur der Angebote in den Bezirken der verhaltens- und lebensweltbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung zu identifizieren. Zum anderen sollte die Zugänglichkeit der Angebote hinsichtlich Barrieren, Zielgruppenorientierung und qualifiziertem Personal eingeschätzt werden. Die Zielsetzung der vorliegenden Sozialraumanalyse fokussierte auf den praktischen Einsatz und Nutzen in der Intervention. Eine weitere Dimension, die mittels der Sozialraumanalyse angestoßen wurde, ist die Vernetzung mit Health Professionals und der Aufbau einer Kommunikationsbasis für die Zusammenarbeit mit Leistungserbringer*innen. In den erstellten Sozialraumanalysen wurde dafür das Tool „Standortanalyse“ der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. genutzt (Wihofszky et al., 2020).

2) Steuerung des Versorgungsprozesses und Vernetzung von Versorgungsstrukturen

Aufbauend auf der Analyse der Versorgungsstrukturen wurde bei der neuen Intervention eine gute Zusammenarbeit und Absprache mit den Health Professionals in Form von Vernetzungsarbeit umgesetzt. Hierfür wurden neben Informationsveranstaltungen auch aufsuchende Gespräche durchgeführt und eine Kommunikationsbasis für die Zusammenarbeit mit den leistungserbringenden Institutionen und Personen entwickelt. Die Implementierung integrierte eine komplexe Rahmung zwischen Kontextfaktoren, Setting, Intervention und Implementierungsstrategie.

3) Assessment und Diagnostik der gesundheitlichen Situation und individuellen Bedarfe

Spezialisierte Pflege- und Gesundheitsexpertinnen vereinbarten mit den Studienteilnehmenden und ggf. deren Betreuer*innen einen ersten Präventionsbesuch. Dieser diente dem gegenseitigen Kennenlernen und dem Vertrauensaufbau sowie einer ersten Einschätzung der Fähigkeiten der Leistungsempfänger*innen. Im zweiten Präventionsbesuch diagnostizierten die Expertinnen partizipativ die gesundheitliche Situation, dokumentierten relevante Informationen und individuelle Präferenzen und zeigten Versorgungsverbesserungen in den vier Handlungsfeldern von Prävention auf.

4) Präventionsplan

Im dritten Präventionsbesuch wurden präventive Maßnahmen zur Risikominimierung, Verhinderung bzw. Früherkennung von Erkrankungen abgeleitet. Die Expertinnen erstellten gemeinsam mit den Teilnehmenden und ggf. deren Betreuer*innen einen Plan mit Zielen für Prävention und Förderung der Gesundheitskompetenz.

5) Umsetzung und Begleitung der Präventionsmaßnahmen

Es erfolgte anschließend die Initiierung von zielgruppen- und lebensweltlich orientierten und multimodalen Angeboten zur Prävention, Risikominimierung und Förderung von Gesundheitskompetenz. Durch Einbezug des Setting-Ansatzes und der Ergebnisse der Sozialraumanalyse wurde mit an die Zielgruppe angepassten Tools gearbeitet, z. B. digitale

Nahrungsmittelmemorys zur ungesunden/ gesunden Nahrung, animierte Videos zur Bewegungsanleitung oder Entspannungsgeschichten zur Stressreduktion. Die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen begleiteten, motivierten, validierten und dokumentierten dabei die Interventionsumsetzung.

6) Beratung und Anleitung zur Prävention

Kontinuierlich wurden partizipativ und empowernd Individual- und Gruppenberatungen bzw. -anleitungen der Teilnehmenden und ggf. deren Betreuer*innen hinsichtlich des Gesundheitszustands und der Förderung von Gesundheitskompetenz angeboten. Die Intervention endete mit einem finalen Präventionsbesuch, in dem weiterführende Implikationen über das Projekt hinaus für den Alltag festgehalten wurden.

7) Erstellung von Handlungsempfehlungen

Als Projektergebnis wurde von den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen ein Manual entwickelt (siehe Anhang 1), das Inhalte der neuen Intervention zusammenfasst und für eine flächendeckende bundesweite Durchführung für die Prävention bei Menschen mit geistiger Behinderung orientierungsgebend und nutzbringend sein könnte.

(B) Spezialisierte Pflege- und Gesundheitsexpertise (ESA)

Beim Zugang zur Prävention wurde mit spezialisierter Pflege- und Gesundheitsexpertise wissenschaftsbasiert und kriteriengeleitet im Fallmanagement geprüft, welche Präventionsmaßnahmen in den vier Handlungsfeldern bei den Studienteilnehmenden indiziert waren. Hinsichtlich der daraus entwickelten Interventionen nahmen die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen ihre Kompetenz zur Übernahme von Koordinationsaufgaben wahr und analysierten, initiierten und begleiteten Abstimmungsprozesse, Kooperationen und Vernetzungsoptionen zwischen den Leistungserbringer*innen der ärztlichen wie nicht-ärztlichen Versorgung. Sie sind daher für die Prävention bedeutsam, da eine eigenverantwortliche Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung der Zielgruppe meist erschwert ist. Die angestrebte spezialisierte Pflegeexpertise durch hochschulisch qualifizierte Pflegenden vorzugsweise auf Masterniveau im Sinne von „Advanced Practice Nursing“ (APN), die leider nicht durchgehend umgesetzt werden konnte, sollte per Qualifikation über umfangreiche klinische, interpersonelle und methodische Kompetenzen für Prävention verfügen und vertiefte Kompetenzen in Kommunikation, Motivationsförderung und Beratung aufweisen.

Die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung wurde im Rahmen der Intervention von Pflege- und Gesundheitsexpertinnen über den Zeitraum von einem Jahr begleitet. Die Begleitung fand aufsuchend statt, auf Wunsch in den Häuslichkeiten der Teilnehmenden, einzelne Termine wurden auch telefonisch oder digital unterstützt. Die Teilnehmenden wurden angeleitet Prävention und Gesundheitsförderung im Alltag umzusetzen, zu spezifischen Angeboten vermittelt und je nach individuellem Unterstützungsbedarf auch dorthin begleitet bzw. wurde eine Begleitung über die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen angebahnt. Auf dieser Grundlage entwickelten die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen gemeinsam mit den Teilnehmenden individuelle Ziele und zugehörige Maßnahmen in den vier Handlungsbereichen der Prävention. Im Vorfeld erstellte biografieorientierte Ressourcen- und Netzwerkkarten zeigten individuelle Ressourcen, Bedarfe und Bedürfnisse sowie soziale

Beziehungsgefüge und mögliche Unterstützungen durch hierdurch ermittelte Bezugspersonen auf (Lenz, 2000; Freund & Stotz, 2021). Die gesundheitliche Ausgangssituation der Teilnehmenden wurde mit zielgruppen- und interventionsspezifisch angepassten Assessments zu Stress (Strobel, 2021), Ernährung (Van Dyck et al., 2019; Guigoz, 2006), Bewegung (Fuchs, 2015) und Suchtverhalten (Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2022) sowie einer angepassten interRAI Intellectual Disability (ID) Assessment Form (Hirdes, 2013) ermittelt.

Die gemeinsam identifizierten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention sowie mögliche Erfolgsparameter wurden in dem nachfolgenden partizipativ gestalteten Präventionsplan festgehalten. Dieser individuelle Präventionsplan wurde regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst:



Abbildung 1: Präventionsplan (Darstellung Sophie Santos)

Ziel war es, die soziale Teilhabe an Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten, und damit auch die Prävention und Gesundheitsförderung selbst, über das Projekt hinweg zu sichern. Der Fokus bei fortschreitender Begleitung lag somit immer mehr auf der selbstständigen Durchführung der Maßnahmen. Zum Ende der Intervention wurde zusammen durch Expertin und Teilnehmende*innen ein finaler Präventionsplan erstellt. Dieser enthielt gemeinsam vereinbarte Maßnahmen, welche über das Projekt hinaus weitergeführt werden können.

Neben der individuellen Begleitung der Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen fanden zur Förderung der Gesundheitskompetenz, der Motivation und des Empowerments Gruppenschulungen in den vier Handlungsfeldern der Prävention statt. Diese waren auf die besonderen Bedürfnisse und Bedarfe der Zielgruppe ausgerichtet und konzipiert. Die Teilnehmenden wurden für die unterschiedlichen Themenbereiche sensibilisiert, setzten sich bewusst damit auseinander und erweiterten ihr Wissen über eine gesundheitsförderliche Lebensführung. Im Gruppensetting bietet sich für die Zielgruppe die Möglichkeit sich miteinander auszutauschen, gegenseitig zu unterstützen und ein Wir-Gefühl zu entwickeln.

Um eine möglichst niedrigschwellige, an die Zielgruppe angepasste, barrierearme Kommunikation zu gewährleisten, wendeten die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen, sowohl in mündlicher als auch schriftlicher Form, die Einfache bzw. Leichte Sprache an, arbeiteten mit Bildkarten und je nach Bedarf mit weiteren Mitteln der Unterstützten Kommunikation.

Handlungsleitend für die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen war das Konzept der Sozialraumorientierung nach Hinte (Fürst & Hinte, 2020). Die transdisziplinären Grundlagen der Sozialraumorientierung dienen nicht dazu, methodisches Handeln zu standardisieren. Sie bieten Orientierung für die Berufspraxis der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen, lassen aber gleichzeitig Handlungsspielraum (Hinte & Treeß, 2014). Ausgangspunkt jeglicher Arbeit ist der Wille des Menschen. Aktivierende Arbeit hat grundsätzlich Vorrang vor betreuender Tätigkeit. Aktivierendes methodisches Handeln nimmt daher seinen Ausgangspunkt beim Willen, den Stärken und den Fähigkeiten der Menschen.

Die im Folgenden dargestellten Teilleistungen im Projekt wurden im Hinblick auf eine Abgrenzung von der Regelversorgung überprüft. Die Leistungen in dem Projekt bestanden darin, bei Menschen mit geistiger Behinderung im Rahmen eines Fallmanagements Präventions- und Gesundheitsförderungsbedarfe in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Sucht zu identifizieren und passgenaue zielgruppen- und lebensweltlich orientierte und multimodale Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote abzuleiten und deren Wahrnehmung durch die Teilnehmenden zu koordinieren und die Inanspruchnahme der Leistungen zu begleiten. Diese koordinierenden Fallmanagementleistungen mittels Pflege- und Gesundheitsexpertise sind derzeit nicht Teil der Regelversorgung und klar abgrenzbar.

Tabelle 5: Teilleistungen der Intervention

Teilleistung	Tätigkeiten und Zeitaufwand der durchführenden Pflegeexpert*innen
I. Teilleistung Präventionsbesuch 1 durch Fallmanagerin (FM) (Leistung Beziehungsaufbau und Anbahnung der Diagnostik) 1 Einzeltermin: dient dem Vertrauensaufbau mit den Menschen mit geistiger Behinderung und ggf. deren Betreuer*innen sowie einer ersten Einschätzung der Fähigkeiten der Leistungsempfänger*innen. Da der Zugang zur Zielgruppen sich durch einen erschwerten Beziehungsaufbau und Kommunikationsschwierigkeiten auszeichnet, werden hier zum Beziehungsaufbau mehr Zeitressourcen und zwei FM beim ersten Termin benötigt. Ein barrierearmer Zugang durch Leichte Sprache plus Materialien wird durch	0. FM 1 + 2 Fahrtzeit 60 min.
	1. FM 1 + 2: 20 min. Vorbesprechung des Präventionsbesuchs
	Durch ESA modifizierter Beziehungs- und Kontaktaufbau nach z. B. der willenserkundenden Beratung auf Grundlage der Sozialraumorientierung nach Hinte (Fürst & Hinte, 2020): 2. FM 1 + 2: 20 min. Begrüßung und Orientierung: kurze Vorstellung eigener Person mit Rolle in Bezug auf den*die Teilnehmer*in Gegenüber stellt sich vor -> „wer bin ich?“ „warum mache ich mit?“ Vorstellung des Projektes durch Material in Leichter Sprache z. B. auch mit Graphic Recording Klärung des Rahmens des Gesprächs – Worum soll es gehen? Was sind Anlass und eventuell bereits ein Ziel, wenn vor Beginn klar. Rahmenbedingungen festlegen – Regeln der Zusammenarbeit, organisatorische und zeitliche Fragen.
	3. FM 1 + 2: 20 min. Kennenlerngesprächsspiel: Anliegen (Kennenlernen) für das Gespräch klären, aber auch tagesspezifische Anliegen aufgreifen Bewegungsspiel mit Kennenlernfragen - Fragen mit verschiedenen Fragetypen stellen: „Wer fragt, ist interessiert. Wer fragt, ist klug.

die Expert*innen geschaffen. Der Beziehungsaufbau und die Findung eines kommunikativen Zugangs stehen hier im Vordergrund.	Wer fragt, führt das Gespräch. Wer fragt, schafft Bewegung. Wer fragt, gestaltet menschliche Begegnung“
	4. FM 1 + 2: 40. min. Biografisches Gespräch zum Kennenlernen und Übergang zur Diagnostik mit einem biografischen Arbeitsblatt oder Lebensbuch oder biografisches Brettspiel (s. Lindmeier et al., 2018) (Inhalte: Was mache ich gerne, was habe ich erlebt, was ist mir wichtig, was finde ich nicht so gut? Orientiert an den markanten Punkten des Lebenslaufs)
	5. FM 1 + 2: 10 min. Situation beenden/ Verabschiedung Abschluss finden, in dem die*der Teilnehmer*in die Möglichkeit hat zu sagen, wie das Gespräch war, wie sie*er sich fühlt und wie sie*er den Raum verlässt Verbindlichkeit / Verlässlichkeit: Erreichbarkeit signalisieren und Kontaktdaten übergeben Fühlkissen o.ä. als verbindendes „Give away“ mitgeben
	6. FM 1 + 2: 20 min. Erste ausführliche Fallbesprechung und Zusammentragung der Ergebnisse.
	7. FM 1: 20 min. Dokumentation der Ergebnisse: Beginn Dokumentation Fallbeschreibung
	8. FM 2: 20 min. Dokumentation der biografischen Geschichte
II. Teilleistung Präventionsbesuch 2: (Leistung: Assessment und Diagnostik der gesundheitlichen Situation und individuellen Bedarfe): 1 Einzeltermin: hier werden aufbauend auf der Sozialraumanalyse partizipativ die gesundheitliche Situation diagnostiziert, relevante Informationen und individuelle Präferenzen dokumentiert und Versorgungsverbesserungen in den vier Handlungsfelder von Prävention aufgezeigt. Die speziellen Ressourcen und Bedarfe der jeweiligen Leistungsempfänger*innen werden erfasst. Hier steht das eigentliche Assessment und die Diagnostik	0. FM 1 + 2 Fahrtzeit 60 min.
	1. FM 1 + 2: 10 min. Vorbesprechung des Präventionsbesuchs
	2. FM 1 + 2: 10 min Begrüßung und Anknüpfung an den vorigen Besuch und Zusammenfassung der dortigen Ergebnisse und gesundheitsbezogenen Erlebnissen seit dem letzten Besuch.
	3. An die Zielgruppe angepasstes Pflegeassessment RAI (Resident Assessment Instrument) bezogen auf die Voraussetzungen für den Bereich Gesundheitsförderung und Prävention: FM 1 + 2: Eine Einheit dauert 60 Minuten. Die Erhebung findet in Leichter Sprache statt: a) 10 min. Allgemeine Angaben (AA-CC) (Name, persönliche Daten, Lebenssituation) b) 10 min. Beurteilung Gesundheitszustand/ Präventionsvoraussetzungen und Dokumentation A (Form des Assessment) c) 10 min. Beurteilung Gesundheitszustand/ Präventionsvoraussetzungen und Dokumentation B (Kognitive Voraussetzungen)

anhand eines entwickelten Dokumentationssystem im Vordergrund.	d) 10 min. Beurteilung Gesundheitszustand und Präventionsvoraussetzungen und Dokumentation C (Kommunikationsfähigkeiten) e) 10 min. Beurteilung Gesundheitszustand und Präventionsvoraussetzungen und Dokumentation D (Sehvermögen) f) 10. min. Beurteilung Gesundheitszustand und Präventionsvoraussetzungen und Dokumentation E (psychischer Zustand) g) 10 min. Beurteilung Gesundheitszustand und Präventionsvoraussetzungen und Dokumentation H (Physische Funktionen/ Beweglichkeit) h) 10 min. Beurteilung Gesundheitszustand und Präventionsvoraussetzungen und Dokumentation J (Vorerkrankungen) i) 20 min. Beurteilung Gesundheitszustand und Präventionsvoraussetzungen und Dokumentation K (Gesundheitsstatus – umfangreiche Erhebung) j) 10 min. Beurteilung Gesundheitszustand und Präventionsvoraussetzungen und Dokumentation L (Ernährungsstatus) k) 10 min. Beurteilung Gesundheitszustand und Präventionsvoraussetzungen und Dokumentation O (Wohnsituation und -umgebung)
	4. FM 1 + 2: Biografieorientierte (oder rehistorisierende) Ressourcenkarte Ziel ist die Erhebung der persönlichen und sozialräumlichen Ressourcen der Menschen mit geistiger Behinderung. Eine Einheit dauert 60 Minuten. Die Erhebung findet in Leichter Sprache statt: 15 min. Erhebung der persönlichen Ressourcen (z. B. Motivation, Erfahrung, Interessen, Urteilsvermögen, Lernfähigkeit etc.) 10 min. Erhebung der materiellen Ressourcen (z. B. Vermögen, Kleidung, Ausstattung Wohnung etc.) 15 min. Erhebung Soziale Ressourcen im persönlichen Umfeld (z. B. Ressourcen zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte im persönlichen Umfeld z. B. Kommunikationsmittel, Beziehungsaufbau etc.) 10 min. Erhebung Soziale Ressourcen im Sozialraum (z. B. Ressourcen zur Aufrechterhaltung sozialer Kontakte im Sozialraum z. B. Einfühlungsvermögen, Toleranz, Zuverlässigkeit, Kooperationsbereitschaft etc.) 10 min. gemeinsame Zusammenführung der Ressourcen durch Bild- oder Symbolkarten, als Ich- oder elektronische Kommunikationshilfen.
	5. FM 1 + 2: Biografieorientierte (oder rehistorisierende) Netzwerkkarte

	Ziel ist die Erhebung und visuelle Darstellung der Netzwerke mit dem Menschen mit geistiger Behinderung. Eine Einheit dauert 60 Minuten. Die Erhebung findet in Leichter Sprache statt: 10 min. Formelle Netzwerke (z. B. Behindertenhilfe, Werkstätten, Assistenz): quantitative Erhebung (Anzahl an Personen und Kontakten zu welchen Zeitpunkten) 15 min. Formelle Netzwerke: qualitative Erhebung = Unterstützungspotentiale (z. B. hinsichtlich einer emotionalen, instrumentellen, informationellen Unterstützung und Qualität der Beziehung) 10 min. Informelle Netzwerke (z. B. Familie, Freunde, Nachbarn etc.): quantitative Erhebung (Anzahl an Personen und Kontakten zu welchen Zeitpunkten) 15 min. Netzwerke: qualitative Erhebung = Unterstützungspotentiale (z. B. hinsichtlich einer emotionalen, instrumentellen, informationellen Unterstützung und Qualität der Beziehung) 10. Min. Gemeinsame Erstellung der Netzwerkverbindungen und Gemeinsame Visualisierung der Netzwerkkarte (Schatztruhe)
	6. FM 1 + 2: 40 min. ausführliche Fallbesprechung und Zusammentragung der Ergebnisse.
	7. FM 1 + 2: 40 min. gemeinsame ausführliche Diagnoseerstellung anlehnend an das Pflegemodell der fördernden Prozesspflege nach Krohwinkel (2013) und den präventionsbezogenen AEDLs bzw. der NANDA Pflegediagnosen.
	8. FM 1: 20 min. fortlaufende Dokumentation der Ergebnisse: Fallbeschreibung
	9. FM 2: 20 min. Dokumentation der Ergebnisse: Diagnosebeschreibung
III. Teilleistung Präventionsbesuch 3 durch FM (Leistung: Präventionsplan): 1 Einzeltermin: hier werden präventive Maßnahmen zur Risikominimierung, Verhinderung bzw. Früherkennung von Erkrankungen abgeleitet. Die Expert*innen erstellen gemeinsam mit den Menschen mit geistiger Behinderung und ggf. deren gesetzlichen Betreuer*innen einen Plan mit Zielen für Prävention und Förderung der Gesundheitskompetenz.	0. FM 1 + 2 Fahrtzeit 60 min.
	1. FM 1 + 2: 10 min. Vorbesprechung des Präventionsbesuchs
	2. FM 1 + 2: 10 min Begrüßung und Anknüpfung an den vorigen Besuch und Zusammenfassung der dortigen Ergebnisse und Veränderungen seit dem letzten Besuch.
	3. Persönliche Zukunftsplanung/Ressourcenorientierte gesundheitsbezogene Präventionsplanung: Der Präventionsplan ist abgeleitet aus dem RAI, den AEDLS nach Krohwinkel (2013) und den biografischen Gesprächen. Die Erkundung findet in Leichter Sprache statt und wird durch die sogenannte Unterstützte Kommunikation, z. B. durch Bild-, Video oder Symbolkarten oder elektronische Kommunikationshilfen und Methoden aus der Motivierenden Gesprächsführung/Motivational Interviewing (MI) unterstützt. Eine Einheit dauert 105 Minuten: FM 1 + 2:

Dieser Präventionsplan wird in Leichter Sprache und bei Bedarf mit anderen Kommunikationsmaterialien dokumentiert.	10 min. Visualisierung von Ressourcen (abgeleitet aus 2. Teilleistung) 35 min. Biografische Methode: Leben aufräumen (und Leben neu platzieren) 45 min. Persönliche Zielformulierung hinsichtlich von Präventionen Kurzfristige Ziele (10 min.) Mittelfristige Zielformulierung (10 min.) Langfristige Zielformulierung (10 min.) Priorisierung der Präventionsmaßnahmen (15 min.) 15 min. Zusammenfassende Visualisierung, z. B. Video, des Präventionsplans mit Herausarbeitung der Vertiefungsbereiche.
	4. FM 1 + 2: 15 min. Fallbesprechung und Zusammentragung der Ergebnisse.
	5. FM 1: 10 min. fortlaufende Dokumentation der Ergebnisse: Fallbeschreibung
	6. FM 2: 10 min. Dokumentation der Ergebnisse: Dokumentation Präventionsplan
IV. Teilleistung Unterstützung bei der Umsetzung von Prävention durch FM (Leistung: Umsetzung und Begleitung der Präventionsmaßnahmen): 10 Maßnahmen: Es erfolgt die Initiierung von zielgruppen- und lebensweltlich orientierten und multimodalen Angeboten zur Prävention, Risikominimierung und Förderung von Gesundheitskompetenz. Der Setting Ansatz und die vorausgegangene Sozialraumanalyse ermöglichen eine Umsetzung der Maßnahmen in der vertrauten Umgebung. Gesundheitsrelevante Faktoren des Alltags können berücksichtigt bzw. als Ressource genutzt werden. Durch die Einbindung in bekannte Abläufe und Strukturen erhalten die Interventionen für die Nutzer*innen einen Mehrwert. Es wird zur Anregung der Motivation wie auch zum Assessment (s.	1. Bei einer Anzahl von ca. 10 Präventionsmaßnahmen (2 in jedem Präventionsbereich plus die Verstärkung einer zusätzlichen Maßnahme in den beiden Vertiefungsbereiche nach Präventionsplan), wird im Übergang zur Selbstständigkeit die Hälfte der Maßnahmen Anfangs begleitet. Hier werden 4 Stunden pro Maßnahme pro FM veranschlagt: 10 min. Vorgespräch von 2 FM (5 min. pro FM) zur Vorbereitung der Präventionsmaßnahme für TN (In einer Fallbesprechung zu allen TN) 1 FM Fahrtzeit 90 min. (abholen und nach Hause bringen) 1 FM 10 min. Vorgespräche zur Präventionsmaßnahme mit TN 1 FM 90 min. Begleitung der Maßnahme 1 FM 20 min. Nachgespräch der Maßnahme mit TN 1 FM 20 min. Nachgespräche von 2 FM (10 min. pro FM) zur Vorbereitung der weiteren Präventionsmaßnahmen für TN (in einer Fallbesprechung zu allen TN)
	2. FM 1 + 2: 60 min. Abschließende Anpassung Präventionsplan (Gespräch 20 min. mit anschließender Dokumentation 10 min = 30. min. pro FM)
	Die EV. Stiftung Alsterdorf verfügt in den vier Präventionsbereichen über ausreichende Angebote. Darüber hinaus können in Hamburg weitere Angebote anderer Anbieter besucht werden. Ein paar Beispiele für die unterschiedlichen Bereiche: Präventionsmaßnahmen Bereich Ernährung: Inklusiv: Gesund und Fit© Gesund und Fit© in Alsterdorf

Präventionsplan) mit an die Zielgruppe angepassten digitalen Tools gearbeitet, z. B. digitale Nahrungsmittelmemorys zur ungesunden/ gesunden Nahrung, animierte Videos zur Bewegungsanleitung oder Entspannungsgeschichten zur Stressreduktion. Die Pflegeexpert*innen begleiten, motivieren und validieren die Interventionsumsetzung. Die Abfolge von Individualberatung, Gruppenberatung und Präventionsmaßnahmen wird individuell festgelegt.	Präventionsmaßnahmen Bereich Bewegungen (z. B. ESA): Fit ohne Grenzen Freizeitsport für junge Erwachsene
	Präventionsmaßnahmen Bereich Stress (z. B. ESA): FiT Ganz Gesund
	Präventionsmaßnahmen Bereich Sucht (z. B. TGJ Suchtberatung): Entgiftung Vorsorge Unterschiedliche stationäre, ambulante und teilstationäre Entwöhnungsbehandlungen
V. Teilleistung Individualberatung durch FM (Leistung: Beratung und Anleitung zur Prävention): 2 begleitende Beratungen: Kontinuierlich werden partizipativ und empowernd Individual- und Gruppenberatungen bzw. -anleitungen der Menschen mit geistiger Behinderung und ggf. deren Betreuer*innen hinsichtlich des Gesundheitszustands und der Förderung von Gesundheitskompetenz angeboten. Hierzu werden z. B. Individual- und Gruppenangebote zur Gesundheitsförderung initiiert, die mit Hilfe von visuellen, auditiven, haptischen und akustischen Kommunikationsmitteln auf die individuellen Bedarfe der Teilnehmer*innen angepasst werden. Die Abfolge von Individualberatung, Gruppenberatung und Präventionsmaßnahmen wird individuell festgelegt.	Aus dem Präventionsplan haben sich zwei Vertiefungsbereiche für die Verstärkung der Maßnahmen wie auch für die Individualberatung herauskristallisiert. Insgesamt werden für zwei Individualberatungen vier Stunden für die Beratung veranschlagt mit abwechselnd zwei Fallmanager*innen. Die Individualberatung muss sich nicht ausschließlich auf die vier Präventionsbereiche direkt beziehen und können sich auch problematische Aspekte des Lebens beziehen, die sich nachteilig auf die Präventionsbereiche auswirken. Wenn z. B. ein*e TN soziale Ängste hat, die daran hindern an Präventionsangeboten teilzunehmen.
	0. FM 1 + 2 Fahrtzeit 60 min.
	1. FM 1 + 2: 10 min. Vorbesprechung der Präventionsbesuche
	2. FM 1 + 2: 20 min. Biografieorientierte Methode zur Fokussierung und gemeinsame Definierung von 2 Vertiefungsbereiche in denen ein besonders hoher Präventionsbedarf liegt: Begrüßung Drei Dinge (3 Dinge behalten, 3 Dinge wegwerfen, 3 neue Dinge bekommen) – Ziel: Wie kann das Leben neugestaltet werden? Mittelpunkt Gespräch – Ziel: Was steht im Mittelpunkt der Prävention?
	3. Individualberatung nach der willenserkundenden Beratung auf Grundlage der Sozialraumorientierung nach Hinte (Fürst & Hinte, 2020): FM 1 + 2 (FM 1 führt Individualberatung 1 durch und FM 2 führt Individualberatung 2 durch): Insgesamt 140 min. 50 min. Vorbereitung der Individualberatung (die Vorbereitung muss individuell an den Beratungsschwerpunkt und an die Person

	angepasst werden. ggf. müssen hier besondere Instrumente bzw. Konzepte entwickelt werden. 10 min. Begrüßung und Anknüpfen am Wissenstand und Klärung des Rahmens des Gesprächs – Worum soll es gehen? Was sind Anlass und eventuell bereits ein Ziel, wenn vor Beginn klar. 50 min. Individualberatung zu in der Diagnostik festgehaltenen Präventionsbereichen: 30 min. Allgemeine Beratung zu dem Themenbereich 20 min. Spezifische Motivationsübungen zu dem Themenbereich 10 min. Zusammenfassung und Verbindlichkeit / Verlässlichkeit: Was halten wir fest. 10 min. Gemeinsame Überarbeitung Präventionsplan 10 min. Abschluss finden, in dem die*der Teilnehmer*in die Möglichkeit hat zu sagen, wie das Gespräch war, wie sie*er sich fühlt und wie sie*er den Raum verlässt
	4. FM 1 + 2: 10 min. zwischenevaluierende Fallbesprechung vor der 2. Individualberatung
	5. FM 1 + 2: 20 min. Abschließende Fallbesprechung und Zusammentragung aller Ergebnisse.
	6. FM 1 + 2: 10 min. fortlaufende Dokumentation der Ergebnisse pro Beratung: Fallbeschreibung.
VI. Teilleistung Gruppenberatung durch FM (Leistung: Beratung und Anleitung zur Prävention): s. 5. Teilleistung: 4 Gruppenberatungen pro Gruppe Kontinuierlich werden partizipativ und empowernd Individual- und Gruppenberatungen bzw. -anleitungen der Menschen mit geistiger Behinderung und ggf. deren Betreuer*innen hinsichtlich des Gesundheitszustands und der Förderung von Gesundheitskompetenz angeboten. Hierzu werden z. B. Individual- und Gruppenangebote zur Gesundheitsförderung initiiert, die mit Hilfe von visuellen, auditiven, haptischen und akustischen Kommunikationsmitteln an die individuellen Bedarfe der Teilnehmer*innen angepasst werden.	Pro Gruppenberatung (4 Themen) werden als Gruppengröße Kleingruppen von 10 Personen (= 26 Gruppen) herangezogen und zwei Fallmanager*innen (1 für die Beratung und 1 für Koordination und das Nebengeschehen z. B. Fragen nach den Toiletten und Aufsicht) für die Umsetzung: Anfahrt für 2 FM 120 min. (Pro FM 60 min.) Vor- und Nachbereitung der Gruppenangebote (20 min. Vorbesprechung, 10 min. Nachbesprechung, FM 1: 30 min. inhaltliche Vorbereitung, FM 2: 30 min. Raumorganisation) 120 min = 60 min. pro FM Gruppenberatung 90 min. Vor- und Nachgespräche TN 60 min.
	1) Gruppenangebot zur Motivation und Sensibilisierung für das Handlungsfeld Ernährung (Kooperation mit einer Ernährungsberater*in spezialisiert auf die Zielgruppe): Ziele sind u.a. Gesunde Ernährung erleben, Gewichtsabnahme und Körpergefühl, Verbesserung der Gesundheit, Spaß an Lebensmitteln, Methode Esskultur: Was lerne ich in Ernährungs- und Kochkursen und wie wirkt sich das positiv auf meinen Alltag aus? Eine Einheit dauert 90 Minuten. Die Beratung findet in Leichter Sprache statt. Es finden Vorgespräche (20 min. Anbahnung Thematik und Anknüpfen an Vorerfahrungen) mit allen Teilnehmer*innen und auch

Die Abfolge von Individualberatung, Gruppenberatung und Präventionsmaßnahmen wird individuell festgelegt.	Nachbereitungsgespräche (40 min. Gefühls-Arbeitsblätter– In meinem Kopf – zur Akzeptanz der Beratung, inhaltlichem Transfer in den Alltag und Verabschiedung) statt. Die Gespräche dauern insgesamt 60 Minuten.
	2) Gruppenangebot zur Motivation und Sensibilisierung für das Handlungsfeld Bewegung (Kooperation mit Sport und Inklusion von ESA): Die Gespräche dauern insgesamt 60 Minuten. Ziele sind u.a. niedrigschwellige Bewegung im Alltag bei der Zurücklegung von Strecken im Haushalt und bei der Arbeit in Kombination mit Spaß an Mobilisation im Sitzen durch niedrigschwellige Übungen, Methode Bewegungsspaß: Was könnte ich nach Bewegungskursen im Alltag besser machen? Eine Einheit dauert 90 Minuten. Die Beratung findet in Leichter Sprache statt. Es finden Vorgespräche (20 min. Anbahnung Thematik und Anknüpfen an Vorerfahrungen) mit allen Teilnehmer*innen und auch Nachbereitungsgespräche (40 min. Gefühls-Arbeitsblätter– In meinem Kopf – zur Akzeptanz der Beratung, inhaltlichem Transfer in den Alltag und Verabschiedung) statt.
	3) Gruppenangebot zur Motivation und Sensibilisierung für das Handlungsfeld Stress (Kooperation z. B. mit FiT von ESA): Die Gespräche dauern insgesamt 60 Minuten. Ziele sind u.a. Stressauslöser im Alltag und wie fühlt sich Stress an und deren Identifizierung in Kombination mit was entspannt mit alltagspraktischen Übungen. Die Gruppenanleiter*innen geben wertvolle Tipps zur Sensibilisierung und Motivation für den Alltag: Was bringt es mir wenn ich ruhiger du gelassener durch den Alltag gehe? Eine Einheit dauert 90 Minuten. Die Beratung findet in Leichter Sprache statt. Es finden Vorgespräche (20 min. Anbahnung Thematik und Anknüpfen an Vorerfahrungen) mit allen Teilnehmer*innen und auch Nachbereitungsgespräche (40 min. Gefühls-Arbeitsblätter– In meinem Kopf – zur Akzeptanz der Beratung, inhaltlichem Transfer in den Alltag und Verabschiedung) statt.
	4) Gruppenangebot zur Motivation und Sensibilisierung im Themenfeld Sucht (z. B. Kooperation mit Sucht.Hamburg): Die Gespräche dauern insgesamt 60 Minuten. Ziele sind u.a. Aufdeckung von Substanzkonsum im Alltag und deren mögliche Problematik. Inhalte können entwickelt werden auf der Grundlage des Bundesmodellprojektes "Geistige Behinderung und problematischer Substanzkonsum" mit Materialien, Medien, Techniken, Beratungshandbüchern, Einrichtungen für die Arbeit mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Suchtproblemen:

	Warum muss ich wissen wie gefährlich Medikamente oder Rauchen sein können und wie wirkt sich Sucht auf den Alltag aus? Eine Einheit dauert 90 min. Die Beratung findet in Leichter Sprache statt. Es finden Vorgespräche (20 min. Anbahnung Thematik und Anknüpfen an Vorerfahrungen) mit allen Teilnehmer*innen und auch Nachbereitungsgespräche (40 min. Gefühls-Arbeitsblätter– In meinem Kopf – zur Akzeptanz der Beratung, inhaltlichem Transfer in den Alltag und Verabschiedung) statt.
VII. Teilleistung Finaler Präventionsbesuch durch FM (Leistung: Beratung und Anleitung zur Prävention): 1 Einzeltermin: Die Intervention endet mit einem finalen Präventionsbesuch in dem weiterführende Implikationen und Empfehlungen für den Alltag festgehalten werden. Auch hierbei wird auf eine individuelle Visualisierung für die*den Leistungsempfänger*in geachtet.	0. FM 1: Fahrtzeit 60 min.
	1. FM 1 + 2: 10 min. Vorbesprechung des Präventionsbesuchs
	2. Abschließendes Gespräch FM 1: a) 5 min. Begrüßung b) 65 min. Erinnerungskoffer: Evaluierendes und zusammenfassendes Gespräch und Methode zu den Ergebnissen des Präventionsplans mit einem symbolischen Koffer: Wie geht es meiner Gesundheit jetzt? (20 min.) Was nehme ich mit? (Blick in die Vergangenheit) (20 min.) Was muss noch in den Koffer? (Blick in die Zukunft) (25 min.)
	5. FM 1: 20 min. Verabschiedung: Abschluss finden, in dem die*der Teilnehmer*in die Möglichkeit hat zu sagen, wie das Gespräch war, wie sie*er sich fühlt und wie sie*er den Raum verlässt Verbindlichkeit / Verlässlichkeit: Ziele abschließen fokussieren und Erreichbarkeit signalisieren bzw. delegieren Ausblick auf finalen Präventionsplan als „Give away“
	4. FM 1 + 2: 15 min. Finale Fallbesprechung und Zusammentragung der Ergebnisse
	5. FM 1: 20 min. ausführliche abschließende Dokumentation der Ergebnisse: Fallbeschreibung
	6. FM 1: 20 min. Visualisierung Präventionsplan für TN als Abschiedsgeschenk

Eigene Darstellung

Die mit der Leistungserbringung der Intervention betrauten Pflege- und Gesundheitsexpertinnen verfügten über die in Tabelle 6 dargestellten Vorerfahrungen und Qualifikationen:

Tabelle 6: Qualifikationen der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen

Pflege- expertinnen	Masterstudiengang	Masterabschluss (Jahr)	Berufserfahrung als examinierte Pflegefachkraft (Jahre)	Berufserfahrung mit der Zielgruppe (Jahre)
1	Medizinpädagogik	2024	2	0
2	Pflegewissenschaft / Pflegemanagement (Schwerpunkt: Advanced Practice Nursing)	2023	2	0
3	Medizinpädagogik	2020	6	0
4	HELPP: Versorgungsforschung und -gestaltung	2022	0.5	0
5	Gesundheits- und Pflegepädagogik	2025	5	0
6	Pflegewissenschaft / Pflegemanagement (Schwerpunkt: Advanced Practice Nursing)	2022	2	0
7	Akutversorgung	2022	9	0
8	Gesundheits- und Pflegepädagogik	2020	12	4
Gesundheits- expertinnen	Masterstudiengang	Masterabschluss (Jahr)	Berufserfahrung als examinierte Pflegefachkraft (Jahre)	Berufserfahrung mit der Zielgruppe (Jahre)
1	Gesundheitswissenschaften	2017	0	0
2	Prävention und Gesundheitsförderung	2017	0	0

Eigene Darstellung

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts

Die neue Versorgungsform zeichnete aus, dass prozessbegleitend bei erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung von spezialisierten und geschulten Pflege- und Gesundheitsexpertinnen gesundheitliche Risiken identifiziert und Interventionen der Prävention und Gesundheitsförderung abgeleitet wurden. Methodisch wurde das Fallmanagementverfahren herangezogen, dass der Überwindung von Diskontinuität sowie der Förderung von Nutzer*innen- und Ergebnisorientierung dient. Die Intervention war lebensweltlich orientiert, motivational ausgerichtet und fokussierte alle vier Handlungsfelder der Prävention als ein niedrigschwelliges Unterstützungsangebot für die Zielgruppe. Die

Intervention wurde von einer multizentrischen Evaluation prozesshaft begleitet, wie auch abschließend evaluiert. Zur Gewinnung der Daten wie auch beratend standen zwei Krankenkassen zur Seite. Im Folgenden wird auf einige Besonderheiten in der Durchführung eingegangen.

Rekrutierung Intervention und Einwilligung in die Studie

Trotz anfänglicher Herausforderungen bei der Rekrutierung wurde die angestrebte Teilnehmendenzahl durch gezielte Maßnahmen im Bereich Öffentlichkeitsarbeit und Marketing schließlich im Dezember 2022 annähernd erreicht. Hierfür wurde eine Rekrutierungsstrategie mit Intervention und Konsortialführung vereinbart und die Rekrutierungsbemühungen intensiviert (s. 3.1). Es konnten von den 256 Teilnehmenden letztendlich 251 Teilnehmende in die Intervention einbezogen werden. Ein zentraler Erfolgsfaktor war die enge Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern, die aktiv in die Ansprache potenzieller Teilnehmenden eingebunden wurden. Ergänzt wurde dies durch vielfältige Informations- und Beteiligungsformate – darunter zahlreiche Einzelgespräche, öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen und zielgerichtete Kommunikationsmaßnahmen.

Hinsichtlich des Einschlusses der Teilnehmenden und deren Einwilligung sowie der Rechte der Betreuenden musste zu Beginn des Projekts ein juristisches Gutachten einer Fachrechtsanwältin eingeholt werden. Das Recht der gesetzlichen Vertretung durch eine Betreuungsperson kann im Spannungsverhältnis zwischen dem Recht volljähriger Personen zur freien Selbstbestimmung stehen. Daher sollte für das Projekt auf Grundlage der europäischen Empfehlung zum Rechtsschutz ein möglichst geringer Eingriff in die Selbstbestimmung bei maximalem Schutz geprüft und ein konsentiertes und rechtskonformes Vorgehen zum Einschluss der Teilnehmenden in die Studie entwickelt werden. Das Rechtsgutachten kam zu dem Schluss, dass Teilnehmende, die einer Betreuung unterliegen, selbst in die Teilnahme am Präventionsprogramm (Intervention und Evaluation) und die Verwendung der Daten (Intervention und Evaluation) einwilligen können, soweit sie einwilligungsfähig sind. Sie müssen in der Lage sein, den Umfang und die Tragweite der Vorsorgemaßnahmen sowie der Verwendung der Daten zu überblicken (Nutzen-Risiko-Abwägung). Die Einwilligungsfähigkeit zur Intervention und Evaluation sei für jeden Teilnehmenden im Einzelfall zu prüfen. Anschließend daran wurde ein besonderer Augenmerk daraufgelegt, ob die Teilnehmenden in der Lage waren, die Komplexität und Abhängigkeit des Projekts aus Intervention und Evaluation zu verstehen. Das daraus entwickelte Vorgehen setzt bei nicht vorliegender Einwilligungsfähigkeit die zeitgleiche Unterschrift der Teilnehmenden und gesetzlichen Betreuenden voraus. Lag die Einwilligungsfähigkeit der Teilnehmenden vor, reichte die alleinige Unterschrift des*der Teilnehmenden, die Betreuenden wurden ausschließlich informiert. Die Einwilligungsfähigkeit wurde im Einzelfall überprüft und enthielt neben einer generellen Einschätzung zur zeitlichen, örtlichen und personellen Orientierung, Fragen zum Informationsverständnis (Aufklärungsinhalte der Intervention und Evaluation), Urteilsvermögen (Abwägung über Vor- und Nachteile der Teilnahme an der Studie) und Kommunizieren der Entscheidung (freiwillige und jederzeit zurückziehbare Einwilligungserklärung).

Pflegeexpert*innen

Eine zentrale Herausforderung des Projekts war die Akquise von Advanced Practice Nurses für die Umsetzung der Intervention. Ursprünglich war geplant, Pflegeexpert*innen auf Masterniveau, möglichst APN, mit der Intervention zu betrauen. Als u. a. Pflegefachpersonen mit Masterabschluss bringen sie nach Hamric et al. (2009) als Advanced Practice Nurses umfassende Kompetenzen in der evidenzbasierten pflegerischen Praxis mit. Wie bereits zuvor erwähnt konnten diese nicht in dem gewünschten Umfang eingestellt werden, da es bislang in Deutschland noch nicht flächendeckend APN Studiengänge gibt und somit zu wenige Absolvent*innen ihre Expertise in die Praxis einbringen können. Zudem gibt es derzeit einen hohen Bedarf dieser Expertise in der Praxis und damit eine hohe Konkurrenz. Aus diesem Grund mussten nach monatelangen Akquisebemühungen Expert*innen im Bereich Gesundheit wie durch verwandte Studiengänge der Pflege- oder Gesundheitspädagogik hinzugezogen werden. Zwei der eingestellten Gesundheitsexpertinnen waren ohne pflegerischen Hintergrund. Dieser Herausforderung wurde dadurch begegnet, dass a) alle Expert*innen einheitliche und vorbereitende Schulungen erhielten und b) die Gesundheitsexpertinnen immer in Tandems mit den Pflegeexpertinnen in den Bezirken zusammenarbeiteten. So konnten gemeinsame Synergien entstehen und Vorbehaltstätigkeiten ordnungsgerecht durchgeführt werden.

Spezialisierte Schulung der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen

Trotz der erwarteten Kompetenzen der Pflegeexpert*innen, z. B. in der evidenzbasierten pflegerischen Praxis, ist bekannt, dass die Zielgruppe der Menschen mit geistigen Behinderung in den pflegebezogenen Bildungsgängen (Ausbildung, Bachelor- und Masterstudium) weitgehend unbeachtet ist. Damit war davon auszugehen, dass den Pflegeexpert*innen bei Beginn des Projekts wesentliche Informationen und Kompetenzen im Umgang mit der Zielgruppe allgemein und speziell auf den Aufgabenbereich der Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderung fehlten. Daher wurde vor Beginn des Interventionszeitraums eine Schulung geplant und umgesetzt, die der Kompetenzbildung von Pflegeexpert*innen zur Gesundheitsförderung von Menschen mit Behinderung diene. Für die in Summe zweiwöchige, modularisierte Schulung wurde von der HAW Hamburg ein Curriculum in Anlehnung an die Entwicklungsschritte für modulare Ausbildungsformen von Knigge-Demal (2003) konzipiert. Neben den aus der Intervention sich ergebenden konkreten Inhalten z. B. zum Assessmentinstrument interRAI ID und den Spezifika der Präventionsbereichen Bewegung, Stress, Sucht und Ernährung für die Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung, standen ausgehend von einer Bedarfsanalyse und unter Verortung im Bildungstheoretischen Hintergrund beispielsweise rechtliche Inhalte aber auch Fragen der Professionsentwicklung und professionellen Rollenfindung im Fokus. Insgesamt umfasste die Schulung 5 Module mit 13 Lehreinheiten, wie die folgende Abbildung zeigt:

1. Sozialraum

- Sozialraum und Sozialraumorientierung
- Verfahren der Sozialraumanalyse / Beispiel Standortanalyse

2. Menschen mit geistiger Behinderung als Zielgruppe

- gesundheitliche und soziale Situation von Menschen mit Behinderung
- Rechtlicher Rahmen der Begleitung und Versorgung von Menschen mit Behinderung

3. Kommunikation mit und über Menschen mit geistiger Behinderung

- Leichte Sprache und unterstützte Kommunikation
- Motivierende Gesprächsführung

4. Pflege von Menschen mit geistiger Behinderung

- Rolle von Pflegenden in der Begleitung von Menschen mit Behinderung
- Zielgruppenspezifische pflegerische Assessmentinstrumente / Beispiel interRAI ID

5. Gesundheitsförderung für Menschen mit geistiger Behinderung

- Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Bereich Bewegung
- Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Bereich Stressmanagement
- Maßnahmen der Suchtprävention
- Maßnahmen der Gesundheitsförderung mit Fokus auf gesunde Ernährung
- Einführung in den Umgang mit dem projektbezogenen Dokumentationssystem

Abbildung 2: Module und zugehörige Veranstaltungen des Schulungscurriculums (Schniering, Hampel et al. unveröffentlicht)

Die in der Folge der Akquiseherausforderungen heterogene Qualifikation der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen im Rahmen des Projekts hat dazu geführt, dass das Vorwissen, aber auch die professionelle Identität der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen noch divergenter war. Die Modularisierung der Schulung andererseits hat sich als erfolgreich herausgestellt, da die Einheiten so besser in die sonstigen beruflichen Anforderungen integriert und auf sich ergebende weitere thematische Bedarfe der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen reagiert und diese integriert werden konnten. Da sich in den ersten Kontakten mit der Zielgruppe ein weiterer Schulungsbedarf ergeben hat, wurde am Ende der Schulungsmodule eine ergänzende Schulung zum Thema Ressourcenorientierte Beratung von Menschen mit geistiger Behinderung umgesetzt.

Erstellung eines Dokumentationssystems

Da es sich bei der Intervention des Projekts um eine neue, im Rahmen des Projekts entwickelte Versorgungsform handelt, konnte auch nicht auf bestehende Dokumentationssysteme zurückgegriffen werden. Ausgehend von den Bedarfen der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen und entlang der einzelnen Interventionsbestandteile wurde von der HAW Hamburg ein eigenes Dokumentationssystem entwickelt, das den gesamten Interventionsprozess teilnehmendenbezogen abbilden sollte (s. Anlage 4 EvaB: Dokumentationssystem). Die Dokumentation wurde in Form einer Excel-Tabelle spezifisch für dieses Projekt entwickelt und fortlaufend den Erfordernissen und der Rückmeldung der Durchführenden der Intervention zusammen mit diesen entsprechend überarbeitet bzw. angepasst. Die Vorlage umfasst die Bereiche Beziehungs- und Kontaktaufbau während des ersten Besuches der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen, Assessments und Diagnostik,

themenbezogene Biografie, Ressourcen und Barrieren der Teilnehmenden, den Präventionsplan mit Verlaufsdocumentation für die geplanten Evaluationen alle zwei Monate, Berichte zu jedem Termin, eine Tabelle zur Erfassung von Kurzkontakten sowie den finalen Präventionsplan (vgl. Anlage 4 EvaB).

Theoretische Rahmung der Intervention: Conceptual Framework

Eine evidenzbasierte, theoretisch-konzeptionelle Erschließung des Felds der Gesundheitsförderung von Menschen mit geistiger Behinderung durch Fallmanagement und Pflegeexpertise liegt bisher nicht vor. Um sicherzustellen, dass die neue Versorgungsform zielgerichtet ausgestaltet, und relevante theoretische Bezüge sowie situationsspezifische Anforderungen berücksichtigt wurden, erfolgte die Entwicklung durch die Konsortialpartner HAW Hamburg, HSBI und ESA mit fachlichem Hintergrund in der Pflegewissenschaft, Sozialpädagogik und Gesundheitswissenschaft eines theoretischen Rahmens, ein sogenanntes Conceptual Framework. In der Entwicklung des Conceptual Frameworks ist das Projekt dem six-step-intervention-mapping Prozess (Bartholomew et al., 2006) gefolgt, um die neue Versorgungsform auf Basis eines Logikmodells theoretisch zu rahmen. Der Prozess wurde folgendermaßen umgesetzt:

- 1. Identifikation des Problems:** Fehlende konzeptionelle Rahmung von Interventionen der Gesundheitsförderung bei Menschen mit Behinderung.
- 2. Identifikation der Outcomes:** die Ziele der Intervention sind durch das Projekt vorgegeben und richten sich auf die Verbesserung der Gesundheitssituation, der Resilienz und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Menschen mit Behinderung.
- 3. Wahl der Methoden und Strategien:** eine Vielzahl an strukturellen Einflussfaktoren und theoretisch-methodischen Grundlagen wurde auf die Relevanz für die geplante Intervention geprüft.
- 4. Programmerstellung:** die verschiedenen Ebenen sind in einem Modell zusammengefloßen.
- 5. Implementation und 6. Evaluation:** die Implementation und Evaluation der geplanten Intervention erfolgten im Rahmen des Projekts in vier Gruppen bzw. einem komplexen Evaluationsdesign. Informationen dazu sind in den jeweiligen Abschnitten dieses Berichts sowie im Manual und dem Evaluationsbericht zu finden.

Das Conceptual Framework verbindet somit verschiedene Theorien und Modelle miteinander und machte sie für die Ziele des Projekts und die Umsetzung im konkreten Interventionsprozess nutzbar. Zentral steht dabei die Interaktion zwischen Pflege- und Gesundheitsexpertinnen und den teilnehmenden Menschen mit geistiger Behinderung. Zusätzlich wurden Einflussfaktoren und Bedingungen herausgearbeitet. Als relevante Grundlagen wurden u.a. spezifische Modelle zur Rolle von APNs (vgl. Modell nach Hamric et al., 2009 und PEPPA+ Framework vgl. Bryant-Lukosius et al., 2004), Sozialraumorientierung (vgl. Hinte & Treeß, 2014), das Health Promotion Model, das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (vgl. Prochaska et al., 2015), sowie die Konzepte der Gesundheitskompetenz und Resilienz. Das entwickelte Conceptual Framework ist der folgenden Abbildung zu entnehmen:

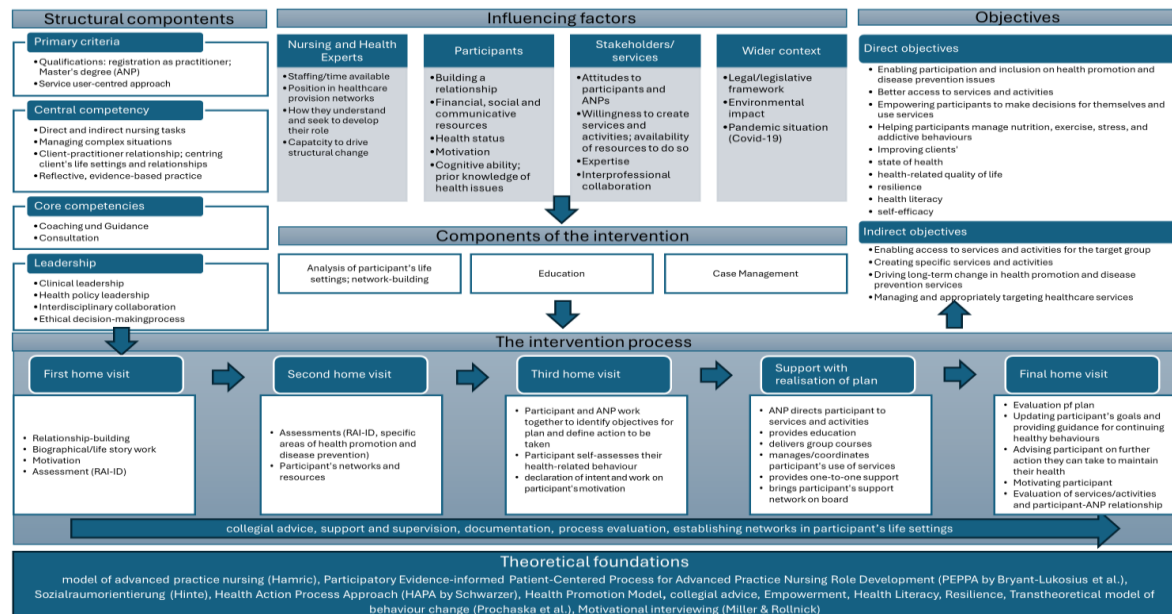


Abbildung 3: Conceptual Framework (Schniering, Nadolny et al., unveröffentlicht)

Wesentliche Arbeitsplanänderungen

Aufgrund anhaltender Veränderungen im Gesamtprojekt, ausgehend von einem verzögerten Finanzierungsbescheid, ergaben sich Verzögerungen, z. B. bei den Stellenbesetzungen, v.a. der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen, die den Interventionsstart verzögerten. Zusätzlich war für eine erfolgreiche Rekrutierung der angestrebten Teilnehmendenzahl ein vorliegendes und genehmigtes Datenschutzkonzept notwendig, dessen Erarbeitungsprozess sich aufgrund von geänderten Richtlinien und Veränderung des Einwilligungsverfahren mit einem erhöhten Koordinationsaufwand verlängerte. Dadurch war die Einschreibung von Teilnehmenden rechtlich noch nicht möglich. Aus diesem Grund musste der Start der Intervention um ein Quartal nach hinten verschoben werden. Diese Verschiebung um drei Monate zog eine Gesamtprojektverschiebung um ebenfalls drei Monate nach sich. Beide Veränderungen wurden durch Anträge zu Arbeitsplanänderungen durch den Projektträger genehmigt (s. Änderungsbescheid vom 12.04.2024 zur ausgabenneutralen Verlängerung des Förderzeitraums um drei Monate vom 1. Januar 2022 bis 31. März 2025).

Darüber hinaus konnte mit der Mobil Krankenkasse im Laufe der Projektlaufzeit ein neuer Konsortialpartner gewonnen werden, der am 04.11.2022 offiziell dem Selektivvertrag der AOK Rheinland/Hamburg beigetreten ist. Hierfür wurde die Aufnahme der Mobil Krankenkasse (MKK) als weiterer Konsortialpartner beantragt, die ebenso mit dem Änderungsbescheid vom 12.04.2024 positiv beschieden wurde.

Wesentliche Änderungen in der Evaluation und Intervention

Durch die erschwerte Rekrutierung konnten zwar 251 Personen an der Intervention teilnehmen, von denen aber 37 Personen nachträglich aufgenommen wurden und daher nicht in den Zeitraum der Randomisierung des RCT fielen. Aus diesem Grund konnten nur 214 Teilnehmende für die RCT randomisiert werden. Die 37 Personen wurden nachträglich zusätzlich aufgenommen. Sie wurden als Beobachtungsgruppe geführt, um zusätzliche Daten für die Querschnittserhebung zu gewinnen, ohne den randomisierten Studiendesignprozess zu beeinträchtigen.

Hierfür wurde beim Projektträger eine Änderung der Fallzahlenplanung und damit verbundene Arbeitsplanänderung für den Konsortialpartner Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf beantragt. Es erfolgte eine rückwirkende Fallzahlenreduktion von $n=256$ auf $n=251$ Teilnehmende. $N=37$ Teilnehmende erhielten zusammen mit der Wartekontrollgruppe die Intervention und wurden zu den Messpunkten t4 und t5 befragt (s. Änderungsbescheid vom 21.04.2023).

Hinsichtlich des Erhebungszeitpunkt t3 gab es weitere Änderungen. Dieser war wegen der Verblindung nicht gleichzeitig mit t2 möglich. Der Erhebungszeitpunkt t3 wurde daher verschoben, da eine gleichzeitige Durchführung mit t2 die Verblindung der Studie gefährdet hätte.

Das WHODAS 2.0 zur Einschätzung des Gesundheitsstatus als primäres Outcome musste angepasst werden. Die 36-Item-Version wurden auf 32 Items reduziert, weil der Abschnitt zu Arbeit/Schule häufig nicht beantwortet werden konnte und dadurch keine valide Datengrundlage bot. Die verbleibenden Items gewährleisteten weiterhin eine aussagekräftige Erhebung.

2.4 Erfahrungen mit der Implementierung/ Maßnahmen

Die Erfahrungen aus dem Projekt unterstreichen den Bedarf der Zielgruppe, sich mit dem Thema der Gesundheitsförderung und der Prävention intensiv auseinanderzusetzen. Die Ziele der Teilnehmenden bewegten sich vorwiegend in den, mit Bezug auf das Präventionsgesetz (2015) gewählten, vier Handlungsfeldern der Prävention Bewegung, Ernährung, Stress- und Suchtmanagement und bestätigten den Ansatz. Darüber hinaus waren Teilhabe und Partizipation zentrale Themen. Der Setting-Ansatz hat sich als geeignete Strategie bewährt, um einen guten Zugang zur Zielgruppe zu erhalten. Barrieren für die Teilhabe an Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen konnten vermindert bzw. abgebaut werden. Die ganzheitlich geplante neue Intervention beinhaltete verhaltens- und verhältnispräventive Leistungen. Die Intervention unterstützte erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung unter anderem dabei, ihren Gesundheitszustand zu verbessern. Zudem war eine enge Verknüpfung von verhaltensorientierten und verhältnisorientierten Maßnahmen im Sinne der Sozialraumorientierung erfolgversprechend für eine nachhaltige und langfristige Verbesserung der individuellen Gesundheitssituation. Die Einbindung von Ressourcen im Sozialraum ermöglichte eine Aufrechterhaltung der Maßnahmen, auch wenn die professionelle Unterstützung beendet war.

Die Intervention wurde auf Grundlage der Teilleistungserläuterungen durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen durchgeführt und kontinuierlich evaluiert. In der konkreten Umsetzung zeigte sich, dass einzelne Interventionsschritte nur mit einem höheren zeitlichen und personellen Aufwand als in der Kalkulation angenommen, umgesetzt werden konnten. So zeigten die Erfahrungen aus der Praxis, dass zum Beispiel der tatsächliche Zeitaufwand für die partizipative Erstellung des Präventionsplans unter Anwendung verschiedener Methoden und Materialien aufgrund der spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse der Zielgruppe höher als geplant war. Da die Begleitung der Teilnehmenden in den Teilleistungen (IV und V) durch eine fest zugewiesene Expertin erfolgte, wurde auch im finalen Präventionsbesuch das abschließende Gespräch nur durch diese Expertin geführt, um an der entstandenen Beziehung

anzuknüpfen. Die zweite Expertin war nur mehr zur kollegialen Beratung für die finale Fallbesprechung und finale Präventionsplanung vorgesehen. So gelang es einen Teil des erhöhten Personalaufwands, insbesondere aus Teilleistung II, auszugleichen.

Des Weiteren stellte sich für die Intervention zudem heraus, dass die Gruppenberatungen nicht in der angebotenen Anzahl von den Teilnehmenden abgerufen wurden. Dies begründete sich durch die hohe Diversität der Teilnehmenden. Für einen Teil der Teilnehmenden waren die Gruppenschulungen sehr zielführend. Andere Teilnehmende haben Gruppenangebote von Seiten der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen nicht angewählt, da sie im Rahmen konkreter Präventionsmaßnahmen an Gruppenangeboten teilgenommen haben oder eher aufgrund individueller Bedarfe von Individualberatungen der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen profitierten. Für die Teilnehmenden ergaben sich dennoch keine Nachteile, da die Inhalte der Beratungen sowohl in den Individualberatungen als auch in der Begleitung der Präventionsmaßnahmen aufgegriffen wurden bzw. Teil der Präventionsmaßnahmen selbst waren.

Weitere positive Erfahrungen konnten durch eine gezielte Anbindung der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen an die Eingliederungshilfe gemacht werden. Die Expertinnen hatten einen guten Zugang zu den kooperierenden Trägern der Eingliederungshilfe, die sowohl Büros sowie Infrastruktur bereitstellten. Der Zielgruppe bekannte Orte konnten so niedrigschwellig für das Projekt genutzt werden. Auch von der langjährigen Vernetzungsstruktur von Mitarbeitenden der Eingliederungshilfe konnte profitiert werden. Eine qualitativ hochwertige Netzwerkarbeit mit einem beständigen Monitoring der regionalen Gesundheitsförderungs- und Präventionsoptionen und sozialräumlichen Partner bildete die Grundlage für die durchzuführende Intervention.

Für die Implementierung der neuen Intervention stellte sich als ein entscheidender Erfolgsfaktor die intensive Vernetzung der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen im Sozialraum dar. Bereits bestehende, gut funktionierende Netzwerke in den Bereichen Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung erleichterten den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen die Umsetzung erheblich. In Regionen mit weniger ausgeprägten Netzwerkstrukturen mussten die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen deutlich mehr Zeit investieren, um Netzwerke aufzubauen und die Implementierung aktiv voranzutreiben. Die Netzwerke bestanden unabhängig von Bezirks- oder Stadtteilgrenzen und waren über das gesamte Hamburger Stadtgebiet verteilt.

Ein wichtiger Gelingensfaktor für die erfolgreiche Implementierung war zudem die Anbindung der Intervention an vorhandene Versorgungsstrukturen der Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung und eine gute Zusammenarbeit mit den relevanten Akteur*innen aus dem Gesundheitssystem.

2.5 Rechtsgrundlage

Am Projekt konnten alle Menschen mit geistiger Behinderung teilnehmen, die die Einschlusskriterien erfüllten. Abhängig von der jeweiligen Krankenkasse waren dafür zwei Wege vorgesehen: a) Sofern ein Selektivvertrag für die neue Interventionsform zwischen der Krankenkasse und dem Interventionsgeber vorlag, wurden Teilnehmende über den

Selektivvertrag eingeschrieben. b) bei Personen, deren Krankenkasse dem Selektivvertrag nicht beigetreten ist, wurden individuelle Behandlungsverträge zwischen Interventionsgeber und Teilnehmenden abgeschlossen.

Zu a): Im Rahmen des Projekts war für die neue Interventionsform nach §92a SGB V der §140a SGB V als Rechtsgrundlage für den Versorgungsvertrag vorgesehen. Hierzu wurde durch die als Konsortialpartner beteiligte Krankenkasse AOK Rheinland/Hamburg ein Selektivvertrag (s. SB Anhang 1a) als Rechtsgrundlage für die Erbringung der Leistungen entwickelt sowie abgeschlossen. Der Kooperationspartner BKK Landesverband Nord-West unterstützte bei dem Einschluss ihrer Betriebskrankenkassen in den Selektivvertrag, sodass die Mobil Krankenkasse dem Selektivvertrag beitreten konnte (s. SB Anhang 1b). Inhaltlich regelt der Selektivvertrag die Versorgung mit einem spezifischen Fallmanagement und spezialisierter Pflegeexpertise in Form eines niedrighschwelligen Unterstützungsangebots in den Präventionsbereichen Bewegung, Stressmanagement, Sucht und Ernährung zur Verbesserung der Gesundheit, Resilienz und Lebensqualität der Teilnehmenden durch das Evangelische Krankenhaus Alsterdorf. Die am Selektivvertrag teilnehmenden Krankenkassen informierten, soweit möglich, ihre Versicherten über das Projekt und verpflichteten sich zur Übermittlung der relevanten Routinedaten für die Evaluation. Der Selektivvertrag regelt die mögliche Teilnahme der Versicherten und datenschutzrechtliche Aspekte im Zusammenhang dieses Vertrags. Bzgl. der Vergütung regelt der Selektivvertrag ausdrücklich, dass für die zu erbringenden Leistungen im Rahmen des Projekts keine gesonderte Vergütung gewährt wird, sondern die Leistungen aus den Fördermittel finanziert werden und Vergütungen entsprechend dem Förderbescheid erfolgen.

Zu b): Darüber hinaus konnten nach § 630a BGB auch Behandlungsverträge mit den Teilnehmenden abgeschlossen werden, die nicht bei der AOK Rheinland/Hamburg oder bei der Mobil Krankenkasse versichert waren. Diese umfassten die Freiwilligkeit der Teilnahme an dem Projekt und umfassten die Intervention ebenso wie die Einwilligung zur Datenerhebung, Verarbeitung und Nutzung der projektspezifischen Daten unter Einhaltung der Vorgaben der DSGVO sowie Rücktrittsmodalitäten. Teilnehmende wurden informiert, dass ihnen für die Teilnahme keine Kosten entstehen, da auch in diesem Fall die Leistungen im Rahmen der Fördermittel entgolten wurden. Über das Auskunftsrecht der Versicherten nach §302 SGB V (Patient*innenquittung) ist die evaluierende Stelle an die durch die Vertrauensstelle anonymisierten Kassendaten gelangt. Hier wurde im Austausch mit den Evaluator*innen überprüft, ob die Anzahl der Routinedaten ausreichte, oder ob mit den Krankenkassen der durch den Behandlungsvertrag eingeschlossenen Leistungsempfänger*innen eine Absprache zur Weitergabe der Routinedaten erfolgen musste.

Mit der gesetzlichen Grundlage §140a SGB V kann grundsätzlich die integrierte Versorgung in Form einer fach- und sektorenübergreifenden und interdisziplinären wie auch regionalen Verbesserung der Versorgungsqualität sichergestellt werden. Diese ist insbesondere bei schwierigen, komplexen und sektorenübergreifenden Zielgruppen, wie Menschen mit geistiger Behinderung, von Vorteil. Hiermit kann die regionale Versorgung der genannten Zielgruppe mit den kooperierenden Akteur*innen unter Zuhilfenahme des Fallmanagements verbessert werden und auch die Lebenswelt wie die quartiersbezogene Versorgung und das häusliche Umfeld berücksichtigt werden. Die erstellten Selektivverträge ermöglichten es, auf örtliche Besonderheiten gezielt einzugehen und spezielle regionale und krankheitsspezifische

Versorgungsprobleme zu lösen. Dabei konnte in der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen von kollektivvertraglichen Regelungen abgewichen werden und neue Versorgungsansätze mit geeigneten Partner*innen etabliert und auf ihren Erfolg hin überprüft werden. Selektivverträge bieten weiterhin Vorteile wie eine geregelte Nutzung der sozial- und personenbezogenen Daten immer unter Einhaltung des Grundsatzes der Datenminimierung, wie auch zur Weiterführung geeigneter und evaluierter Interventionen durch geförderte Projekte des Innovationsfonds in die Regelversorgung.

3 Methodik

3.1 Bausteine der Evaluation

Die Evaluation der neuen Versorgungsform orientierte sich am CIPP-Modell (Stufflebeam & Zhang, 2017; Stufflebeam & Shinkfield, 2007) und umfasste daher eine Evaluation des Kontextes, des Inputs, der Prozesse sowie des Produkts (bzw. der Outputs und Outcomes). Zudem wurden die Prinzipien des Medical Research Council (MRC) zur Entwicklung und Evaluation komplexer Interventionen (Craig et al., 2008, Mühlhauser et al., 2011) berücksichtigt und in das CIPP-Modell integriert. Somit untersuchte die Evaluation Aspekte der Umsetzbarkeit (feasibility), der Veränderungsprozesse und Wirkmechanismen (change process) sowie der Wirksamkeit (effectiveness). Im gesundheitsökonomischen Teil der Evaluation wurden Kosten-Nutzen-Aspekte (cost effectiveness) evaluiert.

Die Evaluation dieser unterschiedlichen Ebenen erfolgte mittels eines parallelen Mixed-Methods Designs aus mehreren Evaluationsbausteinen, die sich unterschiedlicher methodischer Zugänge bedienten. Diese sind in Abbildung 4 dargestellt. Sowohl die Interventions- als auch die Kontrollgruppe wurden aus Kapazitätsgründen in zwei Kohorten aufgeteilt (vgl. Kap. 3.1.1). Die zwei verschiedenen Zeitschienen bildeten die unterschiedlichen Erhebungszeitpunkte für die zwei Kohorten ab.

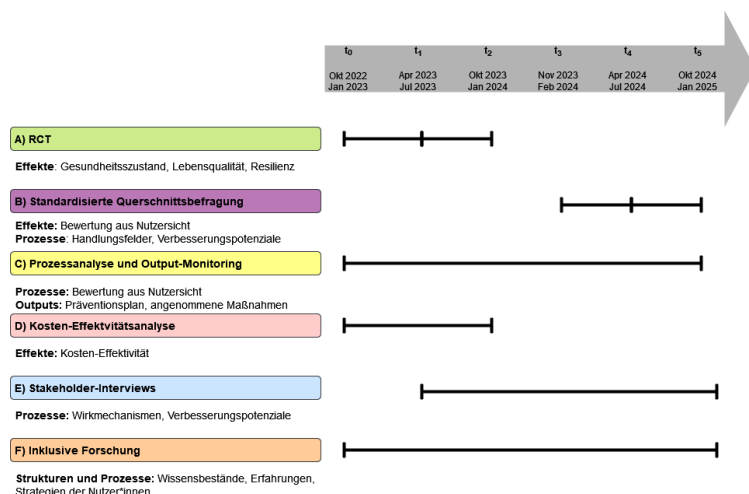


Abbildung 4: Evaluationsbausteine und Zeitschiene (eigene Darstellung)

Wirksamkeitsevaluation

Zur Wirksamkeitsevaluation wurde eine zweiarmige, randomisiert-kontrollierte Studie mit Wartegruppendedesign durchgeführt. Die Teilnehmenden in der Kontrollgruppe erhielten zunächst die Regelversorgung. Nach Abschluss der Datenerhebung an t2 erhielten die Teilnehmenden der Kontrollgruppe dieselbe neue Versorgungsform über zwölf Monate wie die Teilnehmenden der Interventionsgruppe. Die RCT beinhaltete drei Messzeitpunkte: vor Beginn, nach 6 Monaten, nach 12 Monaten (t0, t1 und t2). Als Outcomes wurden dabei, wie unter 1.2 beschrieben, die Auswirkungen der Versorgungsform auf den Gesundheitszustand der Teilnehmenden, auf deren Resilienz sowie auf deren gesundheitsbezogene Lebensqualität analysiert.

Rekrutierung für die Evaluation

Die Rekrutierung erfolgte über die Träger der Eingliederungshilfe in Hamburg, insbesondere, aber nicht ausschließlich, über die im Antrag benannten Kooperationspartner ohne Förderung. Verantwortlich für die Rekrutierung war der Konsortialpartner Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf (EKA), unterstützt durch die Konsortialführung. Diese entwickelten Informationsmaterial in Leichter Sprache für die potenziellen Studienteilnehmer*innen sowie in Alltagssprache für Bezugspersonen, Mitarbeiter*innen in den Einrichtungen und gesetzlich Betreuende. Informiert wurden zunächst die Träger. Dies wurde von Aktivitäten zur Öffentlichkeitsarbeit der beiden genannten Konsortialpartner flankiert. Mitarbeiter*innen des EKA und der HAW boten über das Projekt informierende Veranstaltungen bei den Trägern an. Interessierte Einrichtungen wurden in der Folge gebeten, ihre Klientel hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien zu screenen, die in Kapitel 2.2 beschrieben sind. Diese sowie ggf. deren gesetzliche Betreuer*innen erhielten die Informationsmaterialien, zudem wurden nach Bedarf für diesen Personenkreis weitere Informationsveranstaltungen oder persönliche Informationsgespräche organisiert.

Die formelle Aufklärung erfolgte sowohl mündlich als auch mittels schriftlicher Aufklärungsdokumente durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen des EKA. Für Rückfragen hinsichtlich der Evaluation wurden zudem Kontaktdaten der Evaluator*innen weitergegeben. Auf Basis einer informierten Einwilligung erfolgte schließlich die Einschreibung in den Selektivvertrag, die eine ebenfalls beim EKA angesiedelte Stelle vornahm. Dabei wurde zugleich informiert in die Teilnahme an der Evaluation eingewilligt, wobei die Beteiligung an den qualitativen Befragungen optional war. Zu Beginn jeder quantitativen und qualitativen Datenerhebung versicherten sich die Forscher*innen des ongoing consent der zu Befragenden. Die Rekrutierung erfolgte in zwei Kohorten. Die erste Kohorte startete zum 01.10.2022, die zweite zum 01.01.2023. Die Zuordnung zu den Kohorten ergab sich aus dem Rekrutierungsprozess. Teilnehmende, von denen bis zum 30.09.2022 die vollständigen Einwilligungserklärungen vorlagen, wurden zur Kohorte 1, Teilnehmende mit einem späteren Rekrutierungszeitpunkt zu Kohorte 2 zugeordnet. Die Interventionen waren in beiden Kohorten identisch. Die Teilnehmenden wurden zudem bei der Terminvereinbarung zur ersten Datenerhebung darum gebeten, eine feste Bezugsperson zu benennen, die an den Datenerhebungen teilnimmt. Als Bezugspersonen der Teilnehmenden wurden Personen definiert, die den Teilnehmenden nahe genug standen, um Aussagen über ihren

Gesundheitszustand und ihr Verhalten treffen zu können. Dabei konnte es sich beispielsweise um Familienangehörige, professionell Unterstützende oder gesetzlich Betreuende handeln.

Stichprobengröße

Zur Ermittlung der erforderlichen Stichprobengröße für die Studie wurde eine Poweranalyse mit der Software G*power (Faul et al., 2009) durchgeführt. Basierend auf einer Effektgröße von $f = 0,23$ für eine ANCOVA, einer Power von 0,8 und einem Signifikanzniveau von 0,05 mit Bonferroni-Korrektur auf 0,025 ergab die Analyse, dass 184 Teilnehmer*innen erforderlich waren, um eine ausreichende statistische Power zu erreichen. Aufgrund des innovativen Charakters der Versorgungsform hinsichtlich komplexer Intervention und Zielgruppe, konnten a priori keine Effektstärken aus eng vergleichbaren Studien herangezogen werden. Ähnliche Interventionen (komplexe Interventionen unter Beteiligung von Fallmanagement) zeigen überwiegend moderate bis schwache Effekte. Daher wurde für die Fallzahlschätzung pragmatisch von einer moderaten Effektstärke ausgegangen, die auf dem Nachweis einer Effektstärke von $f=0,23$ (mittlerer Effekt, ausgehend von einer Varianzaufklärung des Gruppeneffekts von 5 %) mittels ANCOVA beruht. Da bezogen auf die Outcomes Gesundheitsstatus, gesundheitsbezogene Lebensqualität und Resilienz jeweils zwei Hypothesen an der gleichen Stichprobe getestet wurden (jeweils an zwei Messzeitpunkten), war eine Korrektur der Family-wise Error Rate (FWER) erforderlich. Zur Family-wise Korrektur der Alpha-Fehler wurde daher für jede der Hypothesen eine Bonferroni-Korrektur angewandt. Aufgrund des Zeitrahmens von einem Jahr, der Besonderheiten der Zielpopulation und der Komplexität der Intervention wurde eine Dropout-Rate von 30 % geschätzt. Geplant wurde 256 Teilnehmende (128 pro Gruppe) für die Studie zu rekrutieren.

Randomisierung

Die Teilnehmenden wurden mit dem R-Package "randomizeR" (Uschner et al., 2018) mit zufällig permutierten Blockgrößen von zwei, vier oder sechs randomisiert (Eldridge & Kerry, 2012). Die zufällige Zuordnungssequenz wurde von einer Forscherin der HSBI generiert, die für die Terminvereinbarung mit den Teilnehmenden zur Datenerhebung verantwortlich war. Die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen waren für die Rekrutierung der Teilnehmenden für die Studie verantwortlich. Die Person, die für die Generierung der Zuordnungssequenz verantwortlich war, war ebenso dafür zuständig, die Teilnehmenden den Gruppen zuzuordnen und die Teamkoordinatorin der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen darüber zu informieren, welche Teilnehmenden in welcher Gruppe waren.

Verblindung

Aufgrund der Art der Intervention war es nicht möglich, die Teilnehmenden und die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen zu verblinden. Eine Verblindung der Forschenden während der Datenerhebung und -analyse war jedoch möglich. Der Verblindungsstatus der Datenerhebenden wurde zu jedem Messzeitpunkt überprüft. Die Teilnehmenden und ihre primären Bezugspersonen wurden angewiesen, ihre Gruppenzugehörigkeit nicht preiszugeben. Darüber hinaus wurden die Datenerhebenden angewiesen, selbst nicht über die Intervention zu sprechen und auch die Teilnehmenden nicht dazu zu ermutigen. Die Daten wurden von mehreren Forschenden analysiert, die jeweils keine Kenntnis von den Ergebnissen

der anderen Forschenden hatten, um Verzerrungen im Analyseprozess zu minimieren. Nach Abschluss der Datenanalyse wurde die Gruppenzugehörigkeit bekannt gegeben.

Prozessevaluation

Die Prozessevaluation hatte die Aspekte der Durchführbarkeit, Effektivität und Veränderungsprozesse aus Sicht der Nutzer*innen und Leistungserbringer zum Gegenstand. Zudem wurde das Erreichen der in Tabelle 1 dargestellten Output-Kriterien im Sinne eines Output-Monitorings analysiert (mit Ausnahme der Kriterien 4 und 7, die im Zuge der qualitativen Interviews mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen erhoben wurden). Dazu erfolgten eine standardisierte Querschnittserhebung sowie eine Dokumentenanalyse.

Es wurden zwei unterschiedliche standardisierte Querschnittsbefragungen an drei Messzeitpunkten durchgeführt. Zum einen erfolgte eine Befragung nach Abschluss des jeweiligen Interventionszeitraums (t3 in der Interventionsgruppe, t5 in der Wartegruppe). Zum anderen wurde die Wartegruppe nach 6 Monaten während ihrer nachgelagerten Intervention befragt (t4). Hierzu wurden standardisierte Fragebögen basierend auf Vorerfahrungen mit der Zielgruppe erstellt (Grebe et al., 2026). Es wurden sowohl die Teilnehmenden als auch die Bezugspersonen (siehe Definition unter Wirksamkeitsevaluation) befragt.

Die Dokumentenanalyse erfolgte auf Grundlage der gesamten Versorgungsdokumentation der Interventionsgruppe nach dem Ende des jeweiligen Interventionszeitraums (t3).

Für die qualitative Evaluation wurden leitfadengestützte Stakeholder-Interviews mit einem Convenience Sample der Studienteilnehmenden, professionell unterstützenden Personen (z. B. Assistenzpersonen), Angehörigen (z.T. gesetzlich Betreuende), Leistungserbringenden von Präventionsangeboten sowie allen Pflege- und Gesundheitsexpertinnen geführt. Zudem wurde ein Fokusgruppeninterview mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen nach erfolgter Intervention geführt. Die Interviews fokussierten die Durchführbarkeit der Intervention, die Beziehungsgestaltung zwischen Studienteilnehmenden und Pflege- und Gesundheitsexpertinnen, die bewährten Strategien und Ansätze sowie Umsetzungshindernisse und passende Verbesserungsvorschläge. Die qualitativen Daten wurden mittels strukturierender Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2016) vorrangig induktiv codiert und ausgewertet.

Als weiterer qualitativer Zugang erfolgte eine Einbeziehung der Perspektive der Zielgruppe auf die Themen Prävention und Gesundheitsförderung im Sinne inklusiver Forschung, wobei eine Partizipation der Menschen mit geistiger Behinderung durch eine „Forschungs-AG“ mit fünf Menschen mit geistiger Behinderung ermöglicht wurde. Deren Teilnehmende entwickelten unter der Leitung der Forschenden der HSBI eine für sie relevante Fragestellung sowie ein angemessenes Erhebungsinstrument und interviewten wiederum Menschen mit geistiger Behinderung. Die so gewonnenen Daten wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

Gesundheitsökonomische Evaluation

Grundlage für die gesundheitsökonomische Analyse der Intervention sind Kosten- und Nutzendaten der Interventions- sowie Kontrollgruppe zu den Bereichen Kosten und Nutzen. Für den Vergleich der beiden Gruppen wurden die jeweiligen Kosten- und Nutzenwerte gegenübergestellt. Sofern es möglich und sinnvoll war, erfolgte im Anschluss die Berechnung

eines „Incremental Cost Effectiveness Ratio“ (ICER). Zu diesem Zweck wird die Differenz der Gesamtkosten durch die Differenz des Effektivitätsmaßes geteilt. Im Ergebnis wird das Verhältnis der „zusätzlichen Kosten pro zusätzlicher Einheit des Gesundheitseffekts“ ausgegeben (siehe nachfolgende Formel).

$$IKER = \frac{C_{IG} - C_{KG}}{E_{IG} - E_{KG}}$$

IKER = Inkrementelle Kosteneffektivitätsrelation

C_{IG} = durchschnittliche Kosten der Interventionsgruppe

C_{KG} = durchschnittliche Kosten der Kontrollgruppe

E_{IG} = durchschnittliche Effekte der Interventionsgruppe

E_{KG} = durchschnittliche Effekte der Kontrollgruppe

3.2 Datenerhebung und Erhebungsinstrumente

Wirksamkeitsevaluation

Die Datenerhebung der randomisiert-kontrollierten Studie erfolgte mittels strukturierter Interviews, die an dem von den Teilnehmenden bevorzugten Ort (z. B. zu Hause, am Arbeitsplatz usw.) in Anwesenheit der primären Bezugsperson durchgeführt wurden. In Ausnahmefällen wurden die Daten telefonisch erhoben (z. B. wenn Teilnehmende im Urlaub waren). Die Interviewer*innen wurden in quantitativer Datenerhebung, der Durchführung standardisierter Interviews mit Menschen mit geistiger Behinderung und Leichter Sprache geschult. Jede Frage wurde wie in den Erhebungsinstrumenten angegeben vorgelesen. Für die Instrumente, die bei den Teilnehmenden als Selbsteinschätzung zum Einsatz kamen, wurden Erklärungen in Leichter Sprache entwickelt, um den Teilnehmenden bei Bedarf zusätzliche Unterstützung bieten zu können (s. EvaB Anlage 1: Erhebungsbogen RCT).

Als primäres Outcome wurde der Gesundheitsstatus nach 12 Monaten gemessen. Als Messgröße wurde der Gesamtscore des WHODAS 2.0 (Üstün et al., 2010) in der 32-Item-Proxy-Version eingesetzt. Der WHODAS adressiert inhaltlich die Domänen Verständnis und Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, Umgang mit anderen Menschen, Tätigkeiten des alltäglichen Lebens und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und wird als Score zwischen 0 und 100 Punkten ausgedrückt.

Folgende sekundäre Outcomes wurden erfasst:

- Gesundheitsstatus nach 6 Monaten, gemessen mittels WHODAS 2.0 (t0 bis t1)
- Resilienz nach 6 Monaten, gemessen mit der RS-11 (Schumacher et al., 2005) (t0 bis t1)
- Resilienz nach 12 Monaten, gemessen mit der RS-11 (t0 bis t2)
- gesundheitsbezogene Lebensqualität nach 6 Monaten, gemessen mittels EQ5D-VAS (Ludwig et al., 2018) (t0 bis t1)
- gesundheitsbezogene Lebensqualität nach 12 Monaten, gemessen mittels EQ5D-VAS (t0 bis t2)

Die eingesetzten Instrumente erfüllen die wissenschaftlichen Gütekriterien hinsichtlich Reliabilität und Validität über verschiedene Populationen hinweg (vgl. Glarin et al., 2010; Potcovaru et al., 2024; Üstün et al., 2010 für den WHODAS, Kocalevent et al., 2015;

Schumacher et al., 2005 für den RS-11 und Ludwig et al., 2018 für den EQ5D). Es bestehen jedoch keine Validationsstudien für die Zielpopulation, da keine validierten und übersetzten Instrumente in deutscher Sprache vorliegen.

Zur Beschreibung der Stichprobe wurden zudem demografische Daten erhoben sowie Daten zum funktionellen und sozio-ökonomischen Status sowie zur Versorgungssituation. Ein Pretest wurde durchgeführt.

Eine Übersicht der Outcomes und der zur Messung verwendeten Instrumente zeigt folgende Tabelle 7.

Tabelle 7: Übersicht der Outcomes, Instrumente und Messzeitpunkte der RCT

	Outcome	Instrument	Messzeitpunkt	Befragte
Primäres Outcome	Gesundheitsstatus	WHODAS 2.0	t ₂	Bezugspersonen
Sekundäre Outcomes	Gesundheitsstatus	WHODAS 2.0	t ₁	Bezugspersonen
	Resilienz	RS-11	t ₁ , t ₂	Teilnehmende
	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	EQ5D-VAS	t ₁ , t ₂	Teilnehmende und Bezugspersonen

Eigene Darstellung

Prozessevaluation

Die standardisierte Querschnittsbefragung wurde bei den Studienteilnehmenden mittels eines strukturierten Interviews durchgeführt. Es wurden vier Fragebögen entwickelt, jeweils zwei pro Befragtengruppe basierend auf den Erfahrungen in einer vorherigen Studie mit der Zielgruppe (Grebe et al., 2026). Die Definition von Bezugspersonen war identisch zur randomisiert-kontrollierten Studie.

Tabelle 8: Erhebungsinstrumente der standardisierten Querschnittserhebung

Messzeitpunkt	Erhebungsinstrument	Befragte
t3	Eigens entwickelte Fragebögen mit Fokus auf Gesamtintervention	Teilnehmende und Bezugspersonen
t4	Eigens entwickelter Fragebogen mit Fokus auf partizipative Erstellung des Präventionsplans	Teilnehmende und Bezugspersonen
t5	Fragebögen aus t3	Teilnehmende und Bezugspersonen

Die Erhebung der Bezugspersonen wurde als schriftliche Online-Befragung via LimeSurvey (Limesurvey GmbH, o.J.) angeboten. In Ermangelung eines verfügbaren Instrumentariums der für diese Studie und Zielgruppe spezifischen Fragestellungen wurden eigens entwickelte Fragebögen für die standardisierte Befragung eingesetzt, die die Fragestellungen in geeigneter Weise operationalisierten (s. EvaB Anlage 2 + 3: Erhebungsbögen Querschnittsbefragung). Die Fragebögen wurden vor dem Einsatz einem Pre-Test unterzogen.

Für die Dokumentenanalyse übermittelten die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen jeweils 3 Monate nach Interventionsbeginn sowie nach dem Abschluss der Intervention in pseudonymisierter Form digital sämtliche Versorgungsdokumentationen der betreffenden Kohorte an die Evaluator*innen.

Studienteilnehmende, die sich mitten im Interventionsprozess oder kurz danach befanden und für ein qualitatives Interview in Frage kamen, wurden von Mitarbeitenden der Hochschule Bielefeld telefonisch kontaktiert und nach ihrer Bereitschaft zur Teilnahme an einem Interview befragt. Bei Zustimmung wurde über das Vorhaben der Interviewstudie aufgeklärt und ein Termin vereinbart. Dieser Prozess wurde ebenso mit professionell unterstützenden Personen, Angehörigen und Leistungserbringenden von Präventionsangeboten durchgeführt, wobei die Kontaktaufnahme teilweise per E-Mail erfolgte, wenn diese telefonisch nicht erreichbar waren. Die Datenerhebung fand primär vor Ort in den jeweiligen Wohn- oder Arbeitsstätten der befragten Personen statt. In Ausnahmefällen wurde ein telefonisches oder digitales Interview durchgeführt. Für alle Stakeholder-Gruppen wurden separate Interviewleitfäden entwickelt, die sich in der themenübergreifenden Grundstruktur (Beschreibung der Präventionsbesuche, bewährte Strategien, Umsetzungshindernisse und Bewertung der durchgeführten Maßnahmen) ähneln. Je nach Zielgruppe wurden die Leitfäden ausdifferenziert, um die jeweilige Perspektive erheben zu können. Die Entwicklung der Leitfäden erfolgte nach gängigen Kriterien (Helfferich, 2011) (s. EvaB Anlage 5-12: Interviewleitfäden). Alle Leitfäden wurden in einem kognitiven Pretest auf Verständlichkeit und Eignung geprüft. Der Leitfaden für die Interviews mit Studienteilnehmenden wurde zudem gemeinsam mit einem Büro für Leichte Sprache entwickelt, in dem auch Personen aus der Zielgruppe arbeiten.

Für die inklusive Forschung wurde mit der Methode Photo-Voice (Wang & Burris, 1997) ein Forschungsthema identifiziert. Die Co-Forschenden fotografierten Aspekte ihres Alltags, die mit Gesundheit in Verbindung stehen, und diskutierten diese in der Gruppe. Nach einem Auswahlprozess entschieden sie sich für das Thema „Ernährung“. Anschließend entwickelten sie gemeinsam einen Interviewleitfaden (s. EvaB Anlage 14: Interviewleitfaden partizipative Forschung), der durch die professionell Forschenden um zusätzliche Fragen ergänzt wurde. Der resultierende Fragebogen entstand somit als Koproduktion von Forschungs-AG und akademischen Forschenden. Die Datenerhebungen erfolgten teils bei der Arbeit der Interviewpartner*innen mit geistiger Behinderung (Werkstatt), teils bei ihnen zu Hause. Die Co-Forschenden führten die Interviews teils selbst mit Unterstützung durch, teilweise wurden sie durch eine akademisch Forschende übernommen.

Gesundheitsökonomische Evaluation

Für die Ermittlung der Kosten wurden Routinedaten der beteiligten Krankenkassen sowie für Teilnehmende, die bei anderen Krankenkassen versichert waren, die Patient*innenquittungen gemäß § 305 Abs. 2 SGB V nach Anforderung durch die Teilnehmenden verwendet. Es wurden folgende Kosten für die gesundheitsökonomische Evaluation berücksichtigt:

- Kosten der ärztlichen Behandlung
- Medikamente
- Krankenhaus
- Kosten der zahnärztlichen Behandlung
- Sonstige Leistungen (Kosten der Heil- und Hilfsmittel sowie der häuslichen Krankenpflege)

Zusätzlich wurden die Interventionskosten ermittelt.

Ein maßgeblicher Bestandteil gesundheitsökonomischer Evaluationen ist die Gegenüberstellung der Kosten zu einem Nutzen. Dieser wurde im Rahmen der Studie anhand von 3 Messinstrumenten erfasst:

- RS-Score zur Messung der Resilienz
- EQ5D beschreibt die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Erwachsenen
- WHO DAS Score misst über verschiedene Dimensionen den allgemeinen Gesundheitszustand.

Die neue Versorgungsform wurde nachgelagert auch der Kontrollgruppe angeboten. In der Kontrollgruppe wurde eine Intervention erst nach drei Zeitpunkten der Datenerhebungen offeriert.

3.3 Datenauswertung

Wirksamkeitsevaluation

Zunächst wurden die Daten von den papierbasierten Erhebungsbögen im Vier-Augen-Prinzip digitalisiert und anschließend von einem dritten Forschenden eine Qualitätsprüfung der eingegebenen Daten vorgenommen. Fehlende Werte wurden durch Imputation der jeweiligen Mittelwerte ergänzt (s. EvaB). Anschließend wurden die Daten mittels Chi-Quadrat-Tests, dem exakten Test nach Fisher sowie unabhängigen t-Tests auf Baseline-Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe getestet. Für jedes Outcome wurde eine separate Kovarianzanalyse (ANCOVA) für beide Zeitpunkte (t1, t2) durchgeführt, um auf Gruppenunterschiede zu testen. Dabei diente das Outcome zum jeweiligen Zeitpunkt als abhängige Variable und der Baseline-Wert (t0) als Kovariate. Bei einem Bonferroni-korrigierten Signifikanzniveau von jeweils 0,025 wurden drei alternative Hypothesen getestet: Die Interventionsgruppe unterschied sich von der Kontrollgruppe in Bezug auf: 1) den Gesundheitszustand nach sechs und zwölf Monaten, 2) die Resilienz nach sechs und zwölf Monaten und 3) die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach sechs und zwölf Monaten.

Die folgenden Modellannahmen wurden für jede ANCOVA getestet: 1) Homogenität der Regressionssteigungen mit Untersuchung der Wechselwirkungen, 2) Linearität zwischen Kovariate und unabhängiger Variable mit Linearitätstest, 3) Normalverteilung der standardisierten Residuen mit Shapiro-Wilk- und Kolmogorov-Smirnov-Test sowie Überprüfung der Q-Q-Plots, 4) Homoskedastizität mit Levene-Test und 5) Ausreißer und Extremwerte mit Hebelwerten und Cook-Abstand.

Es wurde eine vergleichende Analyse zwischen den Dropouts und den verbleibenden Teilnehmenden durchgeführt, um mögliche Unterschiede in den Ergebnissen zu identifizieren. Zusätzlich wurde ein Vergleich zwischen den Dropouts in der Interventions- und Kontrollgruppe durchgeführt, um relevante Unterschiede festzustellen.

Da die Intervention als Advanced Nursing Practice Intervention geplant war, wurde eine Sensitivitätsanalyse mit einer ANCOVA nur für die Teilnehmenden, die ausschließlich von Pflegeexpertinnen betreut wurden, durchgeführt.

Die Datenanalyse wurde mit IBM SPSS Version 29.0 (IBM Corp., 2023) durchgeführt.

Prozessevaluation

Zunächst erfolgte eine Digitalisierung und Kontrolle der auf Papier erhobenen Daten analog zum Vorgehen der RCT. Die Analyse der Daten der Querschnittserhebung von allen drei Erhebungszeitpunkten erfolgte mittels deskriptiver Statistik. Es wurden relative und absolute Häufigkeiten für die einzelnen Erhebungszeitpunkte berechnet sowie Kreuztabellen zur weiteren Exploration erstellt. Die Analyse erfolgte ebenfalls mit IBM SPSS.

Die Analyse der Dokumentation erfolgte deduktiv und induktiv anhand eines Kategoriensystems mit Verfahren der qualitativen und quantitativen Inhaltsanalyse unter Verwendung von SPSS und MAXQDA (VERBI Software, 2021). Die qualitativen Daten wurden anhand von Kategorien quantifiziert, sodass ausschließlich quantitative Ergebnisse berichtet werden.

Die qualitativen Daten wurden mithilfe einer strukturierten Inhaltsanalyse in MAXQDA ausgewertet. Durch offenes Kodieren entstand ein Verständnis der Inhalte, und es wurden zentrale Schwerpunkte identifiziert. Anschließend entwickelten die Hauptverantwortlichen ein überwiegend induktives Kategoriensystem und ordneten die Codes systematisch den jeweiligen Kategorien zu. Ergänzend wurden auf Grundlage der Interviewleitfäden acht Hauptkategorien sowie eine Querschnittskategorie deduktiv abgeleitet. Somit verlief der Analyseprozess sowohl induktiv als auch deduktiv und war klar an den vordefinierten Forschungsinteressen orientiert (s. EvaB Anlage 13: Codebook Datenauswertung qualitative Studie).

Die Interviewdaten aus der inklusiven Forschung erfolgte ebenfalls mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) in MAXQDA durch die akademisch Forschende. Das induktiv entwickelte Kategoriensystem wurde im Team der Forschenden vorgestellt und Feedback eingeholt. Eine kommunikative Validierung der Ergebnisse durch die Forschungs-AG war geplant, ließ sich jedoch aus zeitlichen und personellen Gründen nicht mehr realisieren.

4 Projektergebnisse

4.1 Randomisiert-kontrollierte Studie

Stichprobe

Es wurden 214 Menschen mit geistiger Behinderung für die Evaluationsstudie rekrutiert. Die kumulative Abbruchquote betrug 4,21 % bei t0, 12,2 % bei t1 und 17,3 % bei t2. Die Gründe für den Studienabbruch sind im Evaluationsbericht dargestellt. Darüber hinaus beantworteten zehn Bezugspersonen das WHODAS- und EQ5D-Assessment zu t2 nicht, sodass 167 Fälle für das primäre Outcome zu t2 analysiert werden konnten.

Die Baseline-Charakteristika der Gruppen waren ähnlich (siehe Tabelle 7). Es bestand ein statistisch signifikanter Unterschied in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei der Fremdeinschätzung mit einem Mittelwert von +6,05 zugunsten der Interventionsgruppe ($p = 0,017$).

Tabelle 9: Baseline-Daten

Variable		Interventions- gruppe (n=102)	Kontroll- gruppe (n=103)	Total (n=205)	p-Wert (Gruppen- unterschiede)
Alter in Jahren, Mittelwert $\pm$ SD*		40.27 $\pm$ 12.0	42.34 $\pm$ 12.6	41.31 $\pm$ 12.3	0.231**
Geschlecht, weiblich n (%)		56 (54.9)	53 (51.5)	109 (53.2)	0.621***
Wohnsituation, n (%)	Allein	33 (32.4)	28 (27.5)	61 (29.9)	0.854****
	In der Familie	6 (5.9)	7 (6.9)	13 (6.4)	
	Ambulante Wohngruppe	39 (38.2)	44 (43.1)	83 (40.7)	
	Stationär	24 (23.5)	23 (22.5)	47 (23.0)	
Unterstützung im Alltag, n (%) (Mehrfachantwort)	keine	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.945***
	Durch Familie/ Freunde/ Nachbar*nnen	62 (60.8)	59 (57.8)	121 (59.6)	
	Durch professionelle Dienste	92 (90.2)	96 (94.1)	188 (92.6)	
Stadtbezirk in Hamburg, n (%)	Altona	8 (7.8)	5 (4.9)	13 (6.3)	0.525****
	Bergedorf	17 (16.7)	10 (9.7)	27 (13.2)	
	Eimsbüttel	8 (7.8)	8 (7.8)	16 (7.8)	
	Harburg	5 (4.9)	9 (8.7)	14 (6.8)	
	Mitte	14 (13.7)	20 (19.4)	34 (16.6)	
	Nord	19 (18.6)	23 (22.3)	42 (20.5)	
	Wandsbek	31 (30.4)	28 (27.2)	59 (28.8)	
WHODAS Domäne Kognition (0-100, höher=stärkere Einschränkung), Mittelwert $\pm$ SD		35.74 $\pm$ 18.8	36.12 $\pm$ 18.0	35.93 $\pm$ 18.3	0.882**
WHODAS Domäne Mobilität (0-100, höher=stärkere Einschränkung), Mittelwert $\pm$ SD		22.67 $\pm$ 25.6	26.4 $\pm$ 28.2	24.54 $\pm$ 26.9	0.323**
WHODAS Domäne Selbstversorgung (0-100, höher=stärkere Einschränkung), Mittelwert $\pm$ SD		19.61 $\pm$ 20.8	19.81 $\pm$ 23.9	19.71 $\pm$ 22.3	0.950**
WHODAS Domäne soziale Kontakte (0-100, höher=stärkere Einschränkung), Mittelwert $\pm$ SD		37.50 $\pm$ 27.3	40.37 $\pm$ 25.0	38.94 $\pm$ 26.1	0.433**
WHODAS Domäne Alltagstätigkeiten (0-100, höher=stärkere Einschränkung), Mittelwert $\pm$ SD		54.12 $\pm$ 28.4	48.74 $\pm$ 30.3	51.41 $\pm$ 29.4	0.191**
WHODAS Domäne Teilhabe (0-100, höher=stärkere Einschränkung),		43.22 $\pm$ 18.2	39.64 $\pm$ 16.4	41.42 $\pm$ 17,4	0.141**

Mittelwert±SD				
Outcomes				
Gesundheitsstatus (WHODAS, 0-100, höher=stärkere Einschränkung), Mittelwert±SD	35.89±14.5	35.50±14.9	35.70±14.7	0.231**
Resilienz (RS-11, 11-77, höher=größere Resilienz) Mittelwert±SD	53.41±9.5	54.85±9.5	54.13±9.5	0.621**
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ5D, Selbsteinschätzung, 0-100, höher=mehr Lebensqualität) Mittelwert±SD	66.69±19.7	66.67±22,9	66.68±21.3	0.850**
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ5D, Fremdeinschätzung, 0-100, höher=mehr Lebensqualität) Mittelwert±SD	67.13±17.4	61.07±14.9	64.08±18.2	0.017**

Eigene Darstellung

*SD=Standardabweichung, Signifikanztest erfolgt mit **unabhängigem t-Test, ***Chi²-Test und ****Fishers exaktem Test.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der ANCOVA sind in Tabelle 8 dargestellt. Alle Ergebnisse werden als kovariatenbereinigte MDs mit der Interventionsgruppe als Referenz angegeben. Höhere Werte beim Gesundheitszustand weisen auf einen schlechteren Gesundheitszustand hin, während höhere Werte bei den Instrumenten zur Messung der Resilienz und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität auf eine bessere Resilienz und Lebensqualität hindeuten.

In Bezug auf das primäre Outcome, den Gesundheitszustand bei t2, wurde ein Gruppeneffekt mit einer MD von -4,38 festgestellt ($F(1,164) = 0,272$, $p = 0,009$, CI= -8,13 bis -0,62, adjustiertes $R^2 = 0,449$). Die Effektstärke lag bei $\eta^2 = 0,041$, was einer kleinen bis mittleren Effektstärke entspricht.

In Bezug auf die sekundären Outcomes konnten keine Gruppeneffekte festgestellt werden.

Die Ergebnisse der ANCOVAs lauten jedoch wie folgt: Der Gesundheitszustand bei t1 erreichte eine MD von -1,06 ($F(1,181) = 0,272$, $p = 0,602$, CI= -3,51 bis 5,62, adjustiertes $R^2 = 0,234$).

Der Resilienz-Score bei t1 zeigte eine MD von +0,51 ($F(1,181) = 0,184$, $p = 0,660$, KI: -3,11 bis 2,10, angepasstes $R^2 = 0,339$) und einen MD von +2,70 bei t2 ($F(1,170) = 3,904$, $p = 0,050$, KI= -5,78 bis 0,39, angepasstes $R^2 = 0,318$).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Selbsteinschätzung) stieg bei t1 zugunsten der Interventionsgruppe um eine MD von +0,72 ($F(1,182) = 0,061$, $p = 0,805$, CI= -5,88 bis 7,32, adjustiertes $R^2 = 0,260$) und um eine MD von -1,19 ($F(1,181) = 0,129$, $p = 0,720$, CI= -8,71 bis 6,33, adjustiertes $R^2 = 0,720$) bei t2 zugunsten der Kontrollgruppe.

Die Fremdeinschätzung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität ergab eine MD bei t1 von -0,91 ($F(1,179)=0,131$, $p=0,718$, $CI=-6,63$ bis $4,80$, angepasstes $R^2=0,270$) zugunsten der Kontrollgruppe und eine MD von +0,78 ($F(1,163)=0,089$, $p=0,766$, $CI=-5,17$ bis $6,73$, adjustiertes $R^2=0,263$) zugunsten der Interventionsgruppe bei t2.

Tabelle 10: Outcome-Daten t1 und t2

Variable	Interventionsgruppe (Mittelwert $\pm$ SD*)	Kontrollgruppe (Mittelwert $\pm$ SD*)	MD** (adjustiert für Kovariate)	97,5 % CI*** für adjustierte MD	p- Wert****	Partielles Eta- Quadrat
T1						
Gesundheitsstatus (WHODAS, 0-100, höher=stärkere Einschränkung), IG: n=92/KG: n=93	36.00 $\pm$ 15.9	37.03 $\pm$ 15.5	-1.06	-3.51 to 5.62	0.602	0.002
Resilienz (RS-11, 11- 77, höher=größere Resilienz), IG: n=92/KG: n=93	53.88 $\pm$ 9.4	54.29 $\pm$ 9.7	+0.51	-3.11 to 2.10	0.660	0.001
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ5D, Selbsteinschätzung, 0- 100, höher=mehr Lebensqualität), IG: n=92/KG: n=93	69.90 $\pm$ 22.7	69.09 $\pm$ 23.6	+0.72	-5.88 to 7.32	0.805	0.000
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ5D, Fremdeinschätzung, 0-100, höher=mehr Lebensqualität), IG: n=92/KG: n=93	66.52 $\pm$ 19.7	64.34 $\pm$ 19.8	-0.91	-6.63 to 4.80	0.718	0.001
T2						
Gesundheitsstatus (WHODAS, 0-100, höher=stärkere Einschränkung), IG: n=77/KG: n=90	32.30 $\pm$ 13.1	36.88 $\pm$ 15.2	-4.38	-8.13 to - 0.62	0.009	0.041
Resilienz (RS-11, 11- 77, höher=größere Resilienz), IG: n=83/KG: n=91	55.18 $\pm$ 10.5	53.21 $\pm$ 11.1	+2.70	-5.78 to 0.39	0.050	0.022

Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ5D, Selbsteinschätzung, 0-100, höher=mehr Lebensqualität), IG: n=83/KG: n=91	67.17±23.9	68.14±25.4	-1.19	-8.71 to 6.33	0.720	0.001
Gesundheitsbezogene Lebensqualität (EQ5D, Fremdeinschätzung, 0-100, höher=mehr Lebensqualität), IG: n=77/KG: n=90	65.81±19.5	61.89±20.8	+0.78	-5.17 to 6.73	0.766	0.001

Eigene Darstellung

*SD=Standardabweichung, **Mittelwertsdifferenz (MD) adjustiert für Kovariate (Baseline-Wert der Variable (t0)), ***CI=Konfidenzintervall, ****p-Wert der ANCOVA für den Gruppeneffekt.

Die Ergebnisse der Testung der Modellannahmen für alle ANCOVAs im Hinblick auf Homogenität der Regressionssteigerungen sowie Linearität der Kovariate und der unabhängigen Variable waren statistisch nicht signifikant ($p > 0,05$). Die Gleichheit der Varianzen war erfüllt ($p > 0,05$). Kein Wert für den Cook-Abstand überschritt den kritischen Wert von 1. Bei den Hebelwerten gab es nur wenige relevante Ausreißer für jedes Outcome. Bei der Durchführung der ANCOVAs unter Ausschluss der Ausreißer blieb die Richtung der Effekte jedoch stabil. Lediglich bei der Testung der Normalverteilung wurde die Annahme der Normalität beim WHODAS zu t2 (Kolmogorov-Smirnov: $p = 0,046$, Shapiro-Wilk: $p = 0,04$), EQ5D-Selbsteinschätzung bei t2 (Kolmogorov-Smirnov: $p = 0,093$, Shapiro-Wilk: $p < 0,001$) und EQ5D-Proxy bei t1 (Kolmogorov-Smirnov: $p = 0,014$, Shapiro-Wilk: $p < 0,001$) und t2 (Kolmogorov-Smirnov: $p = 0,093$, Shapiro-Wilk: $p < 0,001$) nicht erfüllt. Q-Q-Plots zeigten ebenfalls Anzeichen für Nicht-Normalität. Daher wurden für diese Ergebnisse Bootstrap-ANCOVAs durchgeführt, die Ergebnisse blieben belastbar.

Für die Drop-out-Analyse lagen Daten von ($n=28$) Personen vor. Sie waren überwiegend männlich ($n = 16$, 57,1 %) und 50,0 % ($n = 14$) lebten in einer ambulanten Einrichtung. Sie wiesen zu allen Zeitpunkten höhere Werte auf dem EQ5D, niedrigere Werte auf dem RS-11 und höhere Werte auf dem WHODAS als die verbliebenen Teilnehmenden auf, die jedoch statistisch nicht signifikant waren. Auch im Gruppenvergleich bestanden Unterschiede zwischen den Studienabbrecher*innen (s. EvaB). Um die potenziellen Auswirkungen der Studienabbrecher*innen zu berücksichtigen, wurden die fehlenden Outcome-Daten der Studienabbrecher*innen für alle Outcomes anhand der Werte des letzten vorhandenen Erhebungszeitpunkts imputiert und die ANCOVA für alle Ergebnisse wiederholt. Die Ergebnisse blieben robust.

Bei einer Post-hoc-Poweranalyse mit G*power wurde eine Power von 0,76 hinsichtlich des beabsichtigten Unterschieds von $f = 0,23$ im primären Outcome festgestellt.

Da ursprünglich eine Advanced Practice Nurse-geleitete Intervention beabsichtigt war, führte die HSBI eine Sensitivitätsanalyse durch, bei der nur die Teilnehmenden berücksichtigt

wurden, die von Pflegefachkräften betreut wurden, und erzielten dabei stabile Ergebnisse. Die Ergebnisse für den WHODAS bei t2 für n=137 waren: ($F(1, 134) = 5,37$, $p = 0,022$, 97,5 % KI = -9,46 bis -0,10, bereinigtes $R^2 = 0,425$, $\eta^2 = 0,039$).

Zu t0 war in 18,4 % (n = 27) der Fälle die Gruppenzuordnung den datenerhebenden Forschenden bekannt, während es zu t1 36,0 % (n = 67) und zu t2 40,3 % (n = 71) waren. In den meisten Fällen informierten die Teilnehmenden selbst die Forschenden (65,7 %; n = 115/175 Datenerhebungen, bei denen eine Entblindung stattfand).

4.2 Standardisierte Querschnittsbefragung

Stichprobe

In der Querschnittserhebung der Teilnehmenden wurden Daten zu 198 Fällen, davon 81 aus der Interventions- und 117 aus der Wartegruppe erfasst. Für die Teilnehmer*innen der Wartegruppe liegen nicht durchgängig Daten von beiden Erhebungszeitpunkten (t4 und t5) vor. In der Querschnittserhebung der Bezugspersonen wurden Daten zu 166 Fällen, davon 69 aus der Interventions- und 97 aus der Kontrollgruppe, erfasst. Für die Bezugspersonen der Wartegruppe liegen nicht durchgängig Daten von beiden Erhebungszeitpunkten (t4 und t5) vor. Über alle Erhebungszeitpunkte hinweg betrachtet, lag die Teilnahmequote der Teilnehmenden an der Querschnittserhebung bei 87,4 %, die der Bezugspersonen bei 69,8 %.

Ergebnisse

Verständnis des Präventionsplans und der Intervention

Am Ende des Interventionszeitraums hatte die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden (92,7 %) keine Verständnisprobleme in Bezug auf den Präventionsplan und bewertete die im Plan festgehaltenen Maßnahmen als positiv (94,9 %).

Nach Ansicht der Bezugspersonen hatte der Großteil der Teilnehmenden (71 %) den Sinn der Intervention verstanden oder eher verstanden.

Bewertung der Informations- und Beratungsangebote

Die Teilnehmenden machten gemischte Angaben darüber, ob es durch die Intervention zu einem Wissenszuwachs gekommen ist. Der seltenste Wissenszuwachs ist am Ende der Intervention im Bereich Bewegung (39,4 %), der häufigste im Bereich Ernährung (65,1 %) zu verzeichnen. Darüber hinaus hatten die Teilnehmenden methodische, strukturelle und inhaltliche Veränderungswünsche für die Beratungen. Am häufigsten war der Wunsch nach weiteren Tipps, Informationen oder Methoden zu Gesundheitsthemen.

Die Bezugspersonen bewerteten am Ende der Intervention die Beratungen durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen überwiegend als passend oder eher passend (73 %) für die Teilnehmenden.

Bewertung der neuen Versorgungsform

Die Teilnehmenden nahmen überwiegend einen Nutzen der neuen Versorgungsform für sich persönlich wahr. Die meisten Teilnehmenden sahen am Ende des Interventionszeitraums ihre Erwartungen an das Projekt als erfüllt an (75,3 %) und berichteten, dass ihnen die Teilnahme

gutgetan habe (86,9 %). Über die Hälfte gab zudem an, nun mehr für ihre Gesundheit zu tun (60,8 %). Die Intervention insgesamt wurde von den Teilnehmenden im Mittel mit einer Schulnote von 1,57 bewertet.

Die Bezugspersonen waren zum Ende der Intervention überwiegend der Ansicht, dass die Teilnehmenden genau oder eher die Angebote erhalten hatten, die nötig waren (53,3 %), und dass die Relevanz der eigenen Gesundheit für die Teilnehmenden zugenommen oder eher zugenommen hat (53,7 %). Die Erwartungen der Teilnehmenden sahen 57,3 % als erfüllt oder eher erfüllt an, ihre eigenen Erwartungen beurteilten 52,1 % als erfüllt. Zudem wurden noch einige positive Nebeneffekte wie ein gesteigertes Selbstbewusstsein bei den Teilnehmenden beobachtet. Insgesamt gaben die Bezugspersonen der Intervention im Mittel eine Schulnote von 2,7.

Selbstständigkeit der Maßnahmenumsetzung

Über die Hälfte der Teilnehmenden gab am Ende der Intervention an, selbstständig an Präventionsangeboten teilnehmen zu können (57 %), etwas weniger sind zuversichtlich, dass sie auch zukünftig weiterhin an den Präventionsangeboten teilnehmen werden (47,7 %).

Die Bezugspersonen waren weniger optimistisch, nur 26,6 % schätzten es als wahrscheinlich oder eher wahrscheinlich ein, dass die Teilnehmenden nach Interventionsende selbstständig an den Präventionsangeboten teilnehmen. 44,6 % gaben an, dass die Teilnehmenden von den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen gezielt auf die selbstständige Teilnahme vorbereitet wurden.

Verhaltensänderungen

Bei den Veränderungen von gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen ergab sich ein gemischtes Bild. 36,6 % der Befragten gaben an, ihr Verhalten im Bereich Bewegung und 49,1 % im Bereich Ernährung verändert zu haben. Ihr Verhalten im Bereich Stress haben 31,1 % der Befragten laut eigener Aussage verändert und 27,7 % der Befragten sagten, ihr Verhalten im Bereich Sucht verändert zu haben. Die häufigsten konkreten Änderungen waren mehr gesunde Lebensmittel zu essen, sich bewusster zu ernähren, sich im Alltag mehr zu bewegen, weniger Zucker zu konsumieren und mehr Sport zu treiben.

Auch die Bezugspersonen zeichneten ein gemischtes Bild zu den Verhaltensänderungen der Teilnehmenden. Das Verhalten im Bereich Bewegung positiv verändert oder eher positiv verändert zu haben, lag laut Aussage der Bezugspersonen bei 40,5 %. Positive und eher positive Verhaltensänderungen bei der Ernährung nahmen insgesamt 45,2 % der befragten Bezugspersonen wahr. 51 % bemerkten eine positive oder eher positive Veränderung im Bereich Stress bei den Teilnehmenden und 25 % eher positive Veränderungen im Bereich Sucht.

Zusammenarbeit mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen

Die Beziehungsgestaltung durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen wurde von den Teilnehmenden überwiegend positiv bewertet. Jeweils 96,2 % fühlten sich von den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen am Ende der Intervention ernst genommen und konnten sich mit Fragen an sie wenden. 96,7 % äußerten sich zufrieden mit ihrer Beziehung zu den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen. Auch die Zusammenarbeit mit den Pflege- und

Gesundheitsexpertinnen wurde von den Teilnehmenden überwiegend positiv beurteilt. 97,8 % schätzten die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen als zuverlässig ein und 92,9 % der Teilnehmenden gaben an, dass die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen wiederkommen dürften. Die Arbeit der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen wurde von den Teilnehmenden insgesamt mit einer Note von im Mittel 1,45 bewertet.

Die Bezugspersonen hatten von der Beziehung zwischen den Teilnehmenden und den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen ebenfalls einen positiven Eindruck. 92 % hatten den Eindruck, dass zwischen ihnen ein gutes Verhältnis bestand und 84,4 %, dass die Teilnehmenden zufrieden mit der Beziehung waren. Zum Ende des Interventionszeitraums waren die Bezugspersonen mit ihrer eigenen Beziehung zu den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen in 62,4 % der Fälle insgesamt zufrieden oder eher zufrieden. 32,6 % gaben an, dass es keine Beziehung zwischen ihnen und den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen gegeben habe. Der Austausch mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen wurde von den Bezugspersonen etwas kritisch gesehen. 53,9 % wollten gern über den aktuellen Stand informiert werden, jedoch wurden nur 38,3 % regelmäßig oder eher regelmäßig informiert. 68,1 % standen nicht oder eher nicht im regelmäßigen Austausch mit den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen über die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen. Insgesamt gaben die Bezugspersonen der Arbeit der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen im Mittel eine Note von 2,2.

4.3 Dokumentenanalyse

Stichprobe

Insgesamt konnten 88 Dokumentationen aus der Interventionsgruppe analysiert werden, davon 30 aus der ersten und 58 aus der zweiten Kohorte.

Ergebnisse

Erstellung und Aktualisierung des Präventionsplans

Ein Präventionsplan lag in allen analysierten Dokumentationen vor, wurde jedoch nur in 61,4 % der Fälle pünktlich fertiggestellt und war nur in 27,3 % der Fälle vollständig ausgearbeitet. Eine regelmäßige Evaluation alle 2 Monate erfolgte nicht, es fehlten im Mittel 3,4 von 6 geplanten Evaluationen.

Verständnis der Maßnahmen

In 94,3 % der Dokumentationen war keine Aussage zu finden, ob und wie viele Maßnahmen verstanden oder nicht verstanden wurden. In 5 Fällen wurde dokumentiert, dass Maßnahmen nicht verstanden wurden (5,7 %).

Umsetzung der Maßnahmen

Insgesamt wurden 1182 geplante Maßnahmen und 692 durchgeführte Maßnahmen dokumentiert. Dabei waren nicht alle durchgeführten Maßnahmen auch geplant. Bei den geplanten Maßnahmen lag der Schwerpunkt auf eigenständigen Maßnahmen (n=451) und externen Angeboten (n=389). Bei den durchgeführten Maßnahmen wurden vermehrt individuelle Maßnahmen durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen dokumentiert (n=390).

Für die Umsetzung hinderliche Faktoren waren struktureller und personenbezogener Natur oder lagen in der Interaktion zwischen den mitwirkenden Personen begründet. Die häufigsten hemmenden Faktoren waren psychische Barrieren der Teilnehmenden (n=63), Probleme mit dem Präventionsangebot (terminlich, Eignung) (n=56) und behinderungsbedingte Einschränkungen (n=50).

Dokumentation der Gründe und Auswirkungen von Krankenhauseinweisungen, Arztbesuchen und Pflegegrad-Änderungen

In 13 Fällen gab es insgesamt 16 Krankenhauseinweisungen im Interventionszeitraum (14,8 %). Für alle Einweisungen wurden Gründe dokumentiert. Die Auswirkungen auf den Präventionsplan wurden in 84,6 % der Fälle nicht dokumentiert. Bei 32 Teilnehmenden wurden insgesamt 42 ungeplante Ärzt*innenbesuche dokumentiert (36,4 %). Die Dokumentation der Gründe für den Ärzt*innenbesuch erfolgte bei 31 Teilnehmenden (96,8 %). In 15,6 % der Fälle, in denen ein ungeplanter Ärzt*innenbesuch dokumentiert wurde, wurde auch ein Effekt auf den Präventionsplan dokumentiert. Es wurden in keiner Dokumentation die Änderungen des Pflegegrads im Interventionszeitraum dokumentiert. Die Dokumentation enthält darüber hinaus keine Informationen zu einer durchgeführten Analyse der Bedeutung der Gründe für die Prävention der Zielgruppe.

Selbstständigkeit der Maßnahmenumsetzung

In 77,3 % der Fälle haben Teilnehmende am Ende des Interventionszeitraums selbstständig Maßnahmen aus allen 4 Präventionsbereichen durchgeführt (n=68). Betrachtet man entsprechend des Outputkriteriums nur die regionalen Präventionsangebote, ohne die individuellen, im eigenen Zuhause durchgeführten Maßnahmen, konnten in 30,7 % der Fälle (n=27) die Teilnehmenden selbstständig an Präventionsangeboten teilnehmen. Darunter waren Sportkurse, eine Kochgruppe, eine Entspannungsgruppe, eine Ernährungsberatung und eine Suchtberatung.

Verhaltensänderungen

In 45 Fällen wurden positive Verhaltensänderungen im Bereich der Bewegung beschrieben (51,1 %), die häufigste Veränderung war die vermehrte Durchführung von Individualsport. Bei 52 Teilnehmenden wurde eine positive Verhaltensänderung im Bereich der Ernährung dokumentiert (59,1 %), am häufigsten wurde der Konsum gesunder Lebensmittel gesteigert. Im Präventionsbereich Stress wurden bei 38 Teilnehmenden positive Verhaltensänderungen dokumentiert (43,2 %), die häufigste Veränderung war die Anwendung von Methoden zur Stressregulation. Bei 43 Teilnehmenden wurde eine positive Verhaltensänderung im Bereich Sucht dokumentiert (48,9 %), am häufigsten wurde der Zuckerkonsum reduziert.

4.4 Qualitative Evaluation

Stichprobe

Im qualitativen Teil der Evaluation wurden 86 Einzelinterviews und ein Fokusgruppeninterview geführt. Die Stichprobe setzte sich zusammen aus: N=26 Studienteilnehmenden, N=19 professionell unterstützenden Personen (17 Bezugs- und 2 Arbeitsassistentenpersonen), N=15 Angehörigen (davon 10 gesetzlich Betreuende), N=11

Leistungserbringenden von Präventionsangeboten und N=8 Pflege- und Gesundheitsexpertinnen (von denen 7 doppelt befragt wurden, so dass insgesamt N=15 Interviews mit Pflege- und Gesundheitsexpertinnen vorliegen) sowie eine Fokusgruppe mit den Pflegeexpertinnen.

Ergebnisse der qualitativen Befragung der Stakeholder

Die qualitativen Daten wurden in acht Oberkategorien und eine übergeordnete Querschnittskategorie unterteilt, die sich aus den Leitfäden ergeben. Die Oberkategorien umfassen die Projektteilnahme, die Rolle der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen, die Involviertheit der Stakeholder, deren Zusammenarbeit, die Präventionsbesuche und die Begleitung durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen, die genutzten Präventionsangebote sowie die Auswirkungen der Intervention. Die Querschnittskategorie fasst die Bewertung der Intervention zusammen und identifiziert förderliche und hinderliche Faktoren sowie Verbesserungsvorschläge. Alle Subkategorien wurden induktiv gebildet und liefern detaillierte Erkenntnisse.

Die Arbeit der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen

Den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen werden vermittelnde, vernetzende, begleitende, beratende, koordinierende, motivierende und unterstützende Funktionen zugeschrieben. Zudem sollten sie über Gesundheits-, Pflege-, und sozialpädagogische und didaktische Kompetenzen verfügen. Methodisch bewährten sich die Personenorientierung, die Visualisierung und Verschriftlichung von Inhalten, die Nutzung Leichter Sprache, die teilweise selbst entwickelten und eingesetzten Projektmaterialien sowie die Anregung zur Reflexion und Wiederholung.

Involviertheit und Zusammenarbeit der Stakeholder

Die professionell unterstützenden Personen und Angehörigen trugen zur Intervention bei, indem sie organisatorische Aufgaben übernahmen und die Umsetzung der angeordneten Maßnahmen unterstützten. Die Zusammenarbeit zwischen Pflege- und Gesundheitsexpertinnen und professionell unterstützenden Personen oder Angehörigen betraf zumeist Absprachen per Telefon oder inhaltliche Informationsweitergabe.

Begleitung, Maßnahmen und externe Angebote

Die Begleitung durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen über das Jahr gestaltete sich individuell: Es wurden edukative Beratungen durchgeführt, nach externen Angeboten gesucht und angemeldet, Aktivitäten durchgeführt und sich spielerisch gesundheitlichen Themen genähert. Die Maßnahmen, die die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen selbst mit den Studienteilnehmenden durchgeführt oder dazu angeleitet haben, umfassten zumeist gemeinsame Einkäufe, Ernährungsumstellungen, die Nutzung verschiedener Gesundheits-Apps, Spaziergänge, Sport- und Bewegungsübungen sowie Techniken zur Stressbewältigung und Entspannung.

Externe Präventionsangebote, wie z. B. Kochkurse, Tanzen und Meditationskurse oder Angebote in Fitnessstudios und Schwimmbädern, wurden vorrangig durch Vernetzungsarbeit, Recherchen, Programm- und Angebotshefte und die Sozialraumanalyse gefunden. Die

Anmeldung und der erste Besuch wurden häufig durch die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen begleitet oder fanden direkt eigenständig statt.

Auswirkungen und Beurteilung der Intervention

Wenn von Auswirkungen der Intervention berichtet wurde, bezog sich dies in den meisten Fällen auf selbst- oder fremdwahrgenommene Verhaltensänderungen, Wissenserweiterungen, gesteigertes Wohlbefinden, gesteigertes gesundheitliches Bewusstsein, Motivationssteigerung und körperliche Auswirkungen. Häufig wurde jedoch auch berichtet, dass keine Auswirkungen eingetroffen seien.

Insgesamt wurde die neue Versorgungsform positiv wahrgenommen und bewertet. Besonders hervorzuheben sind die Pflege- und Gesundheitsexpertinnen selbst, die mit ihren Ideen, ihrem Fachwissen, ihrer Kommunikation, ihrem Einfühlungsvermögen und als Außenstehende den größten Erfolgsfaktor für die Intervention dargestellt haben. Bereits vorhandenes Interesse an Gesundheitsthemen sowie Eigenmotivation, Selbstständigkeit und ein unterstützendes soziales Netzwerk der Studienteilnehmenden trugen zur erfolgreichen Umsetzung bei. Der Einbezug der professionell unterstützenden Personen und Angehörigen zu organisatorischen und motivierenden Zwecken konnte ebenfalls, als förderlicher Faktor identifiziert werden, ebenso wie inklusiv offene, schnell erreichbare und kostengünstige Präventionsangebote.

Umsetzungshindernisse konnten in verschiedenen Bereichen der Intervention identifiziert werden. Auf der Ebene der Studienteilnehmenden wirkten sich mentale und körperliche Schwierigkeiten, nachlassende Motivation, fehlende Zeit, Unzuverlässigkeit und fehlende Zielvereinbarungen hinderlich aus. Ebenso hemmend können sich Kontextfaktoren der individuellen Lebenswelt, wie z. B. Essensregelungen in Arbeitsgruppen, auswirken. Neben der Tatsache, dass in manchen Bezirken wenig Präventionsangebote vorhanden waren, konnten einige Angebote aufgrund verschiedener Faktoren (z. B. zu weit entfernt oder zu teuer) nicht besucht werden. Angebote wurden zudem als unpassend empfunden, wenn sie nicht zielgruppengerecht und barrierefrei angelegt waren, indem sie z. B. die Studienteilnehmenden überforderten oder nicht barrierefrei ausgebaut waren.

4.5 Inklusive Forschung

Die befragten Menschen mit geistiger Behinderung gaben an, gut darüber Bescheid zu wissen, was zu einer gesunden Ernährungsweise dazugehört und welche Lebensmittel gesund sind. Trotz dieses Wissens setzten jedoch nicht alle eine gesunde Ernährung auch tatsächlich um. Hierbei bestanden Schwierigkeiten.

Zudem hatten die Befragten häufig die Erfahrung gemacht, ungefragt Ratschläge oder Feedback zu ihrer Ernährung zu erhalten. Dies wurde unterschiedlich bewertet. Einige waren froh über Hinweise und Tipps, wie sie sich gesünder ernähren könnten und nahmen Ratschläge gerne an. Andere waren hingegen verärgert darüber, ungefragtes Feedback zu ihrer Ernährungsweise zu erhalten. Konkrete Tipps, wie zum Beispiel zu bestimmten Lebensmitteln oder gesünderen Lebensmittellalternativen, wurden eher angenommen. Darüber hinaus wurden Ratschläge eher akzeptiert, wenn diese konkrete Hilfestellungen umfassten oder explizite Unterstützungsmöglichkeiten gegeben wurden. So berichtete eine

Teilnehmerin sehr positiv über eine App, die ihr empfohlen wurde und die sie nun im Alltag für eine gesündere Ernährung nutzt.

Der Großteil der interviewten Personen gab an für sich zu kochen, jedoch mit unterschiedlicher Häufigkeit und Unterstützung. Die meisten berichteten aber, dass ihnen Kochen Spaß mache und sie gerne öfter kochen würden. Sie wünschten dabei mehr Unterstützung durch externe Kurse, aber auch mehr Zutrauen und Einbezug beim Kochen durch Familienangehörige.

Zum Essensangebot in der Kantine auf ihrer Arbeit berichten die Befragten unterschiedliches über die Qualität und darüber, ob die angebotenen Speisen gesund seien. Einige der Befragten waren dabei mit dem Angebot unzufrieden.

4.6 Gesundheitsökonomische Evaluation

Die gesamten Kosten wurden auf die Anzahl aller Gruppenteilnehmenden aufgeteilt (s. EvaB Anlage 15: Kostenübersicht). Hierdurch ließ sich insbesondere bei den sonstigen Leistungen und den Kosten für Medikamente ein Effekt erkennen. Der Anstieg des Nenners bewirkte bei diesen Kostenarten einen Rückgang der pro Teilnehmenden anzusetzenden Werte. Es sanken sowohl die Kosten der Interventionsgruppe (-1.543,90 €) als auch die Kosten der Kontrollgruppe (-3.082,17 €) deutlich.

Tabelle 11: Kosten pro Teilnehmenden Interventionsgruppe

	Vertrags- ärztliche Leistungen	Medika- mente	Kranken- haus stationär	Kranken- haus ambulant	Zahnärzt- liche Leistungen	Sonstige Leistungen	Ansatz pro TN direkte Kosten
t0	423,13 €	2.050,02 €	518,90 €	150,34 €	164,97 €	2.778,67 €	6.086,03 €
t2	400,50 €	1.012,66 €	993,61 €	125,16 €	146,99 €	1.863,20 €	4.542,13 €

Eigene Darstellung

In der Kontrollgruppe ergaben sich folgende Kosten:

Tabelle 12: Kosten pro Teilnehmenden Kontrollgruppe

	Vertrags- ärztliche Leistungen	Medika- mente	Kranken- haus stationär	Kranken- haus ambulant	Zahnärzt- liche Leistungen	Sonstige Leistun- gen	Ansatz pro TN direkte Kosten
t0	448,64 €	920,97 €	1.115,56 €	223,00 €	214,36 €	3.351,79 €	6.274,33 €
t2	2.010,78	2.010,78	2.010,78	2.010,78	2.010,78	2.010,78	3.192,16 €

Eigene Darstellung

Im weiteren Verlauf wurde eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt.

Für die Selbsteinschätzung des EQ5D VAS ergibt sich ein IKER in Höhe von 116,65. Dieser Kostensatz müsste also aufgebracht werden, um eine Zunahme der Lebensqualität um einen Punkt zu erreichen.

$$IKER = \frac{C_{IG} - C_{KG}}{E_{IG} - E_{KG}} = \frac{-1578,35 - (-825,63)}{-5,39 - 1,06} = 116,65$$

In Summe waren zwar auf der Seite der Interventionsgruppe die Kosten höher verglichen mit der Kontrollgruppe. Auch sank der Nutzen im Vergleich zur Ausgangssituation.

Bei der Variante der Fremdeinschätzung des EQ5D VAS ergab sich ein IKER in Höhe von 504,55. Dieser Kostensatz müsste also aufgebracht werden, um eine Zunahme der Lebensqualität um einen Punkt zu erreichen.

$$IKER = \frac{C_{IG} - C_{KG}}{E_{IG} - E_{KG}} = \frac{-1.754,15 - (-825,63)}{-5,28 - (-3,44)} = 504,55$$

Wiederum waren in Summe bei der Interventionsgruppe die Kosten höher als die Kosten der Kontrollgruppe. Auch sank der Nutzen bei der Interventionsgruppe im Vergleich zur Ausgangssituation.

Für den RS-Score ergab sich ein IKER in Höhe von 34.193,07. Dieser Kostensatz müsste also aufgebracht werden, um eine Zunahme der Resilienz um einen Punkt zu erreichen.

$$IKER = \frac{C_{IG} - C_{KG}}{E_{IG} - E_{KG}} = \frac{-1578,35 - (-825,63)}{-0,39 - 0,37} = 34.193,07$$

Für den WHODAS ergab sich ein IKER in Höhe von -2.504,81. Dieser Kostensatz müsste also aufgebracht werden, um eine Reduktion der gesundheitlichen Belastung pro Punkt zu erreichen.

$$IKER = \frac{C_{IG} - C_{KG}}{E_{IG} - E_{KG}} = \frac{-1.754,15 - (-825,63)}{-4,05 - (-4,421)} = -2.504,81$$

5 Diskussion der Projektergebnisse

Bestätigung und Verwerfung der Hypothesen

Die Hypothese, dass die von Pflegeexpert*innen bzw. Pflege- und Gesundheitsexpertinnen durchgeführte Fallmanagement- und Präventionsintervention den Gesundheitszustand von Menschen mit geistiger Behinderung verbessert, konnte nach zwölf Monaten bestätigt werden. Die erzielte Verbesserung war statistisch signifikant und deutet angesichts vergleichbarer Studien auch auf klinische Relevanz hin. Hingegen mussten die Hypothesen zur Resilienz und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität verworfen werden, da sich hier keine signifikanten Effekte zeigten. Auffällig ist zudem, dass kurzfristige Effekte (nach sechs Monaten) ausblieben, was auf eine zeitliche Verzögerung bei der Umsetzung individueller Präventionsmaßnahmen zurückzuführen sein könnte.

Die qualitative Prozessevaluation bestätigt die Bedeutung von personenzentrierten Ansätzen, Einfacher Sprache und Visualisierungen. Gleichzeitig zeigte sich, dass die Eigenmotivation und Unabhängigkeit der Teilnehmenden maßgeblich für den Interventionserfolg waren. Hypothesen, die eine gleichmäßige Wirksamkeit der Intervention unterstellten, mussten insofern relativiert werden, als Motivation, Unterstützung durch das Umfeld und Ressourcen sehr unterschiedlich ausgeprägt waren.

Für die gesundheitsökonomische Evaluation lässt sich zusammenfassend festhalten, dass nur wenige positive Tendenzen bei der Interventionsgruppe identifiziert werden konnten. Diese waren jedoch statistisch nicht signifikant, könnten also zufallsbedingt aufgetreten sein. Für belastbare Aussagen erscheinen der Zeithorizont daher zu kurz und der Umfang der Stichprobe zu klein. So bedarf es oftmals eines längeren Vorlaufs, um einen Termin für Vorsorgeleistungen zu erhalten. Ein erneuter Anspruch auf Vorsorgeleistungen ist z.T. dann erst nach dem Ablauf einer vorgegebenen Frist fällig. Auch die Hospitalisierungsrate fällt innerhalb des Beobachtungszeitraumes insgesamt zu gering aus, um auch angesichts der Stichprobengröße signifikante Interventionseffekte nachweisen zu können. Die Personalkosten der Pflege- und Gesundheitsexpertinnen spielen zwar für die Frage der Einführung der neuen Versorgungsform eine Rolle, da die Interventionsleistungen aber sowohl für die Interventionsgruppe als auch für die Kontrollgruppe eingesetzt wurden, stellen sich keine relevante Einflussgrößen des Kostenansatzes pro Teilnehmenden dar. Einspareffekte auf Seiten der Interventionsgruppe konnten nicht nachgewiesen werden. Es ist denkbar, dass derartige Effekte ggf. bei einer längeren Laufzeit nachweisbar sind. Angesichts der dargestellten Ergebnisse sowie der aufgezeigten methodischen Limitationen lässt sich insgesamt festhalten, dass zumindest im Rahmen einer gesundheitsökonomischen Betrachtung Kosten und Nutzen der Projektintervention nicht eindeutig sind. Es muss offenbleiben, inwieweit bei einer längerfristigen Erfassung der Interventionseffekte sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Intervention deutlich verbessern lässt.

Kritische Diskussion der Ergebnisse und interne Validität

Die Studie weist trotz positiver Resultate methodische Herausforderungen auf. Ein potenzielles Verzerrungspotenzial besteht in der hohen Aufhebung der Verblindung bei den Ergebnisbewertungen, die bei über 40 % lag. Dropouts traten insbesondere bei männlichen und ambulant lebenden Personen sowie Teilnehmende mit niedrigerer Resilienz auf, wodurch Effekte möglicherweise unterschätzt wurden. Auch die Qualifikation des eingesetzten Personals wich teilweise vom ursprünglichen Protokoll ab, da nicht ausschließlich akademisch weitergebildete Pflegefachkräfte beteiligt waren.

In der Prozessevaluation ergaben sich zusätzliche Hinweise auf mögliche Verzerrungen: So wurden nur Menschen mit geistiger Behinderung in die Interviews eingeschlossen, die kognitiv dazu in der Lage waren, und vermutlich eher Personen, die die Intervention positiv bewerteten. Dies könnte die Einschätzungen tendenziell günstiger erscheinen lassen. Zudem ist in der standardisierten Querschnittsanalyse nicht auszuschließen, dass die befragten Personen unter dem Einfluss sozialer Erwünschtheit antworteten. Zudem ist anzumerken, dass die Dokumente, die zur Dokumentenanalyse herangezogen wurde, von den Pflege- und Gesundheitsexpertinnen selbst ausgefüllt und hier auch eine Verzerrung hin zu einer positiveren Darstellung berücksichtigt werden muss. Dennoch stärkt die Perspektive der Prozessevaluation das Verständnis dafür, warum die Intervention erfolgreich sein konnte und welche Kontextfaktoren hemmend wirkten.

Übertragbarkeit der Ergebnisse

Die Durchführung in Hamburg ermöglicht eine gute Übertragbarkeit auf vergleichbare urbane Regionen mit vielfältigen Versorgungsangeboten. Für ländlich geprägte Regionen ist die Übertragbarkeit jedoch eingeschränkt, da dort passende Präventions- und

Gesundheitsförderungsstrukturen fehlen könnten. Zudem sind systemische Unterschiede im deutschen Pflegesystem zu berücksichtigen: Pflegefachkräfte bzw. -expert*innen spielen in der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung bislang eine untergeordnete Rolle, was eine Implementierung erschwert. Gleichwohl unterstreicht die Studie, dass Pflegeexpert*innen, insbesondere in erweiterten Rollen, zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung dieser Zielgruppe beitragen können.

Die Prozessevaluation verdeutlicht, dass neben der individuellen Ebene (z. B. Motivation, Gesundheitskompetenz) auch strukturelle Faktoren wie Ressourcen, Unterstützungsnetzwerke und Finanzierung entscheidend sind. Die Übertragbarkeit hängt somit nicht nur vom Versorgungssetting, sondern auch vom Grad der Einbindung von Angehörigen, Fachkräften und sozialen Netzwerken ab.

Limitationen

Die Stichprobengröße konnte trotz niedrigerer Ausfallquote nicht wie geplant erreicht werden, was die Aussagekraft der quantitativen Ergebnisse einschränkt. Die Power war geringer als ursprünglich vorgesehen, was insbesondere die nicht signifikanten Resilienz-Ergebnisse erklären könnte. Weiterhin ist die Messung erschwert, da es in Deutschland bislang keine speziell validierten Instrumente für Menschen mit geistiger Behinderung gibt.

Bezüglich der qualitativen Prozessevaluation ist zu berücksichtigen, dass nicht alle potenziell relevanten Gruppen einbezogen werden konnten. So wurden in der Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung nur Personen berücksichtigt, die kognitiv in der Lage waren, an einem qualitativen Interview teilzunehmen. Trotz Bemühungen, eine ausgewogene Verteilung über die Bezirke sicherzustellen, war dies aufgrund der ungleichen Verteilung der Personen und ihrer Teilnahmebereitschaft nur teilweise möglich. Zudem ist davon auszugehen, dass eher Personen, denen die Intervention gefallen hat, an den Interviews teilnahmen, sodass Erfahrungen tendenziell positiver bewertet wurden.

Die Perspektive von Angehörigen, insbesondere von solchen, deren Angehörige die Intervention abgebrochen hatten, konnte nur eingeschränkt berücksichtigt werden, da hier lediglich eine Person befragt werden konnte. Auch weitere Interviews mit Menschen mit geistiger Behinderung, die die Intervention abgebrochen hatten, wären hilfreich gewesen, um zusätzliche Herausforderungen zu identifizieren. Allerdings stellt sich dabei die ethische Frage, in welchem Umfang ein zusätzlicher Aufwand für die Zielgruppe vertretbar gewesen wäre. Schließlich handelt es sich bei den Aussagen der Befragten um spontane Äußerungen, da die Fragen vorab nicht bekannt waren. Die Stärke der qualitativen Evaluationsstudie liegt dennoch im umfangreichen Datensatz, der Analyse durch zwei unabhängige Forschende sowie der Validierung der Ergebnisse durch ein interdisziplinäres Forschungsteam.

Trotz der zuvor benannten Limitationen und kritischen Bewertung der Ergebnisse und deren Übertragbarkeit, belegen die Ergebnisse dennoch, dass die beschriebenen Versorgungsbedarfe der Zielgruppe bestehen und diese nicht ausreichend durch die momentane Regelversorgung adressiert werden. Insbesondere die Ergebnisse der Prozessevaluation zeigen, dass die neue Versorgungsform das Potenzial hat, bestehende Versorgungsbedarfe zu adressieren und punktuelle Verbesserungen in der Gesundheitskompetenz und des Gesundheitszustandes bewirken kann. Die Intervention

leistet darüber hinaus einen Beitrag zur Überwindung bestehender Schnittstellenprobleme zwischen Gesundheitswesen und Eingliederungshilfe und zeigt das Potenzial, inklusive Prävention und Versorgung zu fördern. Für eine nachhaltige Integration in die Regelversorgung sind jedoch längere Laufzeiten, eine größere Stichprobe sowie zielgruppengerechte Messinstrumente notwendig.

Auf Basis der Ergebnisse lassen sich somit mehrere Empfehlungen ableiten, um die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der neuen Versorgungsform zu erhöhen: Eine langfristige Begleitung mit häufigerem Kontakt ermöglicht den Aufbau stabiler, vertrauensvoller Beziehungen und unterstützt nachhaltige Verhaltensänderungen. Die systematische Einbindung des sozialen Umfelds, einschließlich Angehöriger, Betreuungspersonen und Einrichtungen, sollte intensiviert werden, um Motivation und Umsetzung der Maßnahmen zu fördern. Niedrigschwellige, alltagsnahe Interventionen stärken die Selbstwirksamkeit der Teilnehmenden, während eine Anpassung der Kommunikation an individuelle kognitive und sprachliche Voraussetzungen deren Verständnis und Umsetzung erleichtert. Gleichzeitig ist eine stärkere Vernetzung von Pflege- und Gesundheitsexpert*innen im Sozialraum notwendig, um Zugang zu passgenauen, barrierefreien Angeboten zu gewährleisten. Eine stärkere Fokussierung auf Personen, die einen höheren Grad an Selbstständigkeit und eine starke intrinsische Motivation aufweisen könnte, die erzielten Effekte der Intervention deutlicher zum Tragen bringen. Abschließend ist anzunehmen, dass eine stärkere Einbindung von Pflege- und Gesundheitsexpert*innen in das Wohn- und Arbeitsumfeld der Zielgruppe die Zugänglichkeit und Inanspruchnahme gesundheitsförderlicher Angebote verbessern und zu einem gesundheitsförderlichen Lebensumfeld in der Eingliederungshilfe beitragen könnte, da in diesem Setting insbesondere auf verhältnispräventiver Ebene noch erhebliche Optimierungspotenziale bestehen.

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Mit dem Manual (s. Anhang 1) sind die Ergebnisse und Erkenntnisse der Intervention für eine weitere Verwendung festgehalten und könnten jederzeit nach Ende der Förderung weiterverwendet werden. Abhängig davon sind weitere Finanzierungsmöglichkeiten wie auch eine strukturelle Implementierung. Konkrete Überlegungen zur Implementierung der Intervention in die Regelversorgung wurden aufgrund der Projektlogik erst gegen Ende des Projekts angestoßen, da zentrale Ergebnisse und Erkenntnisse erst im Verlauf des Projekts gewonnen und finalisiert werden konnten. Die Überführung in die Regelversorgung stellt einen eigenständigen, nachgelagerten Schritt dar, der maßgeblich auf den Empfehlungen aus dem Projekt basiert. Es bedarf weiterer Abstimmungen mit relevanten Akteur*innen im Gesundheitswesen, um eine dauerhafte Finanzierung und strukturelle Integration sicherzustellen. Zentrale Herausforderungen der Implementierung lagen in der Anpassung bestehender Versorgungsstrukturen sowie der Entwicklung eines tragfähigen Finanzierungskonzepts. Insbesondere die nachhaltige Verankerung der spezialisierten Pflege- und Gesundheitsexpert*innen in die Regelversorgung erfordert eine entsprechende sozialrechtliche Einordnung und eine institutionelle Unterstützung seitens der Kostenträger. Erste Gespräche mit Krankenkassen, Sozialversicherungsträgern und anderen relevanten Institutionen wurden initiiert, um eine Anschlusslösung zu entwickeln. Die langfristige

Implementierung hängt ebenso zentral von der Bewertung der Projektergebnisse durch diese Akteur*innen sowie von politischen Entscheidungen ab. Ein erfolgskritischer Faktor für die Implementierung ist zudem die Etablierung geeigneter Qualifikationsangebote, um sicherzustellen, dass ausreichend Fachkräfte mit den notwendigen Kompetenzen zur Verfügung stehen. Dies umfasst sowohl spezifische Weiterbildungsmaßnahmen als auch die Verankerung entsprechender Module in bestehende akademische Ausbildungsgänge, wie z. B. APN Studiengänge.

Das Umsetzungspotenzial der Projektergebnisse sollte generell hinsichtlich der Praktikabilität (Erreichung der Zielgruppe und verbesserte Outcomes), sozialrechtlicher Implikationen (Anpassung gesetzlicher und untergesetzlicher Regelungen), qualifikatorischer Anforderungen (zielgruppen-spezifischer Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote), beruflicher Normen (Definition eines verbindlichen Kompetenzprofils entsprechend qualifizierter Pflegeexpertise) und ökonomischer Effekte (Folgekosten eines Roll-outs des Fallmanagements) analysiert werden. Für eine flächendeckende Umsetzung der Intervention müssen folgende Rahmenbedingungen erarbeitet werden: Die geregelte Verantwortungsübernahme der spezialisierten Pflege- und Gesundheitsexpert*innen innerhalb der Regelversorgung und die flächendeckenden Qualifikationsangebote von Pflege- und Gesundheitsexpert*innen zur Spezialisierung für die Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung.

Zur Weiterführung der Intervention auf regionaler Ebene fanden ab dem zweiten Quartal 2024 regelmäßige Austauschtreffen in Hamburg mit der Lokalen Vernetzungsstelle "Weiterentwicklung Gesund in Eimsbüttel – Quartiersbezogene Präventionsketten in Eidelstedt, Schnelsen-Süd und in der Lenzsiedlung (Johann Daniel Lawaetz-Stiftung)" und FaPP-MgB statt. Im Steuerungsgremium des Eimsbütteler Projekts wurde – nach Konsultationen mit den Vertreter*innen der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), der Sozialbehörde und dem Bezirksamt Eimsbüttel – die Entwicklung eines temporären Mikroprojektes mit einer Pflege- und Gesundheitsexpertin der Gesundheitswerkstatt im Eimsbütteler Quartier Schnelsen-Süd positiv aufgenommen, sofern es dem GKV-Leitfaden entspräche. Die potenziellen inhaltlichen Bausteine eines solchen Modellprojekts wurden in weiteren Gesprächen Ende 2024 skizziert und sollen im Jahr 2025 weiter konkretisiert werden. Sie liegen in der Verantwortung der Interventionsdurchführenden.

Im ersten Quartal 2025 wurden intensive Überlegungen zur Initiierung eines Folgeprojekts angestellt. In diesem Zusammenhang fanden zusätzliche Austauschtreffen mit dem Innovationsfondsprojekt LEX LOTSEN OWL (Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe) statt, bei denen Erfahrungen zur Weiterentwicklung des Vorhabens berichtet wurden.

Zum Abschluss des Projekts wurden die Wirkungen der neuen Interventionsform als Präventionsangebot im Rahmen einer Abschlusstagung im ersten Quartal 2025 vorgestellt, gewürdigt und kritisch reflektiert. Die inklusive Veranstaltung richtete sich an Menschen mit geistiger Behinderung, vor allem die Studienteilnehmenden des Projekts, an Angehörige und Bezugspersonen, an Tätige im Gesundheits- und Pflegewesen, Tätige in der Assistenz, Eingliederungshilfen und Selbsthilfen, an zentrale politische Akteur*innen und Stakeholder sowie an weitere Interessierte. Im Rahmen der Abschlussveranstaltung wurden die zentralen

Projektergebnisse präsentiert, die Herausforderungen und Erfolge mit verschiedenen Expert*innen diskutiert. Zentral stand die Frage im Vordergrund: "Wie können Barrieren abgebaut werden und die Gesundheitsförderung für Menschen mit Behinderung inklusiv gestaltet werden?" Hierzu gab es im Anschluss themenbezogene Workshops u.a. zu den vier Hauptpräventionsbereichen, aber auch zu weiteren relevanten Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention, die das Projekt bisher nicht abgedeckt hat, wie z. B. Gewaltprävention und sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. Die Workshops richteten sich insbesondere an Menschen mit geistiger Behinderung. Um eine barrierefreie Teilnahme zu ermöglichen, wurde die Veranstaltung simultan in Leichte Sprache von zwei Dolmetscherinnen übersetzt. Die Workshops wurden in Einfacher bzw. Leichter Sprache durchgeführt.

Zudem wurden und werden die zentralen Ergebnisse des Projekts in wissenschaftlichen Fachorganen veröffentlicht und auf nationalen wie internationalen Kongressen vorgestellt.

Gleichzeitig muss die Intervention so weiterentwickelt werden, dass sie an verschiedene Kontexte anpassbar ist, um ein bundesweites Rollout vorzubereiten. Hierfür sollten die Wirkmechanismen, Wechselwirkungen sowie die förderlichen und hinderlichen Faktoren bei der Implementierung in unterschiedlichen Versorgungskontexten geprüft werden. Um auf die im Projekt aufgebauten Strukturen zu etablieren und die gewonnenen Erkenntnisse zu sichern, ist das Folgeprojekt FaPP-Im Pakt gemeinsam mit allen Konsortialpartner*innen beantragt worden. Langfristig soll das Gesundheitssystem durch den neuen Versorgungsansatz strukturell und prozessual weiterentwickelt werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass erste Schritte zur Implementierung der Intervention unternommen wurden, jedoch noch weitere Prozesse und politische Weichenstellungen erforderlich sind, um eine nachhaltige Überführung in die Regelversorgung zu gewährleisten. Mit dem erfolgreichen Abschluss des Projekts ist ein wichtiger Schritt hin zu einer inklusiven und barrierefreien Gesundheitsversorgung getan. Damit möglichst viele Menschen von dem erfolgreichen Versorgungsansatz profitieren, ist der nächste Meilenstein die Überführung in die Regelversorgung. Hierfür muss nun die Verankerung der erprobten und evidenzbasierten Intervention in das bestehende Versorgungssystem erfolgen, ohne eine Doppelstruktur zu erzeugen. Strukturelle und rechtliche Voraussetzungen müssen geschaffen werden, um die Intervention im SGBV zu verankern und in die Regelversorgung aufzunehmen.

7 Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

Artikel

RCT-Artikel (eingereicht, Peer-Review erfolgt)

Nadolny, S., Grunwald, M., Gröndahl, A., Palmdorf, S., Ilkens, K., Borchardt, N., Maaß, A., Schulenkorf, T., Schniering S., Afroukhte, D., Richter, M.-T., Offermanns, M., Parloh, A. K., Grebe, C. & Latteck, Ä.-D. *Case management and care expertise as a prevention approach for adults with intellectual disabilities (FaPP-MgB): results of a randomized-controlled trial. SSRN.*

Artikel zu qualitativen Elementen der Evaluation (aktuell: Überarbeitung für Einreichung bei anderem Journal)

Ilksens, K., Schulenkorf, T., Grunwald, M., Gröndahl, A., Palmdorf, S., Maaß, A., Borchardt, N., Grebe, C., Schniering, S., Afroukhte, D., Richter, M. T., Nadolny, S. & Latteck, Ä.-D. (2026). *Case management and prevention in people with intellectual disabilities: Qualitative evaluation of a nursing and health professional intervention. Journalwahl: ausstehend*

Artikel zu Ergebnissen der quantitativen Querschnittsbefragung (eingereicht)

Grunwald, M., Gröndahl, A., Palmdorf, S., Ilksens, K., Maaß, A., Schulenkorf, T., Borchardt, N., Grebe, C., Schniering, S., Afroukhte, D., Richter, M. T., Funke, F., Nadolny, S. & Latteck, Ä.-D. (2026). *Evaluation of an advanced practice nursing case management and prevention intervention for people with intellectual disabilities: results from cross-sectional survey of the intervention recipients and their caregivers. BMC Nursing.*

Artikel zu Ergebnissen der Dokumentenanalyse (eingereicht)

Grunwald, M., Gröndahl, A., Nadolny, S., Latteck, Ä.-D., Grebe, C., Richter, M. T., Ilksens, K., Palmdorf, S., Afroukhte, D., Schniering, S., Borchardt, N., Maaß, A. & Funke, F. (2026). *Aims, implementation and target group of Advanced Nursing Practice for people with intellectual disabilities: A documentation analysis. Journal of Research in Nursing.*

Grunwald, M., Gröndahl, A., Palmdorf, S., Ilksens, K., Maaß, A., Schulenkorf, T., Borchardt, N., Grebe, C., Funke, F., Nadolny, S., Latteck, Ä.-D. (2026). *Prevention counselling for people with intellectual disabilities by advanced practice nurses: findings from a documented analysis. Public Health Nursing.*

Übersichts-Artikel (veröffentlicht)

Richter, M.T.; Wilhelm, C.; Afroukhte, D.; Schniering, S.; Hampel, A. & Rupp, K. (2025). *Eine systematische Übersicht über Interventionen zur Prävention und Gesundheitsförderung von Menschen mit Lernschwierigkeiten und deren Potential als neuer Aufgabenbereich für Advanced Practice Nurses. Pflege und Gesellschaft, 30 (4), 344-363.*

Studienprotokoll (veröffentlicht)

Nadolny, S., Bruland, D., Grunwald, M., Gröndahl, A., Grammatico, J., Richter, M. T., Grebe, C. & Latteck, Ä.- D. (2023). *Case management and care expertise as a prevention approach for adults with intellectual disabilities (FaPP-MgB): study protocol for a randomized-controlled trial. Trials, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07155-w>*

Weitere Artikel

Gemes, K., Pohler, B., Kranert, J., Wilharm, K., Rodewald, W., Lehmann, A., Khan, P., Behrens, L., Zillmann, T.: (2025). *Besser gesund leben. Ein Handbuch zu inklusiver Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung.*

Gemes, K.; Pohler, B. (2025): *BESSER gesund leben.* In: Zeitschrift BeB Orientierung. 2, 38-40.

Pohler, B.; Wilsdorf, S. (2025): *BESSER gesund leben.* In: Zeitschrift HAG Stadtpunkte Thema. 1, 24-25.

Schniering, S.; Bruland, D.; Latteck, Ä.-D.; Pohler, B., Richter, M.T. (2022). *BESSER gesund leben.* In: Zeitschrift Teilhabe. 61, 3, 136 f.

Weitere geplante Publikationen zu folgenden Themen:

1) Ergebnisse inklusive Forschung (HSBI)

2) Schulungscurriculum inklusive Forschung (HSBI)

3) Schulungscurriculum Pflege- und Gesundheitsexpertinnen (HAW Hamburg)

Schniering, S.; Hampel, A.; Afroukhte, D.; Wilhelm, C.; Richter, M. *Kompetenzbildung von Pflegeexpert*innen: Entwicklung eines Schulungscurriculums zur Gesundheitsförderung von Menschen mit Lernschwierigkeiten.*

4) Conceptual Framework (HAW Hamburg)

Schniering, S.; Nadolny, S.; Pohler, B.; Gemes, K.; Gröndahl, A.; Lehmann, A.; Wilhelm, C.; Zillmann, T.; Latteck, Ä.-D.; Richter, M. *Health promotion for people with intellectual disabilities: conceptualization of an advanced nursing practice intervention.*

Vorträge

Gemes, K. & Pohler, B.: *BESSER gesund leben – Gesundheitsförderung und Prävention bei erwachsenen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung.* 60. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP). Berlin, 17.-19.9.2025.

Nadolny, S., Grunwald, M., Gröndahl, A., Palmdorf, S., Ilkens, I., Grebe, C. & Latteck, Ä.-D. *Case management and care expertise as a prevention approach for adults with intellectual disabilities: results of a randomized-controlled trial.* 30th ICN Congress. Helsinki, Finnland, 09.-13.06.2025.

Gemes, K. & Pohler, B. *Fallmanagement und Pflegeexpertise als Präventionsansatz für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung (FaPP-MgB) - Förderung der Gesundheit und der Gesundheitskompetenz bei erwachsenen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung.* Vortagssession Individuelle Gesundheitskompetenz. 3. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Gesundheitskompetenz gemeinsam mit der DFG-Forschungsgruppe HELICAP, Berlin, 05.06.2025.

Gröndahl, A., Nadolny, S., Grunwald, M., Palmdorf, S., Ilskens, K., Schulenkorf, T., Borchardt, N., Maaß, A., Grebe, C. & Latteck, Ä.-D. *Case management and care expertise as a prevention approach for adults with intellectual disabilities – results of a randomised-controlled trial*. 4th International Conference of the German Society of Nursing Science (DGP). Berlin, 08.-09.05.2025.

Richter, M.; Afroukhte, D.; Gemes, K.; Ilskens, K.; Rodewald, W.; Schniering, S.; Schulenkorf, T. & Wilhelm, C. 2025. *Partizipation und Gesundheitsförderung von Menschen mit sog. geistiger Be_hinderung. Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Projekt „FaPP-MgB“ (BESSER Gesund Leben) aus Praxis und Forschung [Symposium]*. 30. Kongress Armut und Gesundheit. Berlin, 17.-18.03.2025.

Schulenkorf, T., Ilskens, K., Nadolny, S., Gröndahl, A., Grunwald, M., Palmdorf, S., Borchardt, N., Grebe, C., Maaß, A. & Latteck, Ä.-D. *Gelingensbedingungen und Herausforderungen einer neuen Versorgungsform für Menschen mit Lernschwierigkeiten – Eine qualitative Evaluationsstudie. Vortrag gehalten im Symposium Partizipation und Gesundheitsförderung von Menschen mit sog. geistiger Be_hinderung. Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Projekt „FaPP-MgB“ (BESSER Gesund Leben) aus Praxis und Forschung [Symposium]*. 30. Kongress Armut und Gesundheit. Berlin, 17.-18.03.2025.

Gemes, K., Khan, P., Behrens, L., Kranert, J., Wilharm, K., Rodewald, W., Lehmann A., Zillmann. T. & Pohler, B. *BESSER gesund leben - denn wer gesund ist, kann besser mitreden, mitmachen, mitbestimmen! Fachforum Gesundheit und Gesundheitskompetenz inklusive: Herausforderungen und Bedarfe für die Gesundheits-(kompetenz)förderung in Lebenswelten für Menschen mit besonderen Bedarfen [Fachforum]*. 30. Kongress Armut und Gesundheit. Berlin, 17.-18.03.2025.

Schulenkorf, T., Ilskens, K., Nadolny, S., Gröndahl, A., Grunwald, M., Palmdorf, S. & Latteck, Ä.-D. *Barrieren und fördernde Faktoren eines Präventionsangebots durch Case Management für Menschen mit Lernschwierigkeiten in Hamburger Bezirken – Qualitative Evaluation einer Advanced Nursing Practice Intervention*. 7. Community Health Konferenz. Bochum, 21.-22.11.2024.

Khan, P., Behrens, L., Gemes, K., Pohler, B., Kranert, J., Wilharm, K., Rodewald, W., Lehmann A. & Zillmann. T. *Gesundheitsförderung und Prävention für erwachsene Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung*. 7. Community Health Konferenz Bochum. Bochum, 21.-22.11.2024.

Richter, M. & Schniering, S.: *Neue Aufgabenfelder: Kompetenzen von APN in der Gesundheitsförderung von Menschen mit einer sog. geistigen Be_hinderung*. 22. Gesundheitspflegekongress. Hamburg, 8.-9.11.2024.

Grunwald, M., Nadolny, S., Gröndahl, A., Ilskens, K., Palmdorf, S., Grebe, C., Schulenkorf, T., Borchardt, N., Maaß, A. & Latteck, Ä.-D.: *Fallmanagement und Pflegeexpertise als Präventionsansatz für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung (FaPP-MgB): Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Studie*. 23. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V. Potsdam, 24.-27.09.2024.

Lehmann, A., Wilharm, K., Behrens, L., Khan, P., Kranert, J., Rodewald, W., Zillmann, T., Gemes, K., Pohler, B.: *Spezialisiertes Fallmanagement und Pflegeexpertise in der Gesundheitsförderung und Prävention für erwachsene Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung*. 23. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. Potsdam, 24.-27.09.2024.

Gröndahl, A., Nadolny, S., Grunwald, M., Palmdorf, S., Ilksens, K., Schulenkorf, T., Borchardt, N. & Latteck, Ä.-D.: *Case management and care expertise as a prevention approach for adults with intellectual disabilities (FaPP MgB) – results of a randomised-controlled trial*. International Council of Nurses NP/APN. 13th Network Conference. Aberdeen, Scotland, UK, 11.09.2024.

Gröndahl, A., Bruland, D., Grebe, C. & Latteck, Ä.-D.: *Advanced Nursing Practice for people with learning disabilities in Germany*. International Council of Nurses NP/APN. 13th Network Conference. Aberdeen, Scotland, UK, 11.09.2024.

Schniering, S., Nadolny, S., Pohler, B., Gemes, K., Latteck, Ä.-D. & Richter, M.T.: *Conceptualisation of an advanced nursing practice intervention in health promotion for people with intellectual disabilities*. International Council of Nurses NP/APN. 13th Network Conference. Aberdeen, Scotland, UK, 11.09.2024.

Schniering, S., Behrens, L., Kranert, J. & Richter, M.T.: *Breaking Barriers: empowering people with intellectual disabilities through the role of advanced practice nurses in health promotion*. International Council of Nurses NP/APN. 13th Network Conference. Aberdeen, Scotland, UK, 10.09.2024.

Afroukhte, D., Gemes, K., Schniering, S., Zillmann, T., Lehmann, A., Pohler, B., Wilhelm, C. & Richter, M.T.: *Nursing Experts and the issue of health promotion for adult people with intellectual disabilities*. 17th IASSIDD Congress. International Association for the Scientific Study of Intellectual and Developmental Disabilities. Chicago, USA. 05.08.2024.

Schniering, S., Afroukhte, D., Wilhelm, C. & Richter, M.T.: *Vulnerabilität und Partizipation: Menschen mit geistiger Behinderung als Zielgruppe von Pflegepraxis und Pflegeforschung*. Competence Center Gesundheit. HAW Hamburg. Hamburg, 25.06.2024.

Schniering, S., Richter, M.T., Wilhelm, C. & Afroukhte, D.: *Partizipation als Chance und Herausforderung für vulnerable Zielgruppen am Beispiel vom Menschen mit einer sog. geistigen Be_hinderung*. Pflegeethik-Kongress Wien 2024. Wien, Österreich, 23.02.2024.

Lichtwald, N., Bruland, D. & Latteck, Ä.-D.: *BESSER Gesund Leben – Co-Forschung als Chance zur zielgruppennahen Weiterentwicklung von Gesundheitsangeboten von Menschen mit Lernschwierigkeiten*. Recht auf Teilhabe in allen Lebensbereichen! 3. Kongress der Teilhabeforschung. Köln, 21.-22.09.2023.

Schniering, S. & Afroukhte, D.: *Fallmanagement und Pflegeexpertise als Präventionsansatz für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung (FaPP-MgB)*. Competence Center Gesundheit. HAW Hamburg. Hamburg, 06.06.2023.

Lichtwald, N. & Schulenkorf, T.: *Die Verbindung von Forschungs-AG und komplexer Evaluationsstudie: Herausforderungen im Alltag von Co-Forschenden und akademisch ausgebildeten Forschenden im Vorhaben BESSER gesund leben. Participation matters? Make*

it matter! – Wie können wir durch Partizipation konkret den Unterschied machen? 7. Berliner Werkstatt Partizipative Forschung. Berlin, 03.03.2023.

Bruland, D., Nadolny, S., Grebe, C., & Latteck, Ä.-D. *Promoting prevention through individual nursing plans among people with intellectual disabilities via regionally anchored APNs*. 12th ICN NP/APN Network Conference. Dublin, Irland. 21.-24.08.2022.

Poster

Pohler, B. & Gemes, K.: *BESSER gesund leben – Gesundheitsförderung und Prävention bei erwachsenen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung*. [Poster Award, 1. Prize]. 5. MZEB Kongress. Leipzig, MZEB-Kongress | Leipzig, 4. - 5. September 2025/ 04.-05.09.2025.

Gröndahl, A., Ilksens, I., Schulenkorf, T., Maaß, A., Borchardt, N., Grebe, C. & Latteck, Ä.-D. *Understanding the facilitators and barriers to success of a nurse-led community-based case management prevention programme for people with intellectual disabilities: Findings from a qualitative evaluation*. 30th ICN Congress. Helsinki, Finnland, 09.-13.06. 2025.

Schulenkorf, T., Ilksens, K., Nadolny, S., Gröndahl, A., Grunwald, M., Palmdorf, S., Borchardt, N., Maaß, A., Grebe, C. & Latteck, Ä.-D. *Case management and prevention in people with intellectual disabilities: Qualitative evaluation of a nursing and health professional intervention* [Poster Award, 1. Prize]. 4th International Conference of the German Society of Nursing Science (DGP). Berlin, Deutschland. <https://conference.dg-pflegewissenschaft.de/> 08-09.05.2025.

Grunwald, M., Nadolny, S., Gröndahl, A., Grebe, C., Ilksens, K., Schulenkorf, T. & Latteck, Ä.-D. *Advanced nursing practise as a preventive approach for adults with intellectual disabilities* [Poster]. 17th European Public Health Conference. Lissabon, Portugal. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1613.12.-15-11>. 2024.

Schulenkorf, T., Ilksens, K., Nadolny, S., Gröndahl, A., Grunwald, M., Palmdorf, S. & Latteck, Ä.-D. *Factors influencing an advanced nursing practice service for people with intellectual disabilities* [Poster]. 17th European Public Health Conference. Lissabon, Portugal. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1612.12.-15-11>. 2024.

Afroukhte, D., Khan, P., Behrens, L., Schniering, S., Gemes, K., Pohler, B., Kranert, J., Wilharm, K., Rodewald, W., Lehmann, A., Zillmann, T. & Richter, M.T.: *Strengthening the health literacy of people with intellectual disabilities*. Poster presentation. 12th European Congress on Health Promotion. Medical University of Lodz. Lodz, Poland, 17.06.2024.

Gröndahl, A., Nadolny, S., Grunwald, M., Schulenkorf, T., Borchardt, N., Palmdorf, S., Grammatico, J., Ilksens, K., Grebe, C. & Latteck, Ä.-D. *Fallmanagement und Pflegeexpertise als Präventionsansatz für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung (FaPP-MgB). Ergebnisse einer randomisiert-kontrollierten Studie* [Poster Award, 2. Prize]. 25. Jahrestagung des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Berlin, Deutschland. <https://doi.org/10.3205/24ebm050>. 13-15.03.2024.

Bruland, D., Nadolny, S., Grunwald, M., Gröndahl, A., Grammatico, J., Grebe, C., & Latteck, Ä.-D. *Fallmanagement und Pflegeexpertise als Präventionsansatz für erwachsene Menschen mit*

geistiger Behinderung (FaPP-MgB) – eine randomisiert-kontrollierte Studie. 24. Jahrestagung des Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Potsdam, <https://doi.org/10.3205/23ebm114>. 22.-24.03.2023.

IV Literaturverzeichnis

Barnes, T. L., Howie, E. K., McDermott, S. & Mann, J. R. (2013). *Physical activity in a large sample of adults with intellectual disabilities*. Journal of Physical Activity and Health, 10(7), 1048–1056. <https://doi.org/10.1123/jpah.10.7.1048>

Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G., Gottlieb, N.H., Schaalma, H., Markham, C.M., Tyrrell, S., Shegog, R., Fernandez, M.E., Mullen, P.D., Gonzales, A.M., Tortolero-Luna, G. & Partida, S. (2006). *Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach*. Jossey-Bass/Wiley.

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Hrsg.) (2024). *Gesellschaft – auch für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen* https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/PublikationenErklaerungen/Teilhabeempfehlungen_2024.pdf?__blob=publicationFile&v=10 [Stand 2025-10-24]

Bryant-Lukosius, D., Dicenso, A., Browne, G., & Pinelli, J. (2004). *Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation*. Journal of advanced nursing, 48(5), 519–529. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03234.x> [Stand 2025-10-27]

Bundesvereinigung Lebenshilfe (o. J.). *Die richtige Bezeichnung: Behinderung, Beeinträchtigung oder Handicap?* https://www.lebenshilfe.de/ueber-uns/bezeichnung-behinderung?srsId=AfmBOorObKclVCKT0msUA_7FpeL5WmXwoSes_7uX4wamoFSH8meQgR4x [Stand 2025-03-13]

Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. & Petticrew, M. (2008). *Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance*. BMJ (Clinical Research Ed.), 337, a1655. <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>

Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.) (2023). *Regelungen zum „Behinderungsbegriff“. Behindertengleichstellungsgesetze auf Bundes- und Landesebene im Vergleich*. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Fact_Sheet/Factsheet_Behinderungsbegriff.pdf [Stand 2025-03-13]

Dieckmann, F. & Metzler, H. (2013). *Alter erleben - Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter*. https://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/Forschung/Abgeschlossene_Forschungen/Alter_erleben/Alter_erleben-Kurzfassung-KVJS2013-05-07.pdf [Stand 2025-10-13]

Eldridge, S. & Kerry, S. M. (2012). *A practical guide to cluster randomised trials in health services research (Statistics in practice)*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781119966241>

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A. & Lang, A.-G. (2009). *Statistical power analyses using G*Power 3.1. Tests for correlation and regression analyses*. Behavior Research Methods, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Freund, U. H. & Stotz, W. (2021). *Kooperative Prozessgestaltung in der Sozialen Arbeit: Ein methodenintegratives Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Fuchs, R., Klaperski, S., Gerber, M. & Seelig, H. (2015). Messung der Bewegungs- und Sportaktivität mit dem BSA-Fragebogen. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 23(2), 60–76.
- Fuchs, P., Köbsell, S., Brehme, D. & Wesselmann, C. (Hrsg.) (2020). *Disability Studies im deutschsprachigen Raum. Zwischen Emanzipation und Vereinnahmung*. Weinheim Basel: Beltz Juventa. <https://content-select.com/de/portal/media/view/5df3b31e-84b8-41f0-b3c4-5da9b0dd2d03> [Stand 2025-03-13]
- Fürst, R. & Hinte, W. (Hrsg.) (2020). *Sozialraumorientierung 4.0: Das Fachkonzept: Prinzipien, Prozesse & Perspektiven*. UTB, 5515. Wien: Facultas.
- Glarin, O., Ayuso-Mateos, J., Almansa, J., Nieto, M., Chatterji, S., Vilagu, G. et al. (2010). Validation of the “World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2” in patients with chronic diseases. Health and Quality of Life Outcomes, 19(8), 51. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-51>.
- Grebe, C., Nadolny, S., Heitland, L., Palmdorf, S., Maaß, A. Latteck, Ä.-D. (2026). *Impact of nurse-led home visits on medication management and use of medical screenings for adults with intellectual disabilities: A randomised-controlled trial*. BMC Nursing, In press.
- Guigoz, Y. (2006). *The mini nutritional assessment (MNA®) review of the literature—what does it tell us?* Journal of Nutrition Health & Aging, 10(6), 466–485.
- Hamric, A. B., Spross, J. A. & Hanson, C. M. (2009). *Advanced practice nursing an integrative approach*. St. Louis: Saunders/Elsevier.
- Hasseler, M. (2014). *Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung*. Deutsche medizinische Wochenzeitschrift, 139(40), 2030–2034. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1387334>
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4>
- Hinte, W. & Treeß, H. (2014). *Sozialraumorientierung in der Jugendhilfe. Theoretische Grundlagen, Handlungsprinzipien und Praxisbeispiele einer kooperativ-integrativen Pädagogik*. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Hirdes, J., Martin, L., Curtin-Telegdi, N., Fries, B., James, M., Rabinowitz, T. & Topinkova, T. (2013). *interRAI Intellectual Disability (ID) Assessment Form and User’s Manual*. Version 9.2.1. Ann Arbor, Mich.
- Hsieh, K., Rimmer, J. H. & Heller, T. (2014). *Obesity and associated factors in adults with intellectual disability*. Journal of Intellectual Disability Research, 58(9), 851–863. <https://doi.org/10.1111/jir.12100>

IBM Corp. (2023). *IBM SPSS Statistics for Windows. Version 29.0 (Version 29.0)* [Computer software]. Armonk, NY.

Kerr, S., Lawrence, M., Darbyshire, C., Middleton, A. R. & Fitzsimmons, L. (2013). *Tobacco and alcohol-related interventions for people with mild/moderate intellectual disabilities: a systematic review of the literature*. Journal of Intellectual Disability Research: *JIDR*, 57(5), 393–408. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01543.x>

Kocalevent, R.-D., Zenger, M., Heinen, I., Dwinger, S., Decker, O. & Brähler, E. (2015). *Resilience in the General Population: Standardization of the Resilience Scale (RS-11)*. PloS One, 10(11), e0140322. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140322>

Krohwinkel, M. (2013). *Fördernde Prozesspflege mit integrierten ABEDLs: Forschung, Theorie und Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber.

Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim Basel: Beltz Juventa. <http://www.beltz.de/fileadmin/beltz/leseproben/978-3-7799-3344-1.pdf> [Stand 2025-10-13]

Knigge-Demal, B. (2003). *Didaktische Konzeptionen für die Pflegeausbildung—Modulare Ausbildungsformen*. In: Knigge-Demal, B.; Lau, D. & Sandbote, K. (Hrsg.) *Konzeptionelles Arbeiten in der Pflegeausbildung*. Workshop-Reader, 3–13.

Köbsell, S. (2016). *Doing Dis_ability: Wie Menschen mit Beeinträchtigungen zu »Behinderten« werden*. In: Fereidooni, K. & Zeoli, A. P. (Hrsg.) *Managing Diversity: Die diversitätsbewusste Ausrichtung des Bildungs- und Kulturwesens, der Wirtschaft und Verwaltung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 89–103.

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Koordinationsstelle Sucht (Hrsg.) (2022). *SumID-Q-DE: Befragungsinstrument zur systemischen Erfassung von Substanzkonsum bei Menschen mit einer leichten Intelligenzminderung*. Münster.

Latteck, Ä.-D. & Backhaus, J. (2017). *Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Menschen mit Behinderungen und der Auswertung der vorliegenden Evidenz. Ergebnisbericht*. Berlin: GKV-Spitzenverband.

Latteck, Ä.-D. (2017). *Systematische nationale und internationale Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Menschen mit Behinderung und Auswertung der vorliegenden Evidenz der Ansätze*. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit (Hrsg.).

Latteck, Ä.-D. & Weber, P. (2015). *Implikationen der Behindertenpädagogik in die Pflegeforschung*. *Pflege und Gesellschaft*, 20(3), 197–212.

Lenz, A. (2000). *Förderung sozialer Ressourcen—eine gemeindepsychologische Perspektive. Gruppe. Interaktion. Organisation*. *Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie (GIO)*, 31, 277–302.

Lindmeier, B.; Stahlhut, H.; Oermann, L. & Kammann, C. (2018). *Biografiearbeit mit einem Lebensbuch. Ein Praxisbuch für die Arbeit mit erwachsenen Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und ihren Familien*. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Limesurvey GmbH. *LimeSurvey: An Open Source survey tool* [Computer software]. Hamburg.

Ludwig, K., Graf von der Schulenburg, J.-M. & Greiner, W. (2018). *German Value Set for the EQ-5D-5L*. *Pharmacoeconomics*, 36(6), 663–674. <https://doi.org/10.1007/s40273-018-0615-8>.

Lynch, L.; McCarron, M.; Eustace-Cook, J.; Burke, É.; McCallion, P. (2022). *Physical health effects of sedentary behaviour on adults with an intellectual disability: A scoping review*. In: *Journal of Intellectual Disabilities*, 29(1), 167–193.

Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V. (o.J.). *Kampf gegen den Begriff „geistig behindert“*. <https://www.menschzuerst.de/was-tun-wir/kaempfung-gegen-den-begriff-geistig-behindert/> [Stand 2025-03-13]

Mühlhauser, I., Lenz, M. & Meyer, G. (2011). *Entwicklung, Bewertung und Synthese von komplexen Interventionen - eine methodische Herausforderung*. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 105(10), 751–761. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2011.11.001>

Potcovaru, C.-G., Salmen, T., Bigu, D., Sandulescu, M. I., Filip, P. V., Diaconu, L. S. et al. (2024). *Assessing the Effectiveness of Rehabilitation Interventions through the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 in Disability – A Systematic Review*. *Journal of Clinical Medicine*, 13(5), 1252. <https://doi.org/10.3390/jcm13051252>

Prochaska, J. O., Redding, C. A. & Evers, K. E. (2015). *The transtheoretical model and stages of change*. In: Glanz, K., Rimer, B. K. & Viswanath, K. "V." (Hrsg.) *Health behavior: Theory, research, and practice*. Jossey-Bass/Wiley, 125–148.

Schumacher, J., Leppert, K., Gunzelmann, T., Strauß, B. & Brähler, E. (2005). *Die Resilienzskala – Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personenmerkmal*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 53(1), 16–39.

Steffen, P. & Blum, K. (2012). *Menschen mit geistiger Behinderung: Defizite in der Versorgung*. *Deutsches Ärzteblatt International*, 17, 860–862.

Stufflebeam, D. L. & Zhang, G. (2017). *The CIPP Evaluation Model: How to evaluate for improvement and accountability*. New York: Guilford Publications.

Stufflebeam, D. L. & Shinkfield, A. J. (2007). *Evaluation theory, models, and applications*. San Francisco, Calif., Chichester: Jossey-Bass; John Wiley & Sons. [https://mp-pasca.unpak.ac.id/pdf/Bahan_Ajar/28_\(Research%20Methods%20for%20the%20Social%20Sciences\)%20Daniel%20L.%20Stufflebeam,%20Chris%20L.%20S.%20Coryn%20-%20Evaluation%20Theory,%20Models,%20and%20Applications-Jossey-Bass%20\(2014\).pdf](https://mp-pasca.unpak.ac.id/pdf/Bahan_Ajar/28_(Research%20Methods%20for%20the%20Social%20Sciences)%20Daniel%20L.%20Stufflebeam,%20Chris%20L.%20S.%20Coryn%20-%20Evaluation%20Theory,%20Models,%20and%20Applications-Jossey-Bass%20(2014).pdf) [Stand 2025-10-13]

Strobel, I. (2021). *Stressbewältigung und Burnoutprävention: Einzelberatung und Leitfaden für Seminare*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Uschner, D., Schindler, D., Hilgers, R.-D. & Heussen, N. (2018). *randomizeR : An R Package for the Assessment and Implementation of Randomization in Clinical Trials*. *Journal of Statistical Software*, 85(8). <https://doi.org/10.18637/jss.v085.i08>

Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji S & Rehm, J. (Hrsg.). (2010). *Measuring health and disability. Manual for WHO disability schedule (WHODAS 2.0)*. Geneva: World Health Organization (WHO).

Van Dyck, Z., Herbert, B. M., Happ, C., Kleveman, G. V. & Vögele, C. (2019). IES-2. *Deutsche Version der Intuitive Eating Scale 2*. [Verfahrensdokumentation aus PSYNDEX Tests-Nr. 9007448 und Fragebogen]. In Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) (Hrsg.), Elektronisches Testarchiv. Trier: ZPID. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.2464>

VERBI Software. (2021). *MAXQDA 2022* [Computer software]. Berlin.

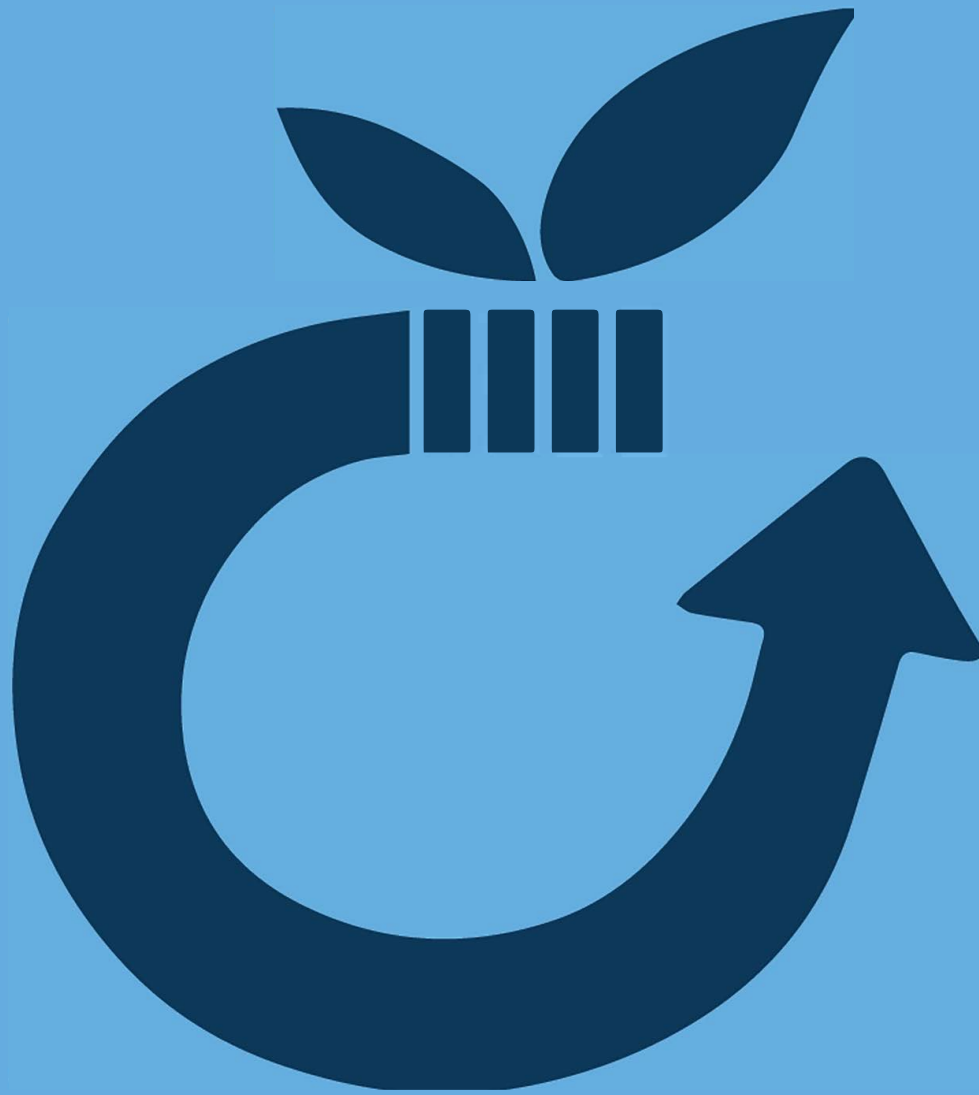
Wang, C. & Burris, M. A. (1997). Photovoice: concept, methodology, and use for participatory needs assessment. *Health Education & Behavior*, 24(3), 369–387. <https://doi.org/10.1177/109019819702400309>

WHO (2005). *Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions*. Genf: WHO.

Wihofszky, P., Layh, S., Hofrichter, P., Jahnke, M. & Göldner, J. (2020). *Standortanalyse für den Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien. Arbeitsheft zum Instrument*. Esslingen/Hamburg. https://www.hag-gesundheit.de/fileadmin/hag/data/Arbeitsfelder/Gesundheit_in_der_Stadt/KEG/Standortanalyse/Standortanalyse-Arbeitsheft.pdf [Stand 2025-10-16]

V Anlagen

Anlage 1: Manual



BESSER gesund leben

Ein Handbuch zu inklusiver Prävention und Gesundheitsförderung für
Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung



VORWORT	4
1 HINTERGRUND	6
Fallbeispiel	10
2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN	11
2.1 Wichtige Begriffe und ihre Bedeutung	11
2.2 Prävention und Gesundheitsförderung	17
2.3 Änderung des Gesundheitsverhaltens	27
3 PFLEGE- UND GESUNDHEITSEXPERT*INNEN	31
3.1 Interdisziplinäres Team	31
3.2 Kompetenzen und Aufgabenbereiche der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen	32
3.3 Fallmanagement	33
3.4 Sozialraumorientierung	35
4 PRAXIS INTERVENTION BESSER GESUND LEBEN	38
4.1 Sozialraumentwicklung (Fallunspezifische Intervention)	40
4.1.1 Methoden und Instrumente in der Sozialraumarbeit	40
4.1.2 Durchführung der Sozialraumanalyse	42
4.1.3 Durchführung der Netzwerkarbeit	45
4.1.4 Sozialraumarbeit in Hamburg	47
4.2 Individuelle Begleitung (Fallspezifische Intervention).	50
4.2.1 Ablauf	50
4.2.2 Planung	51
4.2.3 Durchführung	68
4.2.3.1 Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Zusammenarbeit	68
4.2.3.2 Erster Präventionsbesuch: Beziehungsaufbau	69
4.2.3.3 Zweiter Präventionsbesuch: Erfassung Gesundheitssituation und individueller Bedarfe	72
4.2.3.4 Dritter Präventionsbesuch: Entwicklung Ziele und Präventionsplan	74
4.2.3.5 Umsetzung und Begleitung der Präventionsmaßnahmen	76
4.2.3.6 Gruppenangebote	79
4.2.3.7 Finaler Präventionsbesuch: Reflexion und Verstetigung	80
4.2.4 Qualitätssicherung	82
Fallbeispiele	86
5 ABSCHLUSS UND AUSBLICK	93
SCHLUSSWORT	94
LITERATURVERZEICHNIS	95
ANHANG	101
IMPRESSUM	126

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1:	Stufen der Partizipation, Quelle: modifiziert nach (30)	17
Abbildung 2:	Gesundheitsförderung und Prävention, Quelle: modifiziert nach (32)	18
Abbildung 3:	Prävention und Gesundheitsförderung als integrale Bestandteile der gesundheitlichen Versorgung, Quelle: modifiziert nach (31)	19
Abbildung 4:	Modell der Determinanten von Gesundheit, Quelle: modifiziert nach (18)	23
Abbildung 5:	Regenbogen-Modell, Quelle: (41) nach Dahlgren und Whitehead, 1991	24
Abbildung 6:	Das Modell der Salutogenese, Quelle: angelehnt an (20)	25
Abbildung 7:	Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, Quelle: eigene Darstellung nach (20)	25
Abbildung 8:	Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung, Quelle: angelehnt an (42)	28
Abbildung 9:	Das HAPA-Modell, Quelle: angelehnt an (42)	30
Abbildung 10:	Case-Management-Regelkreislauf, Quelle: modifiziert nach (50)	34
Abbildung 11:	Hamburger Bezirke, Quelle: angelehnt an (68)	47
Abbildung 12:	Stakeholder Sozialraumentwicklung	49
Abbildung 13:	Ablauf der Intervention von BESSER gesund leben	50
Abbildung 14:	Befindlichkeitsskala, Quelle (88)	61
Abbildung 15:	Präventionsplan	67

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, Quelle: eigene Darstellung nach (31)	20
Tabelle 2:	Motivationsmodi, Quelle: eigene Darstellung nach (70)	52
Tabelle 3:	Die vier Phasen der Zielerreichung, Quelle: eigene Darstellung nach (82)	55

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ANP	Advanced Nursing Practitioner
BMC	Bundesverband Managed Care
DKI	Deutsche Krankenhausinstitut e.V
EKA	Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf
ESA	Evangelische Stiftung Alsterdorf
FaPP-MgB	Fallmanagement und Pflegeexpertise als Präventionsansatz für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
PGE	Pflege- und Gesundheitsexpert*in
HAG	Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.
HAPA	Health Action Process Approach
HAW Hamburg	Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
InterRAI ID	InterResident Assessment Instrument Intellectual Disability
SGB	Sozial-Gesetz-Buch
TTM	Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung
UN-BRK	UN-Behindertenrechtskonvention
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZRM	Zürcher Ressourcen Modell

VORWORT



Ulrich Scheibel,
Vorstand, Evangelische Stiftung
Alsterdorf

Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen haben das gleiche Recht auf gute medizinische Versorgung wie alle anderen auch. So steht es in Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention und das bezieht sich auch auf Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung. Tatsächlich aber fehlt es an barrierefreien Angeboten, die die spezifischen Bedarfe und Bedürfnisse dieser Menschen berücksichtigen. Dabei würden sie besonders davon profitieren. Denn Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen stellen eine gesundheitlich besonders vulnerable Gruppe dar. Viele Erkrankungen treten bei ihnen häufiger und eher auf, sie sterben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung im Durchschnitt 15 Jahre früher.

Deshalb haben wir als Evangelische Stiftung Alsterdorf gemeinsam mit Projektpartner*innen das Projekt BESSER gesund leben gestartet. Dabei wurden Hamburgerinnen und Hamburger mit intellektuellen Beeinträchtigungen jeweils ein Jahr lang von Pflege- und Gesundheitsexpert*innen auf ihrem ganz individuellen Weg zu einem gesünderen Leben begleitet.

Die Ergebnisse sind eindrucksvoll – das wird durch die wissenschaftliche Begleitforschung belegt, aber auch durch die Erfahrungsberichte, von denen Sie einige in diesem Handbuch finden.

Für viele der Teilnehmenden hat BESSER gesund leben etwas angestoßen: Es hat ihr Leben in Bewegung gebracht, es gesünder und eben besser gemacht. Das Projekt wurde für drei Jahre vom Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) der gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Nun hoffen wir, dass die Intervention in die Regelversorgung übernommen wird.

Wir danken an dieser Stelle auch unseren Konsortialpartner*innen, der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, der Hochschule Bielefeld, der AOK Rheinland/Hamburg, der Mobil Krankenkasse und dem Deutschen Krankenhausinstitut sowie unseren Kooperationspartner*innen der Eingliederungshilfe, der alsterdorf assistenz ost und alsterdorf assistenz west, Leben mit Behinderung Hamburg und Sozialkontor.

Mit diesem Handbuch wollen wir die wertvollen Erkenntnisse und Erfahrungen festhalten, aber auch Informationen zum Hintergrund und Aufbau der Intervention zur Verfügung stellen und so andere Menschen und Regionen inspirieren, ähnliche Projekte zu initiieren. Denn als Evangelische Stiftung Alsterdorf verstehen wir uns als Impulsgeberin, um die Gesellschaft zu verändern – hin zu mehr Inklusion.

Viel Spaß beim Lesen!



Ulrich Scheibel
Vorstand, Evangelische Stiftung Alsterdorf

1 HINTERGRUND

Erwachsene Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung¹ gehören zu einer besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppe. Sie besitzen oftmals eine niedrige Gesundheitskompetenz und treffen auf ein Gesundheitssystem, das nicht ausreichend auf ihre spezifischen Bedürfnisse und Bedarfe ausgerichtet ist. Sie sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufig gesundheitlich ungleich versorgt, was zu einer erhöhten Gesundheitsgefährdung führt (1). Zahlreiche Erkrankungen treten bei ihnen häufiger und früher auf (2). Das hat auch damit zu tun, dass im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ihre körperliche Aktivität verringert ist: Rund 85 % der Menschen mit Beeinträchtigungen verbringen ihre Freizeit vorwiegend sitzend. Viele von ihnen haben außerdem ungesunde Ernährungsgewohnheiten, leiden unter Mangel- und Fehlernährung oder Adipositas. All diese sich gegenseitig verstärkenden Faktoren fördern das Risiko für die Entwicklung chronischer Erkrankungen, zum Beispiel des kardiovaskulären Systems sowie Diabetes mellitus (3). Zudem ist die Prävalenz psychischer Erkrankungen und Störungen bei Erwachsenen mit intellektueller Beeinträchtigung höher als in der Allgemeinbevölkerung. Die Betroffenen erleben soziale Interaktionen häufiger als stressbelastend und haben weniger Coping-Strategien (4). Das Thema Sucht, insbesondere in Bezug auf Alkohol- und Nikotinkonsum, stellt einen bislang wenig erforschten, jedoch ebenfalls bedeutenden Risikofaktor für die Entstehung chronischer Erkrankungen dar (5). Die Lebenserwartung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung ist im Durchschnitt um 15 Jahre verkürzt (6).

Die genannten gesundheitlichen Herausforderungen und das mit ihnen verbundene erhöhte Risiko für verschiedene Erkrankungen stellen spezifische Anforderungen an die Gesundheitsversorgung und präventive Maßnahmen für diese Zielgruppe dar (5). Das GKV-Bündnis für Gesundheit² hat Menschen mit Behinderung daher als vulnerable Bevölkerungsgruppe identifiziert, um gezielte, zielgruppenspezifische Präventionsansätze zu entwickeln, zu erproben, zu evaluieren und nachhaltig zu implementieren. Hierfür bedarf es gesundheitsförderlicher Programme, die sowohl zielgruppenspezifisch ausgerichtet sind als auch einen barrierefreien und niedrigschwelligen Zugang für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung gewährleisten (6). Das 2015 in Kraft getretene Präventionsgesetz zielt darauf ab, die Gesundheit der Bevölkerung durch gezielte Präventionsmaßnahmen zu fördern und gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf benachteiligten Gruppen, zu denen auch Menschen mit Behinderungen zählen (7). Die 2009 von der Bundesrepublik Deutschland ratifizierte UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) garantiert das Recht auf das bestmögliche Gesundheitsergebnis, ohne Diskriminierung aufgrund der Beeinträchtigung (Artikel 25) (7). Um politische Handlungsbedarfe zu identifizieren, sind verlässliche Daten zur Gesundheit von Menschen mit Behinderungen unabdingbar. Die UN-BRK verpflichtet ihre Mitgliedstaaten zur Erhebung solcher Daten, um politische Konzepte zur Umsetzung der Konvention zu entwickeln (Artikel 31). Ein besonderer For-

schungsbedarf besteht im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung (8). Die Krankenkassen bieten zwar grundsätzlich präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen an, jedoch sind diese oft nicht barrierearm oder auf die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung abgestimmt. Dies führt dazu, dass Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in vielen Fällen von wichtigen Gesundheitsangeboten ausgeschlossen werden oder Schwierigkeiten haben, diese in Anspruch zu nehmen. Daraus resultieren Versorgungslücken im Gesundheitssystem. Darüber hinaus sorgt das Bundesteilhabegesetz dafür, dass Menschen mit Behinderungen die gleichen Chancen auf Gesundheit und Wohlbefinden wie alle anderen haben (8). Die rechtlichen Rahmenbedingungen unterstreichen die Notwendigkeit, gezielt auf die Bedarfe von Menschen mit Beeinträchtigungen einzugehen.

An dieser Problemlage setzt das Projekt mit dem wissenschaftlichen Titel „Fallmanagement und Pflegeexpertise als Präventionsansatz für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung“ (FaPP-MgB) an und arbeitet dabei mit einem ganzheitlichen Präventionsansatz. Mit Bezug auf das Präventionsgesetz wurden die vier Handlungsfelder der Prävention – Bewegung, Ernährung, Stress- und Suchtmanagement – bearbeitet. Diese beeinflussen sich wechselseitig und erfordern sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Ansätze, wie etwa lebensweltbezogene Interventionen. In Übereinstimmung mit den Zielen der UN-Behindertenrechtskonvention, des Präventionsgesetzes sowie des Bundesteilhabegesetzes stand im Mittelpunkt des Projekts, Menschen mit Beeinträchtigungen einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsangeboten zu gewährleisten und so ihre umfassende Teilhabe und gesundheitliche Versorgung sicherzustellen.

Mit seinem zielgruppenbezogenen Präventionsansatz verfolgte das Projekt drei Ziele:

- Verbesserung der individuellen Gesundheitssituation von erwachsenen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung durch die Vermeidung und Verringerung von gesundheitlichen Problemen und Risiken sowie der Chronifizierung bereits bestehender Erkrankungen.
- Verbesserung der Resilienz von erwachsenen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung durch die Stärkung von physischen und psychischen Widerstandskräften, Förderung von Gesundheitskompetenz und Stärkung von Empowerment.
- Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von erwachsenen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung durch stärkere soziale Teilhabe an Präventionsmaßnahmen und durch Verbesserung einer sektorenübergreifenden, interdisziplinären Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung.

Das Projekt wurde vom Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert. Der Innovationsfonds unterstützt die Entwicklung und Implementierung neuer, innovativer Modelle in der Versorgung und Gesundheitsförderung, die die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern und insbesondere auch benachteiligte

¹ In Gesetzestexten wird der Begriff „Menschen mit geistiger Behinderung“ verwendet, auch in der Wissenschaft ist diese Begrifflichkeit immer noch gebräuchlich. Dieser Begriff wird jedoch von der Zielgruppe vielfach als diskriminierend empfunden. Im Manual wird deshalb auf diese Formulierung verzichtet und der Begriff „Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung“ verwendet, unter Bezugnahme auf die Empfehlung des Behindertenbeauftragten Jürgen Dusel (99).

² Das GKV-Bündnis für Gesundheit ist die gemeinsame Initiative der gesetzlichen Krankenkassen zur Weiterentwicklung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten. Das Bündnis fördert unter anderem Strukturaufbau und Vernetzungsprozesse, die Entwicklung und Erprobung gesundheitsfördernder Konzepte, insbesondere für sozial und gesundheitlich benachteiligte Zielgruppen, sowie Maßnahmen zur Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Evaluation (98).

→
**FaPP-MgB =
BESSER gesund leben**

Der Titel in Leichter Sprache „BESSER gesund leben“, wurde in einem partizipativen Prozess gemeinsam mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung entwickelt.

Gruppen erreichen sollen (9). Im Rahmen des Projektes wurde ein neuer Versorgungsansatz entwickelt und erprobt. Der Projektförderungszeitraum erstreckte sich über drei Jahre von Januar 2022 bis März 2025. Der Titel in Leichter Sprache „BESSER gesund leben“, der im Manual verwendet wird, wurde in einem partizipativen Prozess gemeinsam mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung entwickelt.

Das Projekt strebte an, mit geschulten Expert*innen durch prozessbegleitendes spezifisches Fallmanagement bestehende Versorgungslücken bei erwachsenen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zu schließen und eine nachhaltige Stärkung der Gesundheit der Teilnehmenden zu erreichen. Der Interventionszeitraum umfasste pro Teilnehmenden jeweils 12 Monate. Akademisch qualifizierte Pflege- und Gesundheitsexpert*innen haben in enger Zusammenarbeit mit den insgesamt 251 Projektteilnehmenden partizipativ Präventionsmaßnahmen entwickelt, die sowohl den individuellen Bedarfen und Bedürfnissen als auch den Lebensrealitäten der Betroffenen gerecht wurden. Diese enge Zusammenarbeit garantierte, dass die Maßnahmen nicht nur theoretisch fundiert, sondern auch praxisnah und umsetzbar waren. Darüber hinaus fungierten die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen nicht nur als fachliche Berater*innen, sondern auch als Begleiter*innen des individuellen Veränderungsprozesses. Sie unterstützten die Teilnehmenden dabei, Verantwortung für ihre eigene Gesundheit zu übernehmen und langfristig zu bewahren. Durch diese kontinuierliche Begleitung wurde das Projekt zu einer wichtigen Quelle der Unterstützung.

Neben der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg) als Konsortialführung des Projektes, waren als Konsortialpartner im Projekt beteiligt: die Evangelische Stiftung Alsterdorf (ESA) mit dem Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf (EKA), die für die Ausarbeitung und praktische Durchführung des neuen Präventionsansatzes zuständig war, die Hochschule Bielefeld (HSBI), die das Projekt mit der wissenschaftlichen Evaluation begleitete, die AOK Rheinland/Hamburg und die Mobil Krankenkasse, die wichtige Routinedaten zur Verfügung stellten sowie das Deutsche Krankenhausinstitut (DKI), das für die Analyse von Routinedaten der Kostenträger sowie für die Durchführung von Kosteneffektivitätsanalysen im Rahmen der Evaluation des Projektes zuständig war.

REKRUTIERUNG DER ZIELGRUPPE

Zielgruppe für die Rekrutierung waren erwachsene Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und Lebensmittelpunkt in Hamburg. Sie waren in Werkstätten für Menschen mit Behinderung, Tagesförderstätten, auf ausgelagerten Arbeitsplätzen sowie auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt und wohnten in allen Hamburger Bezirken in ambulanten Strukturen, alleine oder in der besonderen Wohnform. Alle Teilnehmenden erhielten Unterstützung im Alltag durch professionelle Dienste oder durch ihre Familienangehörigen.

Für den Einschluss in die Studie und in die Intervention wurden folgende Einschlusskriterien definiert:

- diagnostizierte Intelligenzminderung gemäß ICD-10 (F70-F79)
- Volljährigkeit
- aktiv-motivierte Interessensbekundung für präventive Verhaltensänderung

Zudem galten die folgenden Ausschlusskriterien für eine Teilnahme an der neuen Versorgungsform:

- Pflegegrad > 3
- Menschen in der Sterbephase

Zur Rekrutierung der Teilnehmenden wurden zahlreiche Informationsveranstaltungen organisiert und durchgeführt. Diese dienten dazu, das Interesse an einer Teilnahme zu wecken, das Projekt genauer vorzustellen und etwaige offene Fragen zu klären. Es wurden Informationsmaterialien in Leichter Sprache für die Teilnehmer*innen sowie in Alltagssprache für Bezugspersonen, Mitarbeiter*innen in den Einrichtungen und gesetzlich Betreuende erstellt. Die Informationsveranstaltungen fanden niedrigschwellig und barrierearm vor Ort in den Sozialräumen der Zielgruppe, beispielsweise in Wohngemeinschaften bei den vier großen Trägern der Eingliederungshilfe, den Kooperationspartnern des Projektes, alsterdorf assistenz ost, alsterdorf assistenz west, Sozialkontor und Leben mit Behinderung Hamburg statt. Insbesondere für Fachkräfte wurden zur besseren Erreichbarkeit nach Bedarf auch digitale Informationsveranstaltungen durchgeführt.

Weiterhin wurde über soziale Medien, wie z. B. Instagram sowie über die Webseiten der Projektpartner für die Teilnahme am Projekt geworben und die Teilnahme an Podcasts genutzt, um auf das Projekt aufmerksam zu machen und eine breite Öffentlichkeit zu erreichen.

FALLBEISPIEL 1:**Theo erzählt seinen Weg zu mehr Gesundheit und Wohlbefinden**

Theo (Name wurde geändert) ist ein junger Mann Mitte 20 und lebt mit Assistenz in einer eigenen Wohnung. Bei BESSER gesund leben hat er sich angemeldet, um etwas in seinem Leben zu bewegen und sich leichter zu fühlen. Über den Zeitraum von 12 Monaten begleitet ihn die Pflege- und Gesundheitsexpert*in Eva P. zu den Themen Gesundheitsförderung und Prävention. Sie unterstützt ihn, seinen Zielen zu mehr Wohlbefinden und einer gesunden Lebensweise näherzukommen.

In den ersten Besuchen bei Theo geht es darum, seine Ziele konkret zu benennen und gemeinsam herauszufinden, wie er seinen Alltag gestalten kann, um sie zu erreichen. Theo möchte auf eine gesunde Ernährungsweise achten und regelmäßiger Gemüse essen. Auch beim Thema Bewegung fällt ihm einiges ein, was er verändern möchte. Er will regelmäßig Sport machen und kann sich vorstellen Mitglied im Sportverein zu werden. Und er möchte lernen, besser mit Stress umzugehen. Stress ist für den jungen Mann ein wichtiges Thema. Zum Start des Projektes durfte er sich ein kleines Motivationsgeschenk aussuchen. Er wählte einen „Anti-Stressball“. Diesen kann er pressen, wenn er sich gestresst fühlt. Um herauszufinden, welche Situationen ihn besonders belasten, notiert sich Theo in welchen Momenten er den Ball einsetzt. Zum Beispiel bei seiner Arbeit in der Werkstatt, wenn es sehr laut ist, weil so viele Leute zusammen sind.

Ein paar Treffen später ist es soweit: Theo trägt mit Eva P. die gemeinsam erarbeiteten Ziele und Maßnahmen in seinen Präventionsplan ein. Hier steht, was er in den nächsten Monaten erreichen will. Theo ist zufrieden, wenn er auf das Blatt Papier schaut. Der Weg, der zu sehen ist und dessen Seiten vormals leer waren, ist nun gesäumt von zahlreichen Bildern und Texten. Ganz oben, über allem steht: „So möchte ich besser gesund leben“.

Theo hat sich auf den Weg gemacht. Mit Hilfe von Eva P. hat er sich bei einer Reha-Sportgruppe angemeldet. Die Inklusionsportgruppe zu der er nun regelmäßig geht und Krafttraining macht, hat er selbst ausfindig gemacht – bei seiner Recherche im Internet. Sein Ziel mehr Sport zu machen, hat er so erfolgreich umsetzen können. Mit der regelmäßigen Bewegung kann er sich richtig auspowern und bekommt den Kopf frei. Um mit stressigen Situationen besser umgehen zu können macht er autogenes Training und hat bereits einen Kurs für mehr Wohlbefinden besucht.

Theo ist endlich zum Arzt gegangen, um seine Blutwerte und sein Diabetes-Risiko checken zu lassen. Eine Ernährungsberatung steht noch aus, aber etwas hat er bereits angefangen zu ändern: er hat sich angewöhnt jeden Morgen nach dem Aufstehen als Erstes ein Glas Wasser zu trinken und zum Frühstück steht nun Müsli auf dem Plan.

Auf die Frage, wie es ihm jetzt am Ende der Begleitung geht, antwortet er: „Ich fühle mich leichter“ und er lächelt dabei, denn es war genau das, was er sich gewünscht hatte. Dass er das erreicht hat, liegt seiner Meinung nach auch an der Unterstützung durch seine Pflege- und Gesundheitsexpert*in. Mit ihr war auf einmal vieles möglich, sein Leben ist in Bewegung geraten und bunter geworden.

2 THEORETISCHE GRUNDLAGEN

Das Projekt BESSER gesund leben basiert auf wissenschaftlichen Konzepten und theoretischen Modellen der Prävention und Gesundheitsförderung. Im Folgenden werden zentrale Begriffe sowie die angewendeten Konzepte und Modelle beschrieben.

Zunächst werden die grundlegenden Begriffe Gesundheitskompetenz, Resilienz, Selbstwirksamkeit, Empowerment sowie Teilhabe und Partizipation erläutert. Sie stehen im Zusammenhang mit den Zielen vom Projekt BESSER gesund leben und sind eng mit Prävention und Gesundheitsförderung verknüpft, da sie die individuellen und gesellschaftlichen Voraussetzungen für ein gesundes Leben von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung stärken.

Es folgt eine Beschreibung von Prävention und Gesundheitsförderung mit ihren Zielen, ihrem Zusammenhang und ihrer Einordnung in unser Gesundheitssystem. Anschließend werden zugehörige Konzepte, Ansätze und Modelle, die eine wichtige Rolle bei der Entwicklung und Durchführung vom Projekt BESSER gesund leben gespielt haben, kurz erläutert.

Abschließend werden zwei theoretische Modelle zur Änderung des Gesundheitsverhaltens vorgestellt – das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung und das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns („Health Action Process Approach“, HAPA-Modell). Die Modelle wurden für die Entwicklung und den Einsatz der Methoden und Arbeitsmaterialien zur „passgenauen“ Unterstützung der Teilnehmenden im Verlauf des Projekts verwendet.

2.1 Wichtige Begriffe und ihre Bedeutung**Gesundheitskompetenz**

Unter dem Begriff Gesundheitskompetenz (engl. health literacy) versteht man die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten, kritisch zu beurteilen und für gesundheitsbezogene Entscheidungen anzuwenden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) betont, dass Gesundheitskompetenz mehr bedeutet, als einfach nur Webseiten zu kennen, Broschüren lesen, Lebensmittiletiketten verstehen oder verordnete Maßnahmen befolgen zu können. Sie umfasst auch die Fähigkeit zum kritischen Denken und die Fähigkeit, persönliche und gesellschaftliche Bedürfnisse zur Förderung der Gesundheit auszudrücken (10). Zudem umfasst sie Wissen, Motivation und Kompetenzen, um mit gesundheitsrelevanten Informationen in den drei Handlungsbereichen Krankheitsbewältigung/Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung umzugehen (11). Gesundheitskompetenz darf nicht alleinige Verantwortung des Einzelnen sein. Es müssen vom Gesundheitssystem und den Regierungen klare, genaue, angemessene und zugängliche Informationen für ein breites Publikum bereitgestellt werden (10).

Im Jahr 2020 wiesen 64,2% der volljährigen Bevölkerung in Deutschland eine geringe Gesundheitskompetenz auf (12). Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung können gesundheitsbezogene Informationen oft nicht gut verstehen, da diese zum Beispiel nicht in Leichter Sprache verfügbar sind (13). Zudem gibt es kaum Maßnahmen und Konzepte, die auf eine Förderung von Gesundheitskompetenz von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung abzielen (5). Eine zielgruppengerechte Förderung der Gesundheitskompetenz kann die Gesundheit und Teilhabe von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung jedoch steigern sowie die Qualität und Effizienz ihrer Gesundheitsversorgung erhöhen und Barrieren abbauen (13).



LEICHTE SPRACHE UND UNTERSTÜTZTE KOMMUNIKATION

Leichte Sprache ist eine besondere Form der Kommunikation, die sich an Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung richtet. Sie ist eine vereinfachte Form der Alltagssprache. Leichte Sprache ist in der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) verankert und stammt aus der Selbsthilfe-Bewegung. Sie wurde 1996 von der US-Organisation „People First“ entwickelt und 2001 in Deutschland von „Mensch zuerst e.V.“ übernommen. Seit 2009 basiert sie auf europäischen Regeln, die von Inclusion Europe entwickelt wurden und hat ein Gütesiegel, das ihre Qualität sichert. Besonders wichtig ist, dass Leichte Sprache von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung geprüft wird, um sicherzustellen, dass sie verständlich ist. Nach der Prüfung darf ein Text mit dem Siegel „Leichte Sprache“ versehen werden.

Leichte Sprache umfasst nicht nur einfache Wörter und Sätze, sondern auch Bilder, Gesten und Geräusche, um die Kommunikation klarer zu machen. Besonders hilfreich ist Leichte Sprache in der Kommunikation mit Personen, die nicht sprechen können. Leichte Sprache trägt zur Inklusion bei und ermöglicht es, dass alle Menschen gleichermaßen an In-

formationen und Entscheidungsprozessen teilhaben können. Sie ist nicht nur eine Methode, sondern eine Haltung, die alle Menschen einbezieht und Barrieren abbaut. Zusätzlich gibt es die einfache Sprache, die sich an Menschen richtet, die nicht gut lesen und schreiben können, jedoch kein festes Regelwerk hat und an die Bedürfnisse der jeweiligen Personen angepasst werden kann. Einfache Sprache kann von jedem angewendet werden (14) (15).

Neben Leichter und einfacher Sprache gibt es zusätzlich noch Unterstützte Kommunikation (UK). Unterstützte Kommunikation ist ein Hilfsmittel, um mit Menschen mit einer Beeinträchtigung der Kommunikation oder des Sprachverständnis dennoch kommunizieren zu können. „Ausgehend von den aktuellen Kompetenzen einer Person entwickelt Unterstützte Kommunikation individuelle Maßnahmen für eine bessere Verständigung und mehr Mitbestimmung im Alltag“ (16). Bei UK kann durch den Einsatz von Gebärdensprache, Objekten, grafischen Symbolen oder technischen Hilfen die Kommunikation im Alltag intensiviert und verbessert werden (16).

→ PRAKTISCHE UMSETZUNG:

Anwendung Leichte Sprache im Projekt BESSER gesund leben

Im Projekt BESSER gesund leben wurden alle Dokumente, wie zum Beispiel die Informationsbroschüre zum Projekt sowie die Teilnahmebedingungen und Datenschutzrichtlinien sowie weiteres Informationsmaterial nicht nur in Alltagssprache, sondern auch in Leichter Sprache erstellt. Dies war Voraussetzung für die Teilhabe und den selbstbestimmten und selbstständigen Entscheidungsprozess zur Teilnahme der Zielgruppe.

Die Informationsveranstaltungen zur Vorstellung des Projektes sowie alle Arbeitsblätter, die in der individuellen Begleitung zum Einsatz kamen, wurden von den Pflege- und Gesundheitsexpert*innen in einfacher Sprache erstellt und verwendet.

Für Unterstützte Kommunikation wurden die META-COM Symbole von Annette Kitzinger verwendet.

Auch dieses Handbuch ist in Leichter Sprache erhältlich.

Resilienz

Resilienz beschreibt die innere Widerstandskraft, sich trotz ungünstiger Lebensumstände und kritischer Lebensereignisse psychisch gesund zu entwickeln. Menschen mit einer hohen Resilienz können sich von Belastungen, traumatischen Ereignissen oder schweren Schicksalsschlägen schneller erholen und sogar gestärkt daraus hervorgehen. Menschen mit geringer Resilienz können Belastungen nicht ausreichend bewältigen, sodass es zu einer dauerhaften Beeinträchtigung (z.B. einer Posttraumatischen Belastungsstörung) kommen kann (17). Resilienz baut auf einer Vielzahl von Schutzfaktoren auf. Schutzfaktoren sind langfristig wirksame Gesundheitsressourcen eines Menschen, die ihn widerstandsfähig im Umgang mit inneren und äußeren Stressoren machen (18). Es wird zwischen personalen und sozialen Schutzfaktoren unterschieden.

Personale Schutzfaktoren

- Persönlichkeitsmerkmale
- individuelle Lebenskompetenzen und Bewältigungsstrategien
- körperliche Schutzfaktoren, wie ein gutes Immunsystem und körperliche Gesundheit
- kognitive und affektive Merkmale, wie eine positive Selbstwahrnehmung, eine positive Lebenseinstellung, eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung und eine realistische Selbsteinschätzung und Zielorientierung

Soziale Schutzfaktoren

- Grundbedingungen, wie angemessene Ernährung, ausreichend Wohnraum und Erwerbstätigkeit
- Soziale Unterstützung, wie Partnerschaft oder soziale Beziehungen im beruflichen und privaten Umfeld. Für Kinder und Jugendliche spielen auch Faktoren der familiären Umwelt eine wichtige Rolle (19).

Die Resilienz kann auch als Teil der Salutogenese verstanden werden. Das Salutogenese-Modell wird in Kapitel 2.2 genauer erläutert (20).

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung begegnen, wie in Kapitel 1 beschrieben, vielen gesundheitlichen Herausforderungen und sind verstärkt Belastungen ausgesetzt. Der Aufbau von Schutzfaktoren spielt bei der Zielgruppe somit eine zentrale Rolle, um Gesundheit zu fördern und um das Risiko von dauerhaften Beeinträchtigungen zu verringern.

Selbstwirksamkeit

Das Konzept der Selbstwirksamkeitserwartung wurde vom Psychologen Albert Bandura entwickelt. In seinen Forschungsarbeiten kam Bandura zu dem Ergebnis, dass menschliches Verhalten nicht nur durch Belohnung und Bestrafung beeinflusst wird, sondern auch durch das Lernen am Modell: Die Sozial-kognitive Lerntheorie geht davon aus, dass die Erwartungen, die ein Beobachter hat, entscheidend dafür sind, ob ein Verhalten tatsächlich nachgeahmt wird oder nicht. Die Selbstwirksamkeitserwartung (oder auch Selbstwirksamkeit) wurde zum zentralen Element seiner Arbeit.

Selbstwirksamkeit beschreibt die innere Überzeugung, schwierige oder herausfordernde Situationen aufgrund eigener Kompetenzen bewältigen zu können (18). Der Glaube an die eigenen Fähigkeiten beeinflusst Gedanken, Motivation und Handlungen. Er ist entscheidend dafür, ob ein Vorhaben erfolgreich umgesetzt wird. Bestehen Zweifel an der eigenen Selbstwirksamkeit, kann ein Vorhaben scheitern oder eine schwierige Situation unbewältigt bleiben, obwohl die benötigten Fähigkeiten eigentlich vorhanden sind. Wie sehr eine Person an die eigenen Fähigkeiten glaubt, beeinflusst wesentlich, ob sie bei auftauchenden Herausforderungen durchhält oder aufgibt. Eine Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung kann also die Motivation und das Verhalten einer Person beeinflussen und zu einer höheren Anstrengung und Leistung führen. Eine hohe Selbstwirksamkeit wirkt sich positiv auf die Ausdauer aus, Misserfolge werden eher als Herausforderung gesehen und es kommt zu einer erhöhten Frustrationstoleranz (21).

WIE SELBSTWIRKSAMKEIT GESTEIGERT WERDEN KANN:

- 1. Eigene Erfolgserlebnisse:** Den stärksten Einfluss üben persönliche Erfolgserfahrungen aus. Entscheidend ist, dass der Erfolg den eigenen Anstrengungen und Fähigkeiten zugeschrieben wird.
- 2. Stellvertretende Erfahrungen:** Auch eine stellvertretende Erfahrung kann die Selbstwirksamkeit beeinflussen. Das Verhalten des beobachteten Modells muss als nachahmenswert angesehen werden. Besonders effektiv ist es, wenn sich der*die Betrachter*in mit dem Modell identifizieren kann, was häufig erfolgt, wenn Persönlichkeitsmerkmale, wie Alter und Geschlecht übereinstimmen.
- 3. Verbale Ermutigung:** Ein Aufzeigen von Kompetenzen, zum Beispiel in einem persönlichen Gespräch, kann die Selbstwirksamkeit stärken. Allerdings nur dann dauerhaft, wenn sich die Kompetenzbeschreibungen auch durch Erfolgserfahrungen im Alltag bestätigen lassen.
- 4. Selbstreflexion, bzw. emotionale Erregung:** Auch die Wahrnehmung der eigenen Gefühle hat einen Einfluss auf die Selbstwirksamkeit. Wird beispielsweise ein erhöhter Adrenalinspiegel vor einem öffentlichen Auftritt als Angst interpretiert, kann dies zu einer herabgesetzten Selbstwirksamkeit führen. Wird die Aufregung als Enthusiasmus wahrgenommen, kann sie bestärkend wirken und die Selbstwirksamkeit erhöhen (21) (18).

Empowerment

Empowerment bedeutet so viel wie Selbstbefähigung sowie die Stärkung von Eigenmacht und Autonomie. Die Entwicklung des Empowerment-Konzepts stammt aus den USA und ist eng verbunden mit der Bürgerrechtsbewegung und der politischen Gemeinwesenarbeit (22). Heute ist es vor allem in der Gesundheitsförderung, der Selbsthilfe, der Psychiatrie, der Jugendhilfe, der Organisationentwicklung und der Entwicklungszusammenarbeit ein einflussreiches Konzept. Es gehört zu den drei Grundstrategien der Ottawa-Charta, in der es heißt, dass Gesundheitsförderung darauf abzielt, Menschen zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (23). Empowerment umfasst Strategien und Maßnahmen, die vorhandene Fähigkeiten der Menschen stärken, ihre Ressourcen fördern und sie befähigen, eigene Lebenswege und Lebensräume selbst zu gestalten. Es geht darum, ein selbstbestimmtes und unabhängiges Leben zu führen und eigene Interessen selbst vertreten zu können (24).

Die UN-Behindertenrechtskonvention betont die Bedeutung des Empowerments von Menschen mit Behinderung, um ihre Selbstbestimmung, Diskriminierungsfreiheit und gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe zu gewährleisten und verankert ihre Ansprüche rechtlich. In keiner anderen internationalen Menschenrechtskonvention wird dieser Empowerment-Ansatz so deutlich hervorgehoben (25).



Der Glaube an die eigenen Fähigkeiten beeinflusst Gedanken, Motivation und Handlungen.

In der professionellen Arbeit geht es um die Haltung und das Vertrauen in die Stärken der Menschen, die als „Experten in eigener Sache“ gesehen werden. Die Aufgabe von Professionellen ist es, förderliche Rahmenbedingungen zu schaffen und sich dabei selbst nicht oder nur sehr vorsichtig in den Prozess einzumischen. Ausgangspunkt des Handelns ist das Prüfen und Sammeln der verfügbaren personalen und sozialen Ressourcen der Menschen (22) (26). Wenn Menschen die Erfahrung machen, aktive Gestalter ihrer Lebenswelt zu sein sowie Ermutigung und soziale Anerkennung erleben, fühlen sie sich ihrer Umwelt weniger ausgesetzt. Sie machen positive Lebenserfahrungen und steigern ihren Selbstwert und ihre Selbstwirksamkeit (22).



Teilhabe und Partizipation

Das Recht auf Teilhabe ist ein zentrales Thema der UN-Behindertenrechtskonvention. Menschen mit Behinderung haben das Recht auf gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe in allen Bereichen des Lebens. Gesellschaftliche Bereiche müssen so gestaltet sein, dass Menschen mit Behinderung uneingeschränkt teilhaben können.

Teilhabe bedeutet, dass Menschen die Möglichkeit haben dabei zu sein, einen Zugang zu haben und nicht ausgeschlossen zu werden. Partizipation geht einen Schritt weiter und fordert die Möglichkeit auf aktive Mitgestaltung und Mitbestimmung der Menschen (26). Die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet den Staat rechtlich zur Partizipation. Im Artikel 4 Absatz 3 heißt es, dass Menschen mit Behinderung in sie betreffende Entscheidungs-, Forschungs- und Gestaltungsprozesse aktiv einbezogen werden müssen (27). Dies bedeutet, dass alle Menschen, unabhängig von Art und Umfang ihrer Beeinträchtigung, nicht nur passiv einbezogen werden (Teilhabe), sondern sich als aktive Bürger*innen mit ihren Ansichten einbringen (Partizipation). So wird deutlich, dass Teilhabe und Partizipation bis auf ihren engen Zusammenhang im Bereich der Menschenrechte unterschiedlichen Kontexten zuzuordnen sind. Partizipation ist ein tiefergehender Aspekt von Teilhabe. Man kann teilhaben, ohne zu partizipieren aber jede Partizipation setzt Teilhabe voraus (28).

Die Stufen der Partizipation

Der Begriff Partizipation steht für Beteiligung, Teilhabe, Mitwirkung oder Einbeziehung. Um den Grad und die Qualität der Beteiligung von Menschen analysieren, strukturieren und bewerten zu können, wurde von Michael T. Wright, Martina Block und Hella von Unger ein Stufenmodell für die Gesundheitsförderung entwickelt. Es differenziert Stufen von der Minimalbeteiligung bis zur freien Entscheidungsmacht (siehe Abb. 1). Dabei ist es erstrebenswert, einen möglichst hohen Grad von Partizipation zu erreichen, aber auch die Vorstufen der Partizipation werden als wichtige Elemente von Partizipation angesehen (29).



Abbildung 1: Stufen der Partizipation, Quelle: modifiziert nach (30)

2.2 Prävention und Gesundheitsförderung

Das folgende Kapitel gibt einen Überblick über die Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung, deren Zusammenhang und ihre Einordnung in unser Gesundheitssystem. Zudem werden verschiedene Konzepte und Theorien der Prävention und Gesundheitsförderung vorgestellt.

Ziele und Zusammenhang von Prävention und Gesundheitsförderung

Sowohl Prävention als auch Gesundheitsförderung verfolgen das Ziel, die Gesundheit zu stärken, wobei sich ihre Ansätze etwas voneinander unterscheiden. Bei der Prävention geht es darum, das Eintreten oder die Ausbreitung von Krankheiten zu verhindern. Maßnahmen der Prävention werden der Pathogenese zugeordnet, die sich mit Fragen über die Entstehung von Krankheiten beschäftigt. Im Fokus sind die Risikofaktoren, die abgebaut werden sollen.

Die Gesundheitsförderung dagegen fokussiert sich auf eine Verbesserung der gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen. Maßnahmen der Gesundheitsförderung werden der Salutogenese zugeordnet, die sich mit Fragen über die Entstehung von Gesundheit beschäftigt. Im Fokus ist hier der Aufbau von Schutzfaktoren zur Steigerung der Gesundheit (Abb. 2).

Auch wenn die Pathogenese durch ihren Fokus auf Krankheiten vielfach in Kritik geraten ist, sollten immer beide Perspektiven betrachtet werden, da sie sich gegenseitig verstärken und sinnvoll ergänzen können (20) (31). Dies wird auch deutlich, wenn man das Gesundheits- und Krankheits-Kontinuum des Modells der Salutogenese betrachtet (siehe Kapitel 2.2). Demnach ist ein Mensch nicht nur gesund oder krank. Er bewegt sich auf einem Kontinuum zwischen dem Zustand (maximaler) Gesundheit und (maximaler)

Krankheit. Maßnahmen der Prävention zielen darauf ab, zu verhindern, dass sich der Mensch in Richtung Krankheit bewegt. Gesundheitsförderung ist darauf ausgerichtet, dass sich der Mensch in Richtung Gesundheit bewegt (17).



Abbildung 2: Gesundheitsförderung und Prävention, Quelle: modifiziert nach (32)

→ PRAKTISCHE UMSETZUNG:

Im Projekt BESSER gesund leben wurden sowohl präventive Maßnahmen als auch Maßnahmen der Gesundheitsförderung in den Blick genommen. Zu den präventiven Maßnahmen gehörten zum Beispiel die Information und Aufklärung über Risikoverhalten, die Reflexion des eigenen Gesundheitsverhaltens und das Thema Vorsorgeuntersuchungen, wie Krebs- oder Zahnvorsorge. Zu den Maßnahmen der Gesundheitsförderung gehörten zum Beispiel die Vermittlung eines gesunden Lebensstils, durch gesunde Ernährung, regelmäßige Bewegung und Entspannung, zur Stärkung der Gesundheitskompetenz sowie die Förderung von Teilhabe an Angeboten der Gesundheitsförderung, wie Sport- und Kochgruppen.

Prävention und Gesundheitsförderung im Gesundheitssystem

Prävention und Gesundheitsförderung sollen laut dem Präventionsgesetz in den alltäglichen Lebenswelten der Menschen gestärkt werden. Im erwünschten Idealzustand des Gesundheitssystems sind Prävention und Gesundheitsförderung integrale Bestandteile der gesundheitlichen Versorgung, wie in Abbildung 3 dargestellt. Die Grafik veranschaulicht die Verbindung der Versorgungselemente des Gesundheitssystems und die

Rolle von Prävention und Gesundheitsförderung im System. Es wird deutlich, dass alle Elemente eng miteinander verknüpft sind und Prävention und Gesundheitsförderung in allen Bereichen eine Rolle spielen (31).

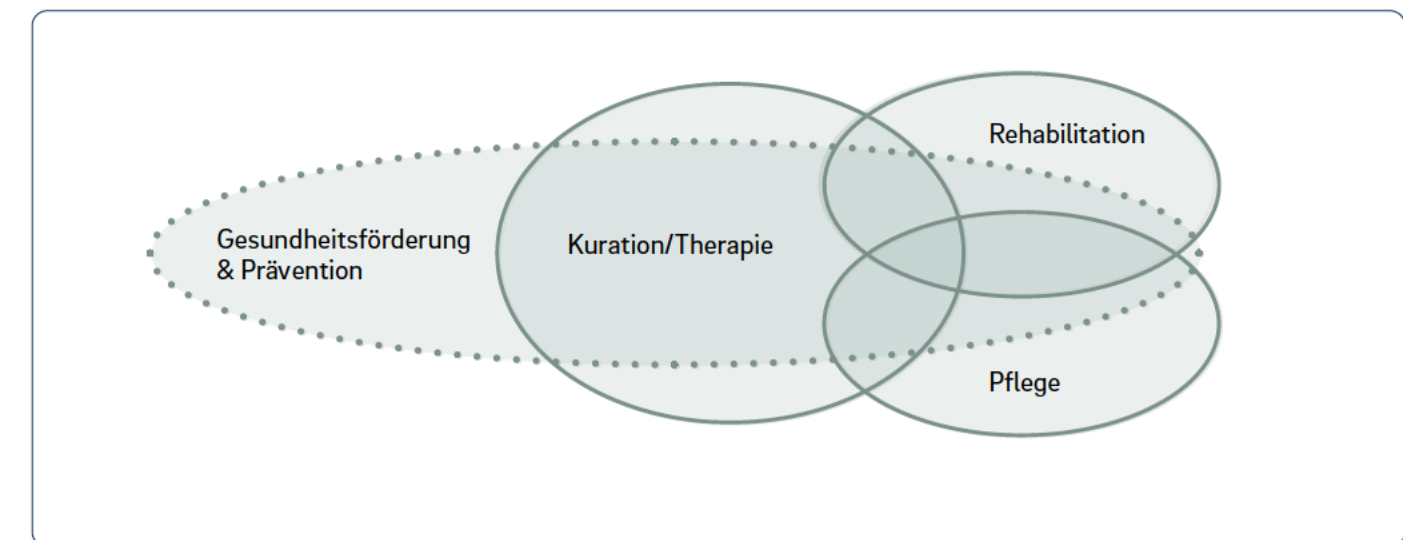


Abbildung 3: Prävention und Gesundheitsförderung als integrale Bestandteile der gesundheitlichen Versorgung, Quelle: modifiziert nach (31)

Was ist Prävention?

Formen der Prävention

Präventionsmaßnahmen zielen darauf ab, das Auftreten von Krankheiten, unerwünschten Ereignissen oder Zuständen zu verhindern oder zu verzögern. Je nach Zeitpunkt, an dem eine Maßnahme ansetzt, werden primäre, sekundäre und tertiäre Prävention unterschieden.

Bei der **Primärprävention** geht es darum, das erstmalige Auftreten einer Krankheit zu verhindern. Das Ziel ist, die Zahl der Neuerkrankungen zu verringern. Die Maßnahmen richten sich an gesunde Personen ohne Krankheitssymptome.

Die **Sekundärprävention** (Vorsorge/Krankheitsfrüherkennung) verfolgt das Ziel, Krankheiten möglichst früh zu erkennen und einzudämmen. Häufig besteht bereits ein frühes klinisch noch unauffälliges symptomloses Stadium der Erkrankung. Die Maßnahmen richten sich an Gesunde oder Symptomlose, die im Fall einer positiven Diagnose Patient*innen werden und an Personen mit Frühsymptomen einer Erkrankung.

Die **Tertiärprävention** erfolgt, wenn sich eine Erkrankung bereits manifestiert hat. Das Ziel der Präventionsmaßnahmen ist die Verhinderung des Fortschreitens oder Chronifizierung einer Erkrankung sowie von Rückfällen. Hierzu gehören auch rehabilitative Maßnahmen. Die Maßnahmen richten sich an Patienten mit chronischer Beeinträchtigung oder Rehabilitanden (31) (17).

Die verschiedenen Interventionszeitpunkte, Zielgruppen und Zielsetzungen sind der Tabelle 1 zu entnehmen.

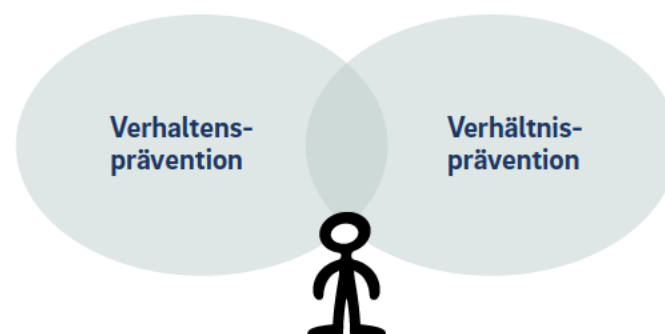
PRIMÄR-, SEKUNDÄR- UND TERTIÄRPRÄVENTION

	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention
Zeitpunkt der Intervention	Vor dem Eintreten einer Krankheit	Im Frühstadium einer Krankheit	Nach Manifestation/ Akutbehandlung einer Krankheit
Ziel der Intervention	Verringerung der Inzidenz von Krankheiten	Eindämmung der Entwicklung, Chronifizierung oder Verschlechterung einer Krankheit	Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen
Zielgruppe der Intervention	Gesunde, bzw. Personen ohne Symptomatik	Patient*innen, Klient*innen	Patienten mit chronischer Erkrankung, Rehabilitanden

Tabelle 1: Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention, Quelle: eigene Darstellung nach (31)

Verhalten- und Verhältnisprävention

Des Weiteren werden die Begriffe Verhaltens- und Verhältnisprävention voneinander unterschieden. Verhaltensprävention bezieht sich auf den Abbau riskanter Verhaltensweisen (z. B. Rauchen, ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel) oder der Stärkung von Gesundheitskompetenz. Verhältnispräventive Maßnahmen zielen auf Veränderungen der Umgebungsbedingungen und Lebensverhältnisse ab (z. B. gesundheitsfördernde Arbeitsplätze, barrierefreie Angebote der Gesundheitsförderung) (20). Teilweise werden die Ansätze noch weiter differenziert in „reine“ Verhaltensprävention, kontextorientierte („verhältnisgestützte“) Verhaltensprävention und „reine“ Verhältnisprävention (33).



→ PRAKTISCHE UMSETZUNG:

Das Projekt BESSER gesund leben kann der kontextorientierten („verhältnisgestützten“) Verhaltensprävention zugeordnet werden, mit dem Ziel, gesundheitsförderliches Verhalten einzelner Personen zu stärken und gleichzeitig die Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Lebenswelt zu unterstützen. Dieser Ansatz erfolgte auch im Sinne der sozialraumorientierten Arbeitsweise (siehe Kapitel 3.4). Auf verhaltensbezogener Ebene wurden die Teilnehmer*innen bei einer Änderung ihres Gesundheitsverhaltens auf dem Weg zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil unterstützt. Dies erfolgte vor allem durch Motivationsarbeit, Kompetenzvermittlung und der Förderung von sozialer Teilhabe an Angeboten der Gesundheitsförderung. Auf verhältnisbezogener Ebene wurden gesundheitsförderliche Strukturen gestärkt. Dies erfolgte zum Beispiel durch eine Förderung der Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure in der Gesundheitsversorgung sowie einer Kommunikation von festgestellten Bedarfen und Versorgungslücken. Die Teilnehmenden wurden dabei unterstützt, ihre Lebenswelt aktiv nach ihrem Willen und ihren Bedürfnissen zu gestalten. Es sollten ein niedrigschwelliger Zugang zu Angeboten der Gesundheitsförderung geschaffen und Barrieren abgebaut werden. Durch die enge Verzahnung von Verhaltens- und Verhältnisprävention erfolgte ein ganzheitlicher Ansatz.

Was ist Gesundheitsförderung?

Definition der Gesundheitsförderung laut Ottawa-Charta

Unter den Begriff der Gesundheitsförderung fallen alle Maßnahmen, die der Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen und der Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen dienen (20). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheitsförderung in der Ottawa-Charta (1986) als „einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (23). Die WHO orientiert sich an einem positiven Gesundheitsbegriff und grenzt sich explizit von einer negativen Betrachtungsweise von Gesundheit, als Abwesenheit von Krankheit, ab. Der Fokus liegt auf den Bedingungen von Gesundheit (Ressourcen) und weniger auf den Ursachen von Krankheiten (Risikofaktoren) (34).

In der Definition von Gesundheitsförderung wird der Begriff der Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit hervorgehoben und die Notwendigkeit betont, Menschen zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Hierdurch wird die Nähe zum Empowerment-Ansatz eindeutig. Die Befähigung zum selbstbestimmten Handeln soll darüber hinaus durch aktive Einbindung der Menschen erfolgen. Die Einbindung bzw. Beteiligung oder auch Partizipation stellt ein weiteres Element der Gesundheitsförderung dar (35).

Gesundheitliche und soziale Ungleichheiten

Der Ansatz der Gesundheitsförderung ist darüber hinaus durch einen starken Fokus auf gesundheitliche und soziale Ungleichheiten und die Herstellung von Chancengleichheit gekennzeichnet (34). Menschen mit Behinderung sind besonders häufig von Armut betroffen (36). Zusätzlich werden Menschen mit niedrigem sozialem Status durch Programme der Gesundheitsförderung und Prävention schlecht erreicht (37). Erkrankungen und deren Risikofaktoren, die durch Gesundheitsförderung beeinflusst werden können, kommen bei ihnen besonders häufig vor (siehe Kapitel 1) (2).

Um gesundheitliche Chancengleichheit zu stärken, wurde in der jüngsten Globalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO in Shanghai (2016), die Förderung von Gesundheitskompetenz als eine wichtige Säule der Gesundheitsförderung, priorisiert (38).

Der Setting-Ansatz

Menschen mit niedrigem sozialem Status können besonders gut mit Ansätzen erreicht werden, die in ihrer Lebenswelt verankert sind und aktiv von ihnen mitgestaltet werden. Hier spricht man vom sogenannten Setting-Ansatz (31). Der Setting-Ansatz stellt eine Kernstrategie der Gesundheitsförderung dar. Er richtet Gesundheitsförderung auf die Lebensbereiche aus, in denen Menschen einen großen Teil ihrer Lebenszeit verbringen. Settings sind zum Beispiel Arbeitsstätten, Schulen, Kindergärten, Krankenhäuser, Gemeinden oder Wohnquartiere. Um erfolgreich zu sein, muss Gesundheitsförderung im Lebensalltag ansetzen und diesen gesundheitsförderlich gestalten (34) (39). Der Setting-Ansatz ist geprägt durch eine enge Kopplung von verhaltensorientierten und verhältnisorientierten Maßnahmen (39).

→ PRAKTISCHE UMSETZUNG:

Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sind besonders gut über den Setting-Ansatz erreichbar. Die Umsetzung des Projektes BESSER gesund leben fand deshalb in der direkten Lebenswelt der Menschen statt. Die regelmäßigen Termine mit den Teilnehmenden wurden je nach Wunsch in der eigenen Häuslichkeit, der Arbeitsstätte oder an anderen beliebigen Orten durchgeführt. Die Wahl des Settings ermöglichte es den Teilnehmenden einen Ort zu wählen, an dem er*sie sich gerne aufhält und sich wohl fühlt. Diese Vorgehensweise entspricht dem sozialraumorientierten Ansatz, bei dem der Wille und die Interessen des Menschen im Vordergrund stehen (siehe Kapitel 3.4). Zudem gelingt die gemeinsame Gestaltung der Lebenswelt, wie es die Sozialraumorientierung vorsieht, am besten, wenn das „Zusammenkommen“ auch in der direkten Lebenswelt erfolgt. Auch um den „Fall im Feld“ zu betrachten, eignet sich der Setting-Ansatz, da dieser verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen eng miteinander verknüpft.

Das Modell der Determinanten von Gesundheit

Ein Grundgedanke der Gesundheitsförderung ist die gezielte Einflussnahme auf Determinanten, die maßgeblich die Gesundheit beeinflussen. Diese umfassen materielle, soziale und kulturelle Bedingungen, in denen Menschen leben und arbeiten. Hierzu gehören sowohl Merkmale wie Alter und Geschlecht, Lebensstil, soziale Integration, Lebens- und Arbeitsbedingungen und allgemeine sozioökonomische, kulturelle und umweltbezogene Bedingungen. Das Modell der Gesundheitsdeterminanten stellt die Faktoren auf fünf Ebenen dar (siehe Abb. 4). Auf jeder Ebene befinden sich Risikofaktoren, die eine Erkrankung begünstigen, aber auch Ressourcen für ein gesünderes Leben, die im Menschen selbst oder in seiner Umwelt liegen können (40).

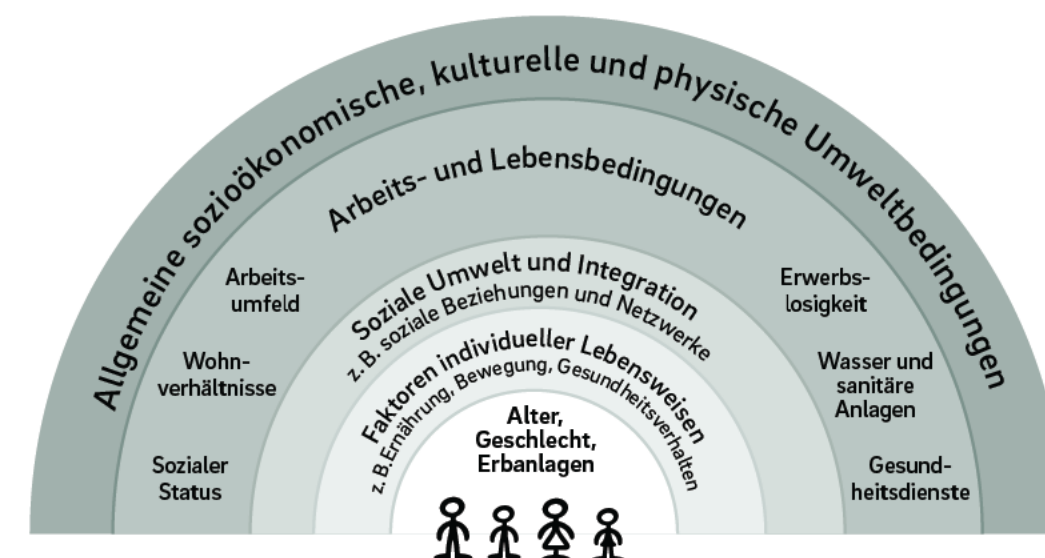


Abbildung 4: Modell der Determinanten von Gesundheit, Quelle: modifiziert nach (18)

→ PRAKTISCHE UMSETZUNG:

Das Projekt GESUND! der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin (KHSB) und des Verbands der Ersatzkassen e.V. als Projektpartner, hat das Modell der Determinanten von Gesundheit nach Dahlgren und Whitehead (1991) einfach und übersichtlich als Regenbogenmodell dargestellt (siehe Abb. 5) (42). Dieses Regenbogenmodell wurde im Projekt BESSER gesund leben vielfach genutzt, um den Teilnehmenden die zahlreichen Einflussfaktoren auf ihre Gesundheit durch Verhältnisse und äußere Bedingungen, aber auch durch ihr individuelles Gesundheitsverhalten zu vermitteln.



Abbildung 5: Regenbogen-Modell, Quelle: (41) nach Dahlgren und Whitehead, 1991

Wie entsteht Gesundheit und wie kann sie gefördert werden?

Mit der Frage, wie Gesundheit entsteht und was den Menschen gesund erhält, beschäftigte sich bereits 1979 der Soziologe Aaron Antonovsky. Er entwickelte das Modell der Salutogenese, welches aus einer Kritik an dem bisher vorherrschenden System der pathogenetisch ausgerichteten Gesundheitsversorgung entstanden ist. Das Modell gilt bis heute als eines der bekanntesten ressourcenorientierten Konzepte (20). Es enthält vier zentrale Komponenten: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, die allgemeinen Widerstandsressourcen, das Kohärenzgefühl und das Stresskonzept sowie der Stressbewältigungsprozess (18). Das Modell ist in der Abbildung 6 schematisch vereinfacht dargestellt.

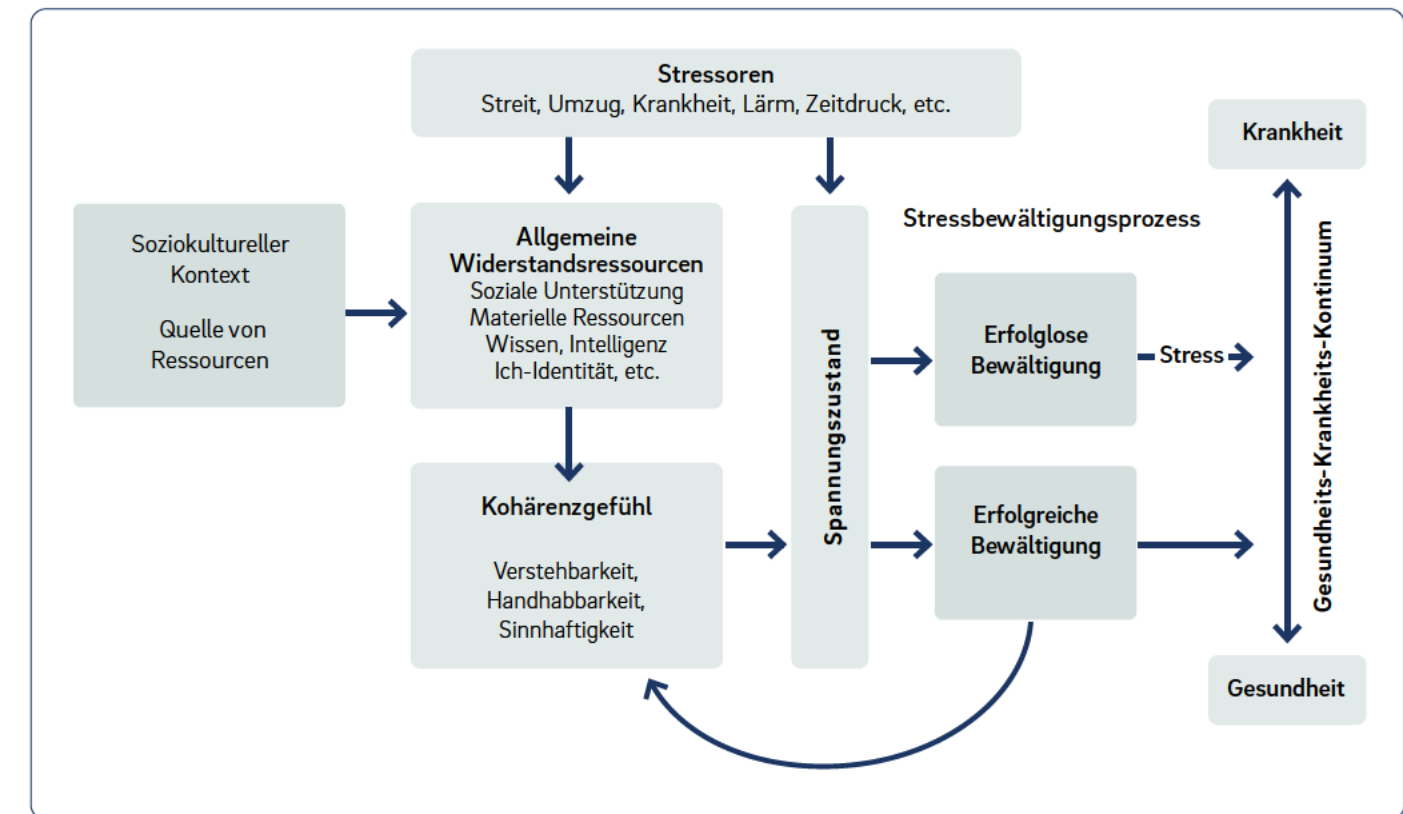


Abbildung 6: Das Modell der Salutogenese, Quelle: angelehnt an (20)

Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum: Gesundheit und Krankheit werden nach dem Modell der Salutogenese nicht als fester Zustand definiert, sondern als Endpunkte eines Kontinuums auf dem sich der Mensch zwischen den zwei Extrempolen maximaler Gesundheit und maximaler Krankheit bewegt (siehe Abb. 7). Während Risikofaktoren einen negativen Einfluss auf die Entstehung von Krankheiten haben, nehmen Schutzfaktoren eine positive Wirkung auf die Entstehung oder Erhaltung von Gesundheit (20).

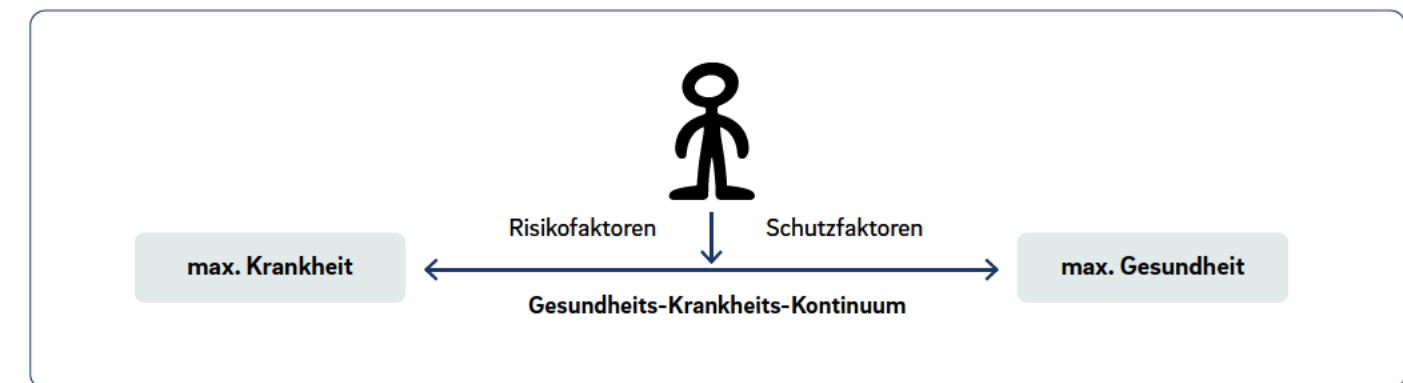


Abbildung 7: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, Quelle: eigene Darstellung nach (20)

Allgemeine Widerstandsressourcen ermöglichen es mit Anforderungen erfolgreich umzugehen. Sie umfassen genetische, konstitutionelle und psychosoziale Merkmale. Dazu gehören Merkmale der Person (Wissen und Intelligenz), Fähigkeiten (Bewältigungsfähigkeiten) und Eigenschaften (Ich-Identität und Selbstwirksamkeitserwartung). Des Weiteren gibt es körperlich-konstitutionelle Merkmale, wie eine stabile Konstitution oder hohe Immunkompetenz sowie psychosoziale Merkmale, wie starke soziale Bindungen, Möglichkeiten der Unterstützung, religiöse oder philosophische Überzeugungen, ein Leben in kultureller Stabilität oder materielle Ressourcen wie Geld, Besitz und Vermögen.

Das Kohärenzgefühl: Auf der Grundlage von Widerstandsressourcen kann sich eine stabile Lebensorientierung und tiefe Überzeugung entwickeln, dass das Leben im Prinzip verstehbar, sinnvoll und zu bewältigen ist. Antonovsky nennt diese Überzeugung Kohärenzgefühl (18). Es besteht aus folgenden drei Komponenten:

- **Das Gefühl der Verstehbarkeit:** „Meine Welt ist verständlich, stimmig und geordnet. Auch Probleme und Belastungen, die ich erlebe, kann ich einordnen und begreifen.“
- **Das Gefühl der Sinnhaftigkeit:** „Ich habe Ziele, für die es sich lohnt, sich anzustrengen. Ich sehe einen Sinn darin, durchzuhalten, auch wenn es anstrengend ist.“
- **Das Gefühl der Handhabbarkeit:** „Ich kann mit Problemen und Herausforderungen umgehen, sei es allein oder mit Hilfe von anderen. Ich verfüge über Ressourcen, die ich mobilisieren kann, um schwierige Situationen zu meistern“ (Vergleichbar mit Selbstwirksamkeit.)

Das Stresskonzept sowie der Stressbewältigungsprozess stellen die dritte Komponente im Modell der Salutogenese dar. Werden Stressoren als belastend erlebt, entsteht ein psychischer und körperlicher Spannungszustand und das Individuum versucht die Stressoren zu bewältigen. Dazu werden alle verfügbaren Ressourcen und Kompetenzen aktiviert. Ist die Bewältigung erfolgreich, wird sich das Individuum auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in die positive Richtung bewegen; ist die Bewältigung nicht erfolgreich, entsteht eine Stressreaktion und das Individuum bewegt sich auf dem Kontinuum in die negative Richtung. (18) (20)

→ PRAKTISCHE UMSETZUNG:

Laut Antonovsky tragen eine hohe Kohärenz und allgemeine Widerstandsressourcen dazu bei, dass Menschen Stressoren besser bewältigen können und sich auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung dem Pol „Gesundheit“ bewegen (18). Das Vorhandensein von Ressourcen und das Erleben von Sinnhaftigkeit, Handhabbarkeit und Verstehbarkeit der eigenen Lebenswelt, haben also eine große Bedeutung für die Stärkung von Gesundheit. Eine Förderung dieser Komponenten erfolgte im Projekt BESSER gesund leben durch Methoden zur Steigerung der Selbstwirksamkeit, Information und Aufklärung, z. B. durch Psychoedukation und eine Förderung der intrinsischen Motivation durch die Formulierung erstrebenswerter und sinnhafter Ziele. Zudem nahm die Stärkung der allgemeinen Widerstandsressourcen sowohl zu Beginn des Projekts als auch im Verlauf einen großen Stellenwert ein.

2.3 Änderung des Gesundheitsverhaltens

Gesundheit und Krankheit können nach dem beschriebenen Modell der Salutogenese aktiv beeinflusst werden. Während ein Risikoverhalten die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung erhöht, steigert Gesundheitsverhalten die Wahrscheinlichkeit von Gesundheit. Warum sich Menschen gesundheitsförderlich verhalten oder nicht, kann durch Modelle des Gesundheitsverhaltens erklärt und vorhergesagt werden. Sind die Ursachen identifiziert, können sie als Stellschrauben betrachtet werden, an denen angesetzt werden kann, um das Gesundheitsverhalten günstig zu beeinflussen.

Im Folgenden werden zwei zentrale Modelle der Verhaltensänderung vorgestellt, das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung und das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA-Modell). Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung wurde für die Ausarbeitung und Anwendung der „passgenauen“ bzw. stufensensiblen Unterstützungsmaßnahmen genutzt. Im Verlauf wurde das HAPA-Modell hinzugezogen, um fehlende Parameter des transtheoretischen Modells zu ergänzen.

Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung

Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung ist ein Stadien- bzw. Stufenmodell. Gemäß dem Modell durchläuft der Mensch auf dem Weg zu einer Verhaltensänderung sechs verschiedene Phasen oder auch Stufen.

In der ersten Phase der Absichtslosigkeit (Precontemplation) liegen weder Problembewusstsein, noch die Absicht vor, ein Verhalten zu verändern. Es folgt die Phase der Absichtsbildung (Contemplation) in der ein Problembewusstsein über das Verhalten vorliegt und eine Verhaltensänderung innerhalb der nächsten sechs Monate in Erwägung gezogen wird. In der nächsten Phase, der Vorbereitung (preparation), wird eine Veränderung innerhalb der nächsten 30 Tage angestrebt und geplant. In der Handlungsphase (action) wird das Verhalten aktiv geändert. Es folgt die Phase der Aufrechterhaltung (maintenance), wenn das Verhalten über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten beibehalten wird. Den Abschluss stellt die Phase der Stabilisierung (termination) dar, in der das veränderte Verhalten stabilisiert und der Veränderungsprozess abgeschlossen wurde.

Beim Wechsel von einer Stufe zur nächsten, werden unterschiedliche kognitiv-affektive Veränderungsprozesse wirksam. Maßgeblich beeinflusst werden die Stufen durch die Konstrukte Selbstwirksamkeitserwartung und Entscheidungsbalance (wahrgenommene Vor- und Nachteile). Es wird davon ausgegangen, dass Rückschläge auftreten, bei denen die Person in frühere Stadien verfällt. Auch ein dauerhaftes Verweilen auf einer Stufe ist möglich, zum Beispiel, wenn eine Person die Absicht verfolgt, sich mehr zu bewegen, sich aber nie einen Zeitpunkt setzt, damit zu beginnen (20). Nach dem transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung sind Maßnahmen auch dann als erfolgreich zu bewerten, wenn sich eine Person „nur“ zur nächsten Stufe hin weiterentwickelt hat, auch wenn sich dies noch nicht in einer Verhaltensänderung zeigt (42).

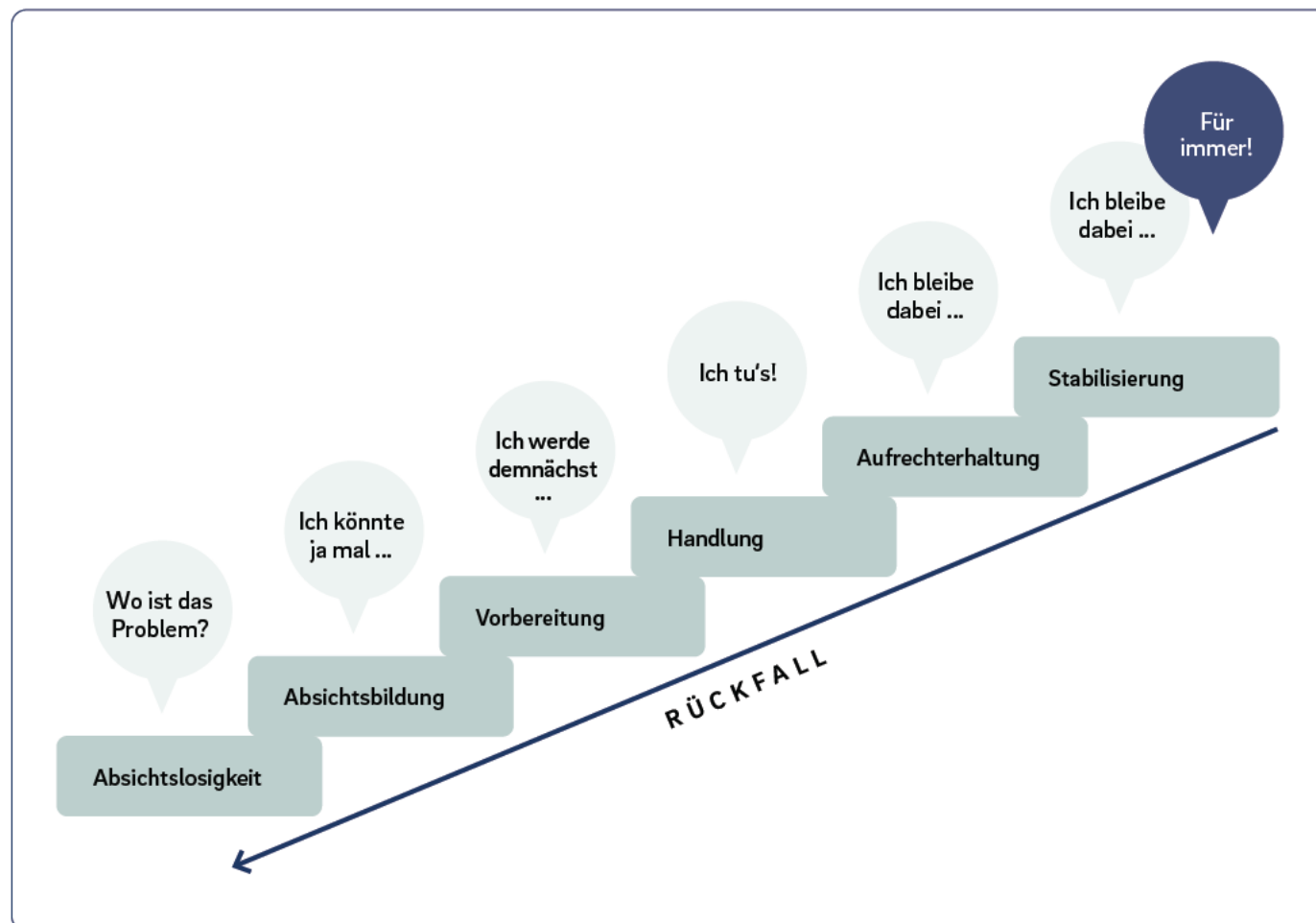


Abbildung 8: Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung, Quelle: angelehnt an (42)

Ein Vorteil des transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung liegt darin, dass es durch die unterschiedlichen Phasen den langfristigen Prozess einer Verhaltensänderung berücksichtigt. Dieser erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass eine Verhaltensänderung dauerhaft bestehen bleibt. Es liegt zudem vielen Studien zugrunde und hat sich als Erklärungsmodell in der Praxis bewährt (18). Dennoch ist das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung in Kritik geraten, zum Beispiel, weil die Zuordnung zu den einzelnen Stufen nach einem starren Zeitrahmen erfolgt (z. B. Aufrechterhaltung nach mindestens sechs Monaten) und sich nicht ausreichend den individuellen Begebenheiten anpasst (42). Um die Schwächen des Modells auszugleichen, wurde ein weiteres Modell zur Verhaltensänderung, das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA-Modell), hinzugezogen.

Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns („Health Action Process Approach“, HAPA-Modell)

Während das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung ein reines Stadienmodell darstellt, handelt es sich beim HAPA-Modell um ein integratives Hybridmodell. Das bedeutet, dass beim HAPA-Modell die einzelnen Schritte nicht unbedingt linear durchlaufen werden, sondern auch ein Wechsel zwischen den Schritten möglich ist (18) (20). Zudem unterscheidet sich das HAPA-Modell indem es klare Handlungsempfehlungen beinhaltet, die eine Intentionsbildung positiv beeinflussen (43). Die Selbstwirksamkeitserwartung spielt in allen Phasen des Modells eine entscheidende Rolle, die sich in vielen Studien als zentraler Einflussfaktor für eine Verhaltensänderung erwiesen hat (44). Es integriert bereits existierende Modellansätze und berücksichtigt den in vielen Interventionen vernachlässigten zentralen Stellenwert der Volition, bei dem es um die Frage nach dem Willen geht (47). Grundlegend unterscheidet das HAPA-Modell zwei Phasen voneinander: die Motivationsphase und die Volitionsphase (18).

Die Motivationsphase: Eine Intention entsteht

In der motivationalen Phase steht die Intentionsbildung (die Absicht ein bestimmtes Verhalten zu ändern) im Vordergrund. Sie wird von drei Komponenten beeinflusst: der Risikowahrnehmung, der Handlungsergebniserwartung und der Selbstwirksamkeitserwartung.

Die Risikowahrnehmung beschreibt, inwieweit eine Person das gesundheitliche Risiko einer Verhaltensweise wahrnimmt und wie sie ihre eigene Verwundbarkeit einschätzt. Bei der Handlungsergebniserwartung geht es um die Vorstellung darüber, ob eigene Handlungen zum Erfolg führen und welche Konsequenzen eine Verhaltensänderung mit sich bringt. Werden positive Konsequenzen erwartet, wird die Intentionsbildung gestärkt. Die Selbstwirksamkeitserwartung ist die Überzeugung einer Person, dass sie in der Lage ist, Handlungen trotz aufkommender Barrieren erfolgreich ausführen zu können (siehe Kapitel 2.1). Sie ist ein wichtiger Faktor für die Intentionsbildung und spielt auch in den weiteren Phasen des Modells eine zentrale Rolle (31) (42).

Die Volitionsphase: Das Verhalten wird ausgeführt und aufrechterhalten

Sobald eine Intention entstanden ist, erfolgt der Übertritt in die Volitionsphase. Sie lässt sich in eine präaktionale Phase und eine aktionale Phase unterteilen. Bei der präaktionalen Phase wird die Handlung genau geplant, bei der aktionalen Phase erfolgt die Umsetzung. Hierbei können eine Vielzahl von Barrieren auftreten, die erfolgreich bewältigt werden müssen. Häufig kommt es in dieser Phase zu Rückfällen, die in einer Wiederherstellung oder einem Abbruch des Verhaltens (Disengagement) münden (31) (44). Die Selbstwirksamkeitserwartung ist der entscheidende Faktor, bei allen Schritten des Modells. Neben dem Einfluss auf die Bildung einer Intention, wirkt sie sich auf den Prozess der Planung, der Initiierung, der Aufrechterhaltung sowie auf die Wiederherstellung eines Verhaltens nach eventuellem Scheitern aus (42). Aber auch andere Ressourcen, wie die soziale Unterstützung können bei der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung eines Verhaltens helfen (20).

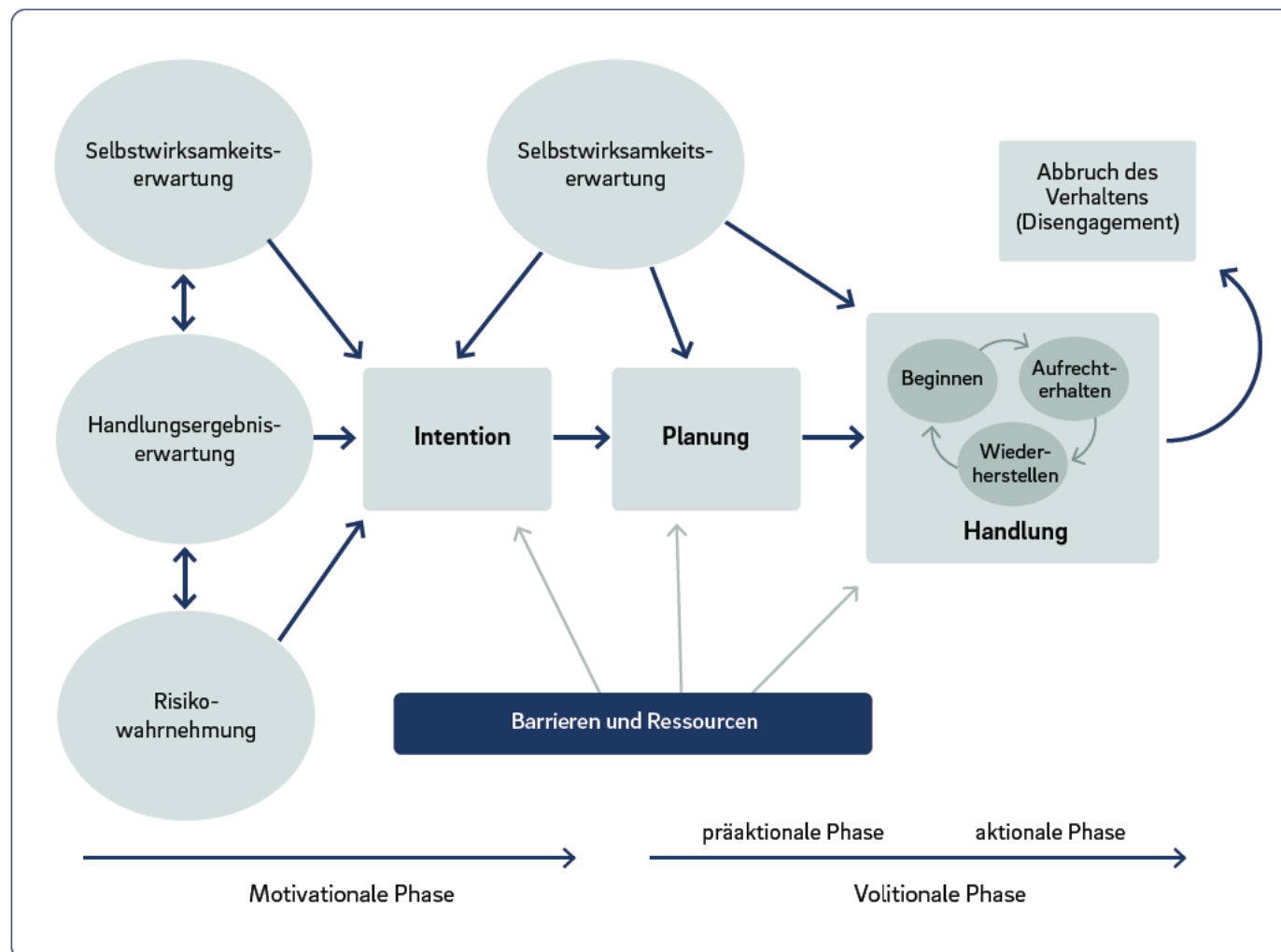


Abbildung 9: Das HAPA-Modell, Quelle: angelehnt an (42)

→ PRAKTISCHE UMSETZUNG:

Im Projekt BESSER gesund leben wurden die Teilnehmenden auf ihrem individuellen Weg zu einem gesünderen Lebensstil unterstützt und begleitet. Dabei durchliefen sie einen Prozess der Verhaltensänderung. Dieser bezog sich vor allem auf Veränderungen des ernährungs-, bewegungs-, sucht- und stressbedingten Verhaltens. Wie das transtheoretische Modell und HAPA-Modell eingesetzt werden kann, wird im Praxisteil des Manuals genauer beschrieben (siehe Kapitel 4.2.1).

3 PFLEGE- UND GESUNDHEITSEXPERT*INNEN

Die Intervention von BESSER gesund leben wurde von akademisch qualifizierten Pflege- und Gesundheitsexpert*innen weiterentwickelt und ausgearbeitet. In diesem Kapitel wird die Tätigkeit der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen von verschiedenen Seiten beleuchtet. Zunächst wird beschrieben, wie das Team aus Pflege- und Gesundheitsexpert*innen entstand. Dabei wird auch das Schulungscurriculum vorgestellt, durch das die fachlichen Qualifikationen für die Tätigkeit erworben wurden. Um die professionelle Grundhaltung der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen darzustellen, werden die verwendeten zentralen Ansätze des Fallmanagements und der Sozialraumorientierung beschrieben.

3.1 Interdisziplinäres Team

In der ursprünglichen Konzeption der neuen Versorgungsform wurde geplant, dass das spezifische Fallmanagement sowie spezialisierte pflegerische Expertise von „Advanced Nursing Practitioner“ (ANP) durchgeführt werden. Qualifizierte ANPs zu finden, war schwierig. Dieser Herausforderung konnte mit einem interdisziplinären Team begegnet werden. Bestehend aus Medizin- und Pflegepädagog*innen, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*innen, Versorgungsforscher*innen sowie ANPs konnten die inhaltlichen Schwerpunkte Gesundheit, Inklusion, Prävention und Gesundheitsförderung gleichermaßen kompetent umgesetzt werden. Angesichts der Komplexität des Aufgabenfeldes war eine enge Zusammenarbeit der einzelnen Professionen mit ihren unterschiedlichen Perspektiven förderlich. So entstand das Team aus sieben Pflege- und Gesundheitsexpert*innen, zu deren Arbeiten regelmäßiger Wissensaustausch und interdisziplinäres Denken gehörten. Die unterschiedlichen Fachkompetenzen konnten aktiv in die Entwicklung des Rollenprofils integriert werden. Als Grundlage ihrer Arbeit wurden Modelle mit pflegerischen Ansätzen (PEPPA-Framework (46) und das Hamric Modell (47)) herangezogen. Wegen der multidisziplinären Ausrichtung werden aber auch Modelle wie der Public Health Action Cycle (PHAC) (48), das Handbuch zu den Kernkompetenzen der professionellen Gesundheitsförderungspraxis (CompHP) (49) sowie das Positionspapier des Bundesverbands Managed Care (BMC) (50) zum Thema Gesundheitslotsen empfohlen.

3.2 Kompetenzen und Aufgabenbereiche der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen

Im Folgenden werden die Kompetenzen und Aufgabenbereiche der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen dargestellt.

Ausbildung: akademischer Abschluss

Fachliches Kompetenzprofil: Pflege- und Gesundheitsexpert*innen haben eine interprofessionelle Kompetenz in Prävention und Gesundheitsförderung und haben fundierte Kenntnisse über die Zielgruppe. Zudem sind Erfahrungen im Umgang mit komplexen Versorgungsstrukturen sowie die Anwendung von Konzepten wie Empowerment und Selbstbestimmung notwendig.

Überfachliche Kompetenzen: Führungskompetenz, Teamfähigkeit, Organisationstalent, Belastbarkeit und Kommunikations- und Motivationsfähigkeit

Koordination und Netzwerkarbeit: Pflege- und Gesundheitsexpert*innen übernehmen die zentrale Koordinationsfunktion zwischen den verschiedenen Leistungserbringern der ärztlichen und nichtärztlichen Versorgung, fördern Kooperationen und initiieren notwendige Abstimmungsprozesse innerhalb der Versorgungsstruktur.

Fallmanagement: Pflege- und Gesundheitsexpert*innen analysieren, initiieren und begleiten spezifische Fallmanagementprozesse und gewährleisten die Verknüpfung relevanter Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung (siehe Kapitel 3.3).

Interdisziplinäre Zusammenarbeit: Pflege- und Gesundheitsexpert*innen arbeiten eng mit anderen Fachkräften und Disziplinen zusammen, um ein umfassendes, interdisziplinäres Versorgungsnetz zu schaffen.

Sektorenübergreifendes Arbeiten: Pflege- und Gesundheitsexpert*innen gestalten die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Bereichen der Gesundheitsversorgung, Eingliederungshilfe und dem sozialen Netzwerk und arbeiten eng mit den betreffenden Akteuren zusammen, um eine umfassende und bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen.

Das Schulungscurriculum

Die zusätzlichen fachlichen Qualifikationen wurden über ein externes Schulungscurriculum erworben, das im Rahmen der Einarbeitung der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen Anwendung fand (51). Die Erfahrungen, die während der Durchführung des Projektes gemacht wurden, haben dazu geführt, dass das ursprüngliche Curriculum evaluiert und angepasst wurde. Daraus ergaben sich Handlungsempfehlungen für die Verstetigung mit relevanten Themenbereichen, die geschult werden sollten:

- Sozialraumanalyse mit dem Instrument der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG)
- Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung als Zielgruppe

- Kommunikation mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung
- Gesundheit sowie Gesundheitsförderung und Prävention von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung
- Sozialraumorientierung nach Hinte
- Edukation und Didaktik mit Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung
- Rechte von und für Menschen mit Beeinträchtigung (Leistung nach SGB V, IX, XI, Ottawa-Charta, Bundesteilhabegesetz, UN-BRK, Präventionsgesetz, Bundesgleichstellungsgesetz)
- Instrumente und Methoden zur Erfassung der Gesundheitssituation bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung

Insgesamt sind 100-105 Stunden für die Schulung einzuplanen.

Fortlaufende Fortbildungen zu den Präventionsfeldern und zu neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und Methoden haben sich als sehr sinnvoll erwiesen und sollten im Sinne wissenschaftlichen Arbeitens und wissenschaftlicher Evidenz für nachfolgende Verstetigungen berücksichtigt werden.

3.3 Fallmanagement

Der Begriff Fallmanagement orientiert sich am Konzept des Case Managements (52). Fallmanagement beschreibt die gezielte Steuerung einer Fallsituation, um eine individuelle Problematik bedarfsgerecht zu lösen. Es findet sowohl innerhalb einer Organisation als auch im regionalen Versorgungssystem statt. Dabei handelt es sich um ein strukturiertes Verfahren, das bestehende Versorgungsstrukturen beeinflussen und verändern kann. Verschiedene Fachrichtungen und Organisationen arbeiten dabei sektorübergreifend zusammen (53).

Ein Fall bezeichnet eine problematische Lebenssituation, in der eine Person Unterstützung benötigt. Die Steuerung dieser Situation erfolgt unter Berücksichtigung sozialer und räumlicher Gegebenheiten, beteiligter Organisationen und rechtlicher Rahmenbedingungen. Dabei geht es nicht darum, eine Person selbst zu bearbeiten, sondern vielmehr um die Ermittlung ihres individuellen Bedarfs. Die Bedarfsfeststellung berücksichtigt sowohl die subjektiven Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Person, als auch fachliche Einschätzungen. Eine besondere Bedeutung hat die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse, da alle Maßnahmen im Fallmanagement darauf abzielen, die soziale und gesundheitliche Lebenssituation der Betroffenen zu verbessern (53).

Fallmanagement findet auf verschiedenen Ebenen statt.

Einzelfallebene: Das Fallmanagement erfolgt hauptsächlich in Form von Beratung. Dabei können verschiedene methodische Ansätze zum Einsatz kommen, wie z. B. systemisches, ressourcenorientiertes oder motivationsförderndes Fallmanagement (fallspezifische Intervention).

Organisations- und Netzwerkebene: Auf dieser Ebene dient Fallmanagement als strategischer Steuerungsansatz, der sich an verschiedenen Konzepten des Sozialmanagements und der Netzwerkbildung orientiert (fallunspezifische Intervention).

→ PRAKTISCHE UMSETZUNG

Im Projekt BESSER gesund leben wurde das Fallmanagement sowohl auf der Einzel-fallebene (fallspezifisch) als auch auf der Organisations- und Netzwerkebene (fall-unspezifisch) umgesetzt. Methoden auf der Einzelfallebene:

- die Erfassung der individuellen Bedarfe und Bedürfnisse
- die gesundheitliche Grundsituation
- individuelle Begleitung der Teilnehmenden, mit der partizipativen Erstellung eines Präventionsplans
- die Sozialraumorientierung nach Hinte

Methoden, die auf der Organisations- und Netzwerkebene angewendet wurden sind:

- die Sozialraumanalyse (Instrument der HAG)
- die Teilnahme an Fall- und Gesundheitskonferenzen
- die Teilnahme an Fachkongressen und Fortbildungen

Als Grundlage des spezialisierten Fallmanagements der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen diente der Case-Management Regelkreislauf, dieser ist in Abbildung 10 zu sehen.



Abbildung 10: Case-Management-Regelkreislauf, Quelle: modifiziert nach (50)

Mit dem Instrument des Case-Management-Regelkreislaufes wird der Fokus des Fallmanagements auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz und des Empowerments der Zielgruppe gelegt. Dadurch können Orientierungsschwierigkeiten im Versorgungssystem reduziert, der Zugang zu Ressourcen gezielt gesteuert und übergeordnete Versorgungsziele wie Chancengleichheit gefördert werden.

3.4 Sozialraumorientierung

Was bedeutet Sozialraumorientierung und wie geht sozialraumorientiertes Arbeiten?

Bei der Sozialraumorientierung geht es darum, unter aktiver Mitwirkung der Menschen ihre Lebenswelten zu gestalten. Diese sollten so gestaltet sein, dass die Menschen auch in schwierigen Lebenssituationen zurechtkommen (54). Beim sozialraumorientierten Ansatz wird die Fixierung auf den Einzelfall verlassen, aber ohne die Fallarbeit aufzugeben oder zu vernachlässigen. Handlungsansätze werden systematisch in die Fallarbeit integriert. Es geht nicht darum vom „Fall zum Feld“ zu wechseln, sondern den „Fall im Feld“ zu betrachten (55). Das bedeutet, dass der Fokus nicht nur auf der zu unterstützenden Person liegt, sondern auch auf ihrem gesamten Umfeld, in der die Person lebt, also dem Dorf oder Stadtteil und dem persönlichen Netzwerk.

Die Sozialraumorientierung wurde in den 1970er Jahren aus der Gemeinwesenarbeit als Fachkonzept der Sozialen Arbeit entwickelt. Das Konzept ist mittlerweile sowohl methodisch als auch strukturell umfangreich ausgearbeitet und vielerorts praktisch erprobt (54).

Die fünf Prinzipien der Sozialraumorientierung

Die folgenden fünf methodischen Prinzipien bieten Orientierung beim methodischen Handeln für die Berufspraxis:

1. „Ausgangspunkt jeglicher Arbeit sind der Wille und die Interessen der leistungsberechtigten Menschen (in Abgrenzung zu Wünschen oder naiv definierten Bedarfen).“
2. Aktivierende Arbeit hat grundsätzlich Vorrang vor betreuender Tätigkeit: „Arbeite nie härter als Dein Klient.“
3. Bei der Gestaltung einer Hilfe spielen personale und sozialräumliche Ressourcen eine wesentliche Rolle: also konsequente Orientierung an den von den betroffenen Menschen formulierten, durch eigene Kraft erreichbaren Ziele (unter möglichst weitgehendem Verzicht auf expertokratische Diagnostik).
4. Aktivitäten sind immer zielgruppen- und bereichsübergreifend angelegt.
5. Vernetzung und Integration der verschiedenen sozialen Dienste sind Grundlage für funktionierende Einzelhilfen – Konsequenz: „strukturell verankerte Kooperation über leistungsgesetzliche Felder hinweg.“ (54).

Wille oder Wunsch

Die Grundlage der Sozialraumorientierung bilden die Interessen und der Wille des Menschen. Jeder Mensch hat einen individuellen Willen. Dieser führt oft zu psychischen Kraftquellen, aus denen Energie und Würde für Aktivitäten zur Gestaltung des eigenen Lebens geschöpft werden kann. Um den Willen herauszufinden, braucht es oft eine Gesprächssituation, in der Sichtweisen respektiert und Interessen klar werden. Es wird versucht, die Lebenssituation so zu gestalten, dass diese möglichst vielen Interessen der Person gerecht wird.

→
**UNTERSCHIEDUNG
WILLE UND WUNSCH**

WILLE:
*Aktive Haltung,
ich selbst
werde aktiv*

WUNSCH:
*Passive Haltung,
jemand anderes
wird aktiv*

Ein Wunsch dagegen ist eine Einstellung, bei der erwartet wird, dass andere Menschen aktiv werden, um einen bestimmten, für die Person erstrebenswerten Zustand, zu erreichen. Er ist gekennzeichnet durch eine passive Haltung des*der Betroffenen und gibt Verantwortung an andere Menschen ab. Für Unterstützende gilt: Wer Wünsche erfüllt, stärkt Bedürftigkeit (56).

Der Ansatz der Sozialraumorientierung geht „weg von der auf den Klienten bezogenen Haltung des „Ich weiß, was für dich gut ist, und das tun wir jetzt.“ über das „Eigentlich weiß ich schon, was für dich gut ist, aber ich höre dir erst mal zu.“ hin zum konsequenten „Dein Wille wird ernst genommen – er ist mir nicht Befehl, aber ich will mich ihm mit meinen fachlichen Kompetenzen und den leistungsgesetzlichen Möglichkeiten stellen.“ (54). Ein selbstbestimmtes Leben ist mehr als ein Leben, dass nicht durch Zwänge von außen bestimmt ist. Nicht die Unabhängigkeit von anderen ist das Ziel, sondern die Möglichkeit über sich selbst zu bestimmen und Einfluss auf das eigene Denken, Wollen, Erleben und Handeln zu nehmen (57).

Wodurch zeichnet sich eine sozialraumorientierte Arbeitsweise aus?

- Die Menschen selbst tragen je nach individuellen Möglichkeiten ihren Teil dazu bei, ihre selbst formulierten und gesetzten Ziele zu erreichen. Durch die Eigenaktivität und eigene Erfolge fühlen sie sich als aktive Gestalter ihrer Lebenswelt.
- Die Stärken und Potentiale der Menschen sind wesentlicher Bestandteil der „Eingangsdiagnostik“ und der passgenauen Unterstützung. Zudem werden immer wieder aufs Neue die Ressourcen im sozialen Umfeld der Menschen erkundet, erschlossen und systematisch für die Erreichung der Ziele genutzt. Ressourcen im Sozialraum sind in der Regel auch dann noch verfügbar, wenn professionelle Hilfe beendet ist.
- Es sind Strukturen zu schaffen, die ein integriertes, zielgruppenübergreifendes Arbeiten ermöglichen.
- Es gibt viele Vernetzungen zu anderen Arbeitsgebieten außerhalb des „Sozialen“, die wichtig für die Unterstützung der jeweiligen Menschen sind.
- Andere Partner*innen und Leistungserbringer kooperieren, so dass Unterstützungsleistungen sowohl für den Einzelfall als auch für die Gestaltung des Sozialraums über institutionelle Grenzen hinweg geschaffen werden (54).

Zusammengefasst zeichnet sich sozialraumorientierte Arbeit durch den konsequenten Fokus auf den Willen und die Interessen des Menschen aus. Dabei stehen die Potentiale und das Lebensumfeld des Menschen im Mittelpunkt.

→ PRAKTISCHE UMSETZUNG:

Die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen arbeiteten nach dem Konzept der Sozialraumorientierung. Durch diesen Ansatz stand der*die Teilnehmende mit seinem*ihrem Willen und seinen*ihren individuellen Interessen im Mittelpunkt. Gleichmaßen lag der Fokus auf den Ressourcen in seinem*ihrem Lebensumfeld, dem Sozialraum. Die sozialraumorientierte Arbeitsweise und Grundhaltung nahmen Einfluss auf alle Phasen des Projektes. Die Teilnehmenden wurden auf ihrem persönlichen Weg zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil begleitet. Gleichzeitig unterstützten die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen die Teilnehmenden dabei, ihre Lebenswelt aktiv nach ihrem Willen und ihren Bedürfnissen gesundheitsförderlich zu gestalten.

Das Konzept der Sozialraumorientierung ist auch Teil der Unternehmensstrategie der Evangelischen Stiftung Alsterdorf. Das Ziel ist, Inklusion durch Sozialraumorientierung in allen Bereichen der Stiftung umzusetzen.

4 PRAXIS INTERVENTION BESSER GESUND LEBEN

Die folgende Praxisanleitung beschreibt alle Komponenten der Intervention, die die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen erprobt haben. Die ganzheitlich geplante und entwickelte Intervention beinhaltet verhaltens- und verhältnispräventive Leistungen. Die Ebenen der Verhaltens- und Verhältnisprävention sind eng verzahnt und sind Teile des spezifischen Fallmanagements. Die Intervention unterstützt erwachsene Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung unter anderem dabei, ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität durch stärkere soziale Teilhabe an Präventionsmaßnahmen zu verbessern. So sind Pflege- und Gesundheitsexpert*innen sowohl an der Entwicklung der Sozialräume hin zu inklusiveren Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention beteiligt, als auch in der individuellen Begleitung und Anleitung zu Verhaltensprävention.

Diese beiden Ebenen, der fallunspezifischen und fallspezifischen Arbeit, werden in den nachfolgenden Kapiteln des Handbuchs beschrieben und leiten zur Anwendung bzw. Umsetzung an.

→ WIE DAS HANDBUCH GELESEN UND ANGEWENDET WERDEN KANN

Im Handbuch finden Interessierte, wie Praktiker*innen, Projekt- und Implementierungsleitungen oder Entscheidungsträger der z. B. Krankenkassen, Hinweise zu Methoden, Konzepten und Instrumenten, die im Rahmen der Intervention des Projekts BESSER gesund leben angewendet wurden. Damit können für die Zielgruppe Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung gesundheitsförderliche Strukturen aufgebaut bzw. weiterentwickelt und gesundheitsförderliches Verhalten initiiert bzw. verstärkt werden.

Durch die Beschreibung der Methoden und Konzepte soll nachvollziehbar werden, wie die Auswahl der Instrumente und die Entwicklung der Arbeitsweise stattgefunden haben. Fachkräfte können die Instrumentenauswahl daraufhin individuell für ihren Kontext anpassen, erweitern und anwenden.

Einige der verwendeten bzw. entwickelten Instrumente befinden sich im Anhang und sind bereitgestellt, um in der Praxis eingesetzt zu werden. Im Kapitel der Instrumente werden diese **beschrieben, begründet** und **Empfehlungen aus der Praxis** dazu abgegeben.

Die Kapitel, die die Durchführung beschreiben, sind so aufgebaut, dass sie das **Ziel** der Einheit definieren, den **Ablauf** darstellen und eine **Reflexion bzw. Empfehlungen aus der Praxis** enthalten. Die Kapitel der Durchführung sind:

- Sozialraumanalyse
- Netzwerkarbeit
- Präventionsbesuche (1-3)
- Begleitung bei der Umsetzung
- Gruppenschulungen
- Finaler Präventionsbesuch

Blau hervorgehobene Begriffe sind ein Verweis auf Anhänge.

4.1 Sozialraumentwicklung (Fallunspezifische Intervention)

Die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen arbeiten zielgruppenspezifisch und gemeindenah bzw. quartiersbezogen an der Entwicklung des Sozialraums. Durch Netzwerkarbeit, Interessenvertretung und Kommunikation der festgestellten Bedarfe und Versorgungslücken werden die Zusammenarbeit der verschiedenen Sektoren und Disziplinen in der Gesundheitsversorgung gefördert.

Die Zielgruppe ist sehr heterogen und erlebt durch ihre individuellen Voraussetzungen, Bedarfe und Bedürfnisse auch sehr unterschiedliche Barrieren im Sozialraum. Stärken-Schwächen-Analysen und ableitbare Entwicklungspotentiale sind folglich hauptsächlich einzelfallbezogen möglich und sinnvoll. Den Sozialraum zu entwickeln, bedeutet in Bezug auf die Zielgruppe, zum einen im spezifischen Fallmanagement für jede*n Teilnehmer*in individuell Verbesserungen zu initiieren. Zum anderen aber auch, ein öffentliches und politisches Bewusstsein zu schaffen und übergeordnete Schlussfolgerungen bzw. Empfehlungen im Hinblick auf hinderliche und förderliche Faktoren zu kommunizieren.

Die Sozialraumentwicklung ist eine kontinuierliche Tätigkeit der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen. Teil davon ist die Analyse des Sozialraums in Verbindung mit Netzwerkarbeit. Hierfür anwendbare Methoden und Instrumente sowie deren Anwendung und Erfahrungen aus der Praxis werden im Folgenden vorgestellt.

4.1.1 Methoden und Instrumente in der Sozialraumarbeit

Standortanalyse HAG als Instrument der Sozialraumanalyse

Als Instrument der Sozialraumanalyse mit dem Fokus auf Gesundheit eignet sich besonders ein Community Health Assessment. Die HAW Hamburg hat dafür ein regionales Instrument der Sozialraumanalyse ausgewählt und konzeptionell begründet. Die Standortanalyse für den Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien der HAG hat die „Analyse des Gesundheitszustandes der Bevölkerung sowie der Versorgungs- und Infrastruktur einer Region, einer Kommune oder eines Quartiers“ (59) zum Ziel. Zur Identifikation von Bedarfen, Ressourcen und Barrieren im sozialen Nahraum, [...], dient das Instrument der Sozialraumanalyse als Handlungsmethode der Sozialraumorientierung (60). Durch den systematischen und strukturierten Ablauf der Sozialraumanalyse können besonders vulnerable Gruppen, wie in diesem Fall Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, einbezogen werden.

Das Instrument richtet sich an Fachkräfte zum Aufbau einer integrierten kommunalen Strategie. Es wurde im Rahmen eines Stadtteilprojekts von Wihofszky et al. (2020) mittels eines wissenschaftlichen Forschungsprojekts entwickelt und erprobt (61).

Die Fachkräfte benötigen ein strukturiertes Instrument, in dessen Anwendung sie geschult sind. Damit führen sie die Sozialraumanalyse als Prozessauftritt des mittel- und langfristigen Auf- bzw. Ausbaus von Angeboten der Gesundheitsförderung durch (59). So unterstützt die Standortanalyse der HAG die mittels der Intervention anvisierte Verstärkung von Angeboten der Gesundheitsförderung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung.

Im Sinne der Community Readiness (62), an das die Standortanalyse der HAG anknüpft (61), können mithilfe des konkreten und quartiersbezogenen Vorgehens der Standortanalyse der HAG gegebenenfalls unterschiedliche Entwicklungsstadien der verschiedenen Bezirke aufgezeigt werden. So kann zum einen der Zielgruppe ein treffendes Angebot der Gesundheitsförderung vermittelt werden und zum anderen quartiersbezogene Weiterentwicklungen angestoßen werden.

Sozialräume sind besonders gut versteh- und erklärbar, wenn Instrumente der Sozialraumanalyse sowohl subjektive lebensweltliche Sichtweisen als auch die quantitativ-strukturellen Rahmenbedingungen in einer Zusammenschau berücksichtigen (59). Diesen Anspruch erfüllt das Instrument der Standortanalyse der HAG: Neben der Erhebung der strukturellen Rahmenbedingungen werden durch Gruppeninterviews mit beruflichen Akteur*innen und im jeweiligen Bezirk lebender Menschen die Anliegen, Bedürfnisse und Erfahrungen im Sozialraum in die Analyse einbezogen.

Walking Surveys

Die Walking Survey Methode ist ein qualitativer Forschungsansatz, der in der Stadtplanung, öffentlichen Gesundheits- und Sozialarbeit genutzt wird, um detaillierte Informationen über eine Gemeinschaft oder ein Gebiet durch direkte, langsame und gründliche Beobachtungen zu sammeln (63).

In der fallspezifischen Arbeit der Intervention erkunden die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen mit jedem* jeder Teilnehmer*in, aus deren individueller Perspektive, sozialraumorientiert, die Bezirke neu. Neben eher befragenden Methoden zur Erhebung der Aktions- und Aktivitätsräume wurden im Laufe der Intervention in einigen Fällen auch Stadtteilbegehungen durchgeführt.

Die Stadtteilbegehungen können als eine an Walking Surveys angelehnte Methode begriffen werden.

Analyse der Angebotshäufigkeiten und -struktur und Stakeholderanalyse

Interessant für eine ressourcenorientierte Arbeitsweise und die Koordinations- bzw. Kooperationsbemühungen ist eine Übersicht über die Angebotslage für Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote. Die Übersicht wird im Laufe der Intervention aktualisiert und gepflegt, als Grundlage für ein kontinuierliches Monitoring der regionalen Gesundheitsförderungs- und Präventionsoptionen und sozialräumlichen Partner*innen. Diese Übersicht kann z. B. als Tabelle, Datenbank oder Übersichtslandkarte angelegt werden. Gefüllt wird diese mit Hilfe von Rechercheergebnissen zum Beispiel aus dem World Wide Web, über Flyer oder Hinweise von Netzwerkpartner*innen. Auch die Stakeholderlandschaft füllt sich mit der Zeit aus Rechercheergebnissen ähnlicher Quellen.

Sowohl die Angebots- als auch die Stakeholderstruktur wird auf Zugänglichkeit der Angebote, z. B. hinsichtlich Barrieren, Zielgruppenorientierung oder qualifiziertes Personal analysiert. Außerdem werden zielgruppenspezifische förderliche und hinderliche Faktoren für die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von erwachsenen Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung durch stärkere soziale Teilhabe an Präventionsmaßnahmen herausgearbeitet. Versorgungslücken und Barrieren werden an die Stakeholder und Leistungserbringer*innen kommuniziert und eine Weiterentwicklung angestoßen und begleitet.

4.1.2 Durchführung der Sozialraumanalyse

Die Sozialraumanalyse basiert auf quantitativen und qualitativen Datenerhebungen (64). Erst die Verzahnung aller gesammelten Daten ermöglicht Schlussfolgerungen auf verschiedenen Ebenen. Es können Über- und Unterversorgung herausgearbeitet, eigens von den Pflege- und Gesundheitsexpert*innen zu erbringenden Leistungen identifiziert und Bedarfe, Bedürfnisse, sowie Barrieren erkannt werden. Daraus werden Handlungsempfehlungen abgeleitet. Und es findet eine Rückmeldung an Stakeholder, wie zum Beispiel Krankenkassen, Anbieter*innen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten oder Entscheidungsträger*innen der regionalen Gesundheitsförderungsstrukturen, statt.

ZIELE

Die Sozialraumanalyse ist fokussiert auf den praktischen Einsatz und Nutzen für das spezifische Fallmanagement in der Intervention, sowie die Identifikation von Ausbaupotenzial gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten (geographisch und sozial konstruiert) der Zielgruppe allgemein.

Das bedeutet:

- die Anzahl und Struktur der Angebote der verhaltens- und lebensweltbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention zu identifizieren.
- die Zugänglichkeit der Angebote hinsichtlich Barrieren, Zielgruppenorientierung und qualifiziertem Personal einzuschätzen.
- Durch eine Stärken-Schwächen-Analyse die Bedarfe der Zielgruppe bezüglich zentraler Interventionen abzuleiten und zu thematisieren.

ABLAUF

Quantitative Datenerhebung

Für die quantitative Datenerhebung eignen sich alle Methoden und Quellen, die helfen, einen Überblick über die bestehende Angebotslandschaft zu bekommen. Internetrecherchen zum Beispiel generieren in angemessener Zeit eine aussagekräftige Menge an Daten. Ergänzend eignen sich analoge Flyer oder Informationsbroschüren, die Befragung von Fachkräften, der Zielgruppe und andere von der Thematik betroffenen Personenkreise.

Die systematische Dokumentation und Einordnung in Kategorien bereitet die Daten für die praktische Arbeit der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen im spezifischen Fallmanagement auf. Eine Datenbank enthält zum Beispiel Informationen zum Themenfeld der Angebote, zur Art der Angebote (Gruppen-, Einzel- oder digitales Angebot), zu Ansprechpartner*innen oder, soweit bekannt, zu Barrieren und Hindernissen für die Teilnahme der Zielgruppe.

Im Laufe der Intervention verändert sich die Datenbank kontinuierlich. Dem Konzept der Sozialraumorientierung folgend, d.h. vom Individuum ausgehend die Lebenswelten zu erkunden, entsteht ein immer detaillierteres Bild der Angebotsstruktur. Anhand der praktischen Erfahrungen schärft sich das Profil der Datenbank, und die Abgrenzung bzw. Zuordnung von Angeboten zu Kategorien sowie die generelle Handhabbarkeit werden weiterentwickelt.

Qualitative Datenerhebung

Für die qualitative Datenerhebung eignen sich strukturierte Leitfadeninterviews, Walking Surveys und generell, die gesammelten Erfahrungen und Informationen aus dem spezifischen Fallmanagement kontinuierlich in das Gesamtbild des Sozialraums aufzunehmen.

Initial findet eine Analyse des Sozialraums mithilfe des Instruments der Standortanalyse der HAG (58) statt, um einen systematischen Überblick über das Setting zu bekommen und eine Basis für die Zusammenarbeit zu legen. Im Zuge von Gruppen- oder Einzelinterviews werden Stakeholder aus allen relevanten Sektoren mittels der Standortanalyse für den Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien befragt.

Das Instrument unterstützt Akteur*innen bei der Selbsteinschätzung ihrer Quartiere/ Netzwerke usw. bezüglich ihrer Bereitschaft, integrierte kommunale Strategien aufzubauen oder weiterzuentwickeln. Anhand eines strukturierten Leitfadens werden relevante Themenbereiche in einer Gruppe von Stakeholdern erörtert. Für die Intervention und die Arbeit der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen empfiehlt es sich, einige Anpassungen vorzunehmen, um gezielter Informationen zur Zielgruppe zu generieren. Gegenstand der Diskussion sind also:

1. Ausgangssituation

Die Ausgangssituation wird erfragt, mit der Zielsetzung, einen Überblick über die bekannten Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, inklusive Angebote und Angebote für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung allgemein zu bekommen.

2. Wissen

Hier wird gesammelt, wer über bestehende Angebote im Bezirk Bescheid weiß, wie Angebote von Bewohner*innen und Fachkräften wahrgenommen werden und auch, was Bewohner*innen an der Teilnahme hindert oder fördert.

3. Vernetzung

Die Teilnehmer*innen des Gruppengesprächs tragen zusammen, welche Netzwerke und Schlüsselpersonen in den Bezirken, Stadtteilen oder Quartieren aktiv sind, und wer Einfluss nehmen kann auf die Entwicklung im Sozialraum.

4. Klima im Sozialraum

Erfahrungen werden ausgetauscht, wie Fachkräfte im Bezirk zusammenarbeiten und wie sich Bewohner*innen einbringen können. Außerdem wird über Hürden für Partizipation gesprochen und darüber, welche Gruppen mehr Unterstützung benötigen, hier mit besonderem Fokus auf die Gruppe Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung.

5. Ressourcen

Finanzierungsmöglichkeiten werden erörtert, sowie die Verfügbarkeit von personellen und materiellen Ressourcen.

Ein Ausblick auf bereits geplante und beantragte Aktivitäten wird eingeholt bzw. gegeben.

6. Informationsstand

Das Themenfeld Informationsstand befasst sich hauptsächlich mit der Bekanntheit der integrierten kommunalen Strategie im Sozialraum. Dieser Themenbereich ist nicht Gegenstand der Arbeit der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen und kann somit wegfallen.

Mögliche Stakeholder Sozialraumanalyse:

Zielgruppe und deren Familie und Peers

*Fachkräfte/Anbieter*innen aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention*

Personen, die regionale/ kommunale Strukturen weiterentwickeln

Personen der Eingliederungshilfe, persönliche Assistenzen, Betreuungspersonen

Die Gespräche werden protokolliert und die Ergebnisse systematisch dokumentiert. Das Instrument sieht vor, sich in mehreren Sitzungen in der gleichen Konstellation mit den Fragen zu beschäftigen. In der Zeit zwischen den Sitzungen haben die Teilnehmer*innen Zeit, sich weiterführende Gedanken zu den Leitfragen zu machen oder mit eigenen Fragen wieder ins Gespräch zu gehen. Dadurch erhöht sich der Informationsgewinn und auch die Vernetzung intensiviert sich.

Ergänzend kann eine Sozialraumerkundung angelehnt an Walking Surveys durchgeführt und detailliertere qualitative Daten gesammelt werden.

Die Schritte der Walking Surveys werden bei jeder Begehung/Begleitung der Teilnehmenden zu z.B. Angeboten oder Anlaufstellen ihres täglichen Lebens, bzw. bei jedem „Spaziergang“ der stattfindet, um die Sozialräume kennen zu lernen, individuell angepasst.

Pflege- und Gesundheitsexpert*innen führen thematische oder auch unspezifische Spaziergänge in den Sozialräumen der Teilnehmer*innen durch. Das Ziel ist, die Sozialräume der Teilnehmer*innen besser kennen zu lernen. Die Routen folgen sowohl den eingespielten Wegen des Alltags, als auch frei erkundend im Viertel. Die Begehungen werden im Tempo der Teilnehmer*innen und ihrem Fokus folgend durchgeführt. Dieser liegt auf der Lebenswelt der Teilnehmer*innen und ihrer Wahrnehmung und Bewertung. Zur Daten- und Erkenntnissicherung erfolgt die Dokumentation überwiegend in schriftlicher Form durch die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen, ggf. können Teilnehmer*innen auch ergänzende Einträge in Netzwerk- oder Ressourcenkarte vornehmen. Die gesammelten Informationen und Eindrücke ergänzen das Gesamtbild des individuellen Sozialraums der Teilnehmer*innen. Stärken und Schwächen der Aktions- und Aktivitätsräume der Teilnehmer*innen können herausgearbeitet werden. Die Erkenntnisse fließen dann in die Bewertung der hinderlichen und förderlichen Faktoren bei der schrittweisen Planung der Zielerreichung ein. Zudem werden die Erkenntnisse als zusätzliche qualitative Informationen in die umfassendere Sozialraumanalyse integriert.

ERFAHRUNGEN/REFLEXION

Das spezifische Fallmanagement profitiert von einer fundierten Datengrundlage für Empfehlungen zu regionalen Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten.

Die Zielgruppe, Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, stellt nur einen sehr kleinen Anteil an der Gesamtbevölkerung³ dar und verteilt sich geographisch nicht nach sozioökonomischen Kriterien, da häufig Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe genutzt werden. Es ist anzunehmen, dass sich eine sinnvolle territoriale Eingrenzung auch außerhalb Hamburgs nicht ableiten lässt. Eine vertiefte quantitative Datenanalyse mittels Sekundärdaten zu Bewohner*innen-, Bbauungsstruktur und Fachstatistiken durchzuführen, ist im Einzelfall zu entscheiden. Eine Rolle spielen zum Beispiel Kriterien wie Größe und Abgrenzungskriterien des definierten Aktionsraums, individuelle Zielrichtung der Analyse oder vorhandene Ressourcen.

Das verwendete und beschriebene Instrument Standortanalyse für den Auf- und Ausbau integrierter kommunaler Strategien, der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG), ist ein Sozialraumanalyse-Tool, das regional in Hamburg etabliert ist und im Bereich des Kommunalen Gesundheitsförderungsmanagements kontinuierlich eingesetzt wird. Bei der Implementierung der Intervention in anderen Regionen Deutschlands kann es hilfreich sein, sich ebenfalls eines dort bereits bekannten Tools zu bedienen oder ein etwas anders fokussiertes Community Health Assessment anzuwenden.

Die Walking Surveys mit den Teilnehmer*innen können nur sehr punktuelle und auf ihre Lebensrealität fokussierte Ergebnisse liefern. Für das spezifische Fallmanagement sind sie eine sinnvolle Ergänzung. Aus den fallbezogenen Erkenntnissen heraus können die Angebote präventiver gesundheitlicher Versorgung besser miteinander vernetzt werden oder offene Bedarfe dargestellt werden. Darüber hinaus können auch Handlungsspielräume für das Individuum im Sozialraum sichtbar werden und Empowerment gefördert werden.

Eine weitere Dimension, die mit der ersten Sozialraumanalyse angestoßen wird, ist die Vernetzung mit Health Professionals und der Aufbau einer Kommunikationsbasis für die Zusammenarbeit mit Leistungserbringer*innen. Dies wird durch eine regelmäßig wiederholte Sozialraumanalyse fortgeführt und verstärkt.

4.1.3 Durchführung der Netzwerkarbeit

Auf Basis der Sozialraumanalyse findet die zielgruppenspezifische und sektorenübergreifende Netzwerkarbeit der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen statt. Gemäß des Handlungsprinzips „Vermitteln und Vernetzen“ der Ottawa-Charta, das fordert, dass alle einflussnehmenden Bereiche in der Gesundheitsförderung zusammenwirken – auf horizontaler und vertikaler Ebene (65).

ZIELE

Die Netzwerkarbeit folgt verschiedenen Zielsetzungen.

Auf horizontaler Ebene, ausgehend von individuellen Teilnehmenden, werden Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgungsstruktur vernetzt und eine bedürfnisorientiertere und effizientere Bereitstellung von Leistungen angestrebt.

Durch die gezielte Kommunikation mit relevanten Akteuren der Gesundheitsversorgung vernetzen sich die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen auf vertikaler Ebene. Sie sammeln Informationen und Wissen über formelle sowie informelle Netzwerke und werden Teil derer. Dadurch können sie wiederum relevante Leistungserbringer vernetzen und Wissen über Barrieren und Bedarfe der Zielgruppe vermitteln sowie dafür sensibilisieren. Außerdem können diese Netzwerke genutzt werden, neue inklusive bzw. zielgruppenspezifische Angebote zu initiieren.

³ Abschätzung/Annäherung: Anteil der Bevölkerung mit Behinderung (schwerbehinderte Menschen) in Hamburg (123.754) 6,7%. Einschlusskriterium „keine erworbene Intelligenzminderung“: 3% angeborene Behinderung = in Hamburg ca. 3700 Personen (97).

ABLAUF

Die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen nutzen die Ergebnisse der Sozialraumanalyse, um die Kommunikation zu relevanten Akteur*innen auf- und auszubauen.

Die aktive Teilnahme an kommunalen Gremien, Gesundheitskonferenzen und einschlägigen Fachtagungen und Konferenzen ergänzt den persönlichen Kontakt zu Stakeholdern.

ERFAHRUNGEN/REFLEXION

Für den Einstieg in Netzwerkarbeit und Vernetzung war die Sozialraumanalyse mit der Gruppenbefragung mittels der Standortanalyse der HAG (58) ein guter Startpunkt. So wurden die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen in den Bezirken bekannt, vielfach wurde darauf die weitere Zusammenarbeit aufgebaut und das Thema Prävention und Gesundheitsförderung für die Zielgruppe Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung platziert. In vielen Kontexten besteht noch zu wenig Bewusstsein für die individuellen Bedarfe der Zielgruppe, aber zumeist eine große Bereitschaft, diese mitzudenken. Die Teilnahme und regelmäßige Präsenz der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen in den Netzwerken bzw. Gremien oder auf Konferenzen in den Bezirken waren notwendig und förderlich, um wahrgenommen und einbezogen zu werden. Vernetzung ist Beziehungsarbeit auf professioneller Ebene.



Vernetzung ist
Beziehungsarbeit
auf professionel-
ler Ebene.

4.1.4 Sozialraumarbeit in Hamburg**→ CHARAKTERISIERUNG VON HAMBURG**

Die Freie Hansestadt Hamburg liegt in Norddeutschland und ist mit etwa 1,9 Millionen Einwohner*innen der zweitgrößte Stadtstaat und die zweitgrößte Stadt der Bundesrepublik Deutschland (66). Hamburg erstreckt sich über eine Fläche von 755 Quadratkilometern und ist in sieben Bezirke unterteilt, die in Abbildung 15 zu sehen sind (67). Das Leben wird von zwei Gewässern geprägt. Zum einen von der Elbe, an die der große Hafen angeschlossen ist und der im Stadtkern aufgestauten Alster.



Abbildung 11: Hamburger Bezirke, Quelle: angelehnt an (68)

Die Stadt hat eine große kulturelle Vielfalt. Etwa 40% der Einwohner*innen haben einen Migrationshintergrund (66). Diese Vielfalt spiegelt sich nicht nur im sozialen Leben, sondern auch in den verschiedenen Stadtteilen wider, deren Erscheinungsbild von dicht besiedelten Hochhaussiedlungen bis hin zu Einfamilienhäusern in wohlhabenden Vierteln reicht.

In Hamburg sind zahlreiche Vereine und Organisationen der Eingliederungshilfe ansässig. Zu den vier großen Trägern der Eingliederungshilfe zählen alsterdorf assistenz ost und alsterdorf assistenz west, Sozialkontor sowie Leben mit Behinderung.

Die Beschreibung der Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Sozialraumarbeit in Hamburg, macht am Beispiel deutlich, wie regionale Gegebenheiten die Arbeit der Pflege- und Gesundheitsexpert*in beeinflussen.

In jedem der sieben Hamburger Bezirke übernahm ein*e Pflege- und Gesundheitsexpert*in die Aufgaben der regional verankerten Expert*in. Die Aufteilung der Zuständigkeiten nach Bezirken und somit nach politischen Kriterien, ist für die übergeordnete Netzwerkarbeit und den Auf- und Ausbau kommunaler Gesundheitsförderungsstrukturen von Vorteil. In der Zusammenarbeit mit den Teilnehmer*innen spielten bezirkliche Grenzen eine untergeordnete Rolle. Lebenswelten orientieren sich eher an Kriterien wie geographischer Lage oder spezifischen Anlaufpunkten.

Die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen hatten im Projekt einen guten Zugang zu den Trägern der Eingliederungshilfe, die als Kooperationspartner*innen die Rekrutierung der Teilnehmer*innen unterstützten, sowie Infrastruktur bereitstellten. So konnten Orte, die der Zielgruppe bekannt waren, niedrigschwellig für das Projekt genutzt werden. Auch von der langjährigen Vernetzungsstruktur von Mitarbeiter*innen der Eingliederungshilfe konnte profitiert werden.

Auf der Ebene der kommunalen Gesundheitsförderungsstruktur weist Hamburg in vielen Stadtteilen aktive Netzwerke auf. Bereits seit 2005 gehört in Hamburg Gesundheitsförderung zu den Leitzielen bzw. Schwerpunktthemen des Programms der sozialen Stadtteilentwicklung (69). Übergeordnet wird die integrierte kommunale Gesundheitsförderung in jedem Bezirk vom kommunalen Gesundheitsförderungsmanagement gesteuert. Lokale Vernetzungsstellen Prävention koordinieren vornehmlich in Fördergebieten des Rahmenprogramms Integrierte Stadtteilentwicklung (RISE), die lokale gesundheitsförderliche Weiterentwicklung.

In den Hamburger Bezirken gibt es eine vielfältige Struktur an weiteren Akteur*innen, die für das erfolgreiche spezifische Fallmanagement relevant sind. Dazu gehören:

- Selbst- und Interessenvertretungen der Zielgruppe
- Beratungsstellen für soziale und gesundheitliche Fragestellungen (z. B. pro Familia)
- stadtteilübergreifende Arbeitsgruppen zu Themen der Gesundheitsförderung (z. B. Sucht, psychische Gesundheit)
- lokale Gesundheitszentren und Gesundheitskioske
- Pflegestützpunkte
- Gesundheits- und Pflegekonferenzen
- Stadtteilkonferenzen.

Eine zentrale Rolle spielen ebenfalls die Leistungserbringenden von Angeboten der Prävention, Gesundheitsförderung und Teilhabe. Hierunter fallen Sportvereine, Volkshochschulen, Bürgerhäuser, Bildungsanbieter*innen, etc.

All diese Stakeholder, die dazu beitragen können, das Ziel, die gesundheitliche Versorgung sowie Gesundheitsförderung und Prävention von Erwachsenen mit intellektueller Beeinträchtigung in Hamburg zu verbessern, werden von den Pflege- und Gesundheitsexpert*innen vernetzt (siehe Abb. 12). Sie bearbeiten Unübersichtlichkeiten im Versorgungssystem und zeigen Versorgungslücken auf. Sie steuern durch ihre Arbeit den Abbau von Barrieren und die Zuteilung von Ressourcen, um übergeordnete Versorgungsziele, wie Chancengleichheit bei Gesundheitsförderung und Prävention herzustellen.



Abbildung 12: Stakeholder Sozialraumentwicklung

4.2 Individuelle Begleitung (Fallspezifische Intervention)

Bevor die praktische Durchführung der individuellen Begleitung im Detail beschrieben wird, wird der Ablauf grob erläutert sowie die Planung der individuellen Begleitung mit den eingesetzten und entwickelten Methoden, Techniken und Instrumenten vorgestellt. Bei der Beschreibung wird auch Bezug auf die praktische Anwendung im Projekt genommen, aus der sich Empfehlungen und Tipps für die Umsetzung ableiten lassen. Es wird ergänzend auf die Qualitätssicherung der praktischen Arbeit eingegangen und das Kapitel mit Fallbeispielen aus der Praxis abgerundet.

4.2.1 Ablauf

Der Ablauf der Intervention von BESSER gesund leben gliedert sich in verschiedene Phasen, die aufeinander aufbauend einander folgen (siehe Abb. 13).

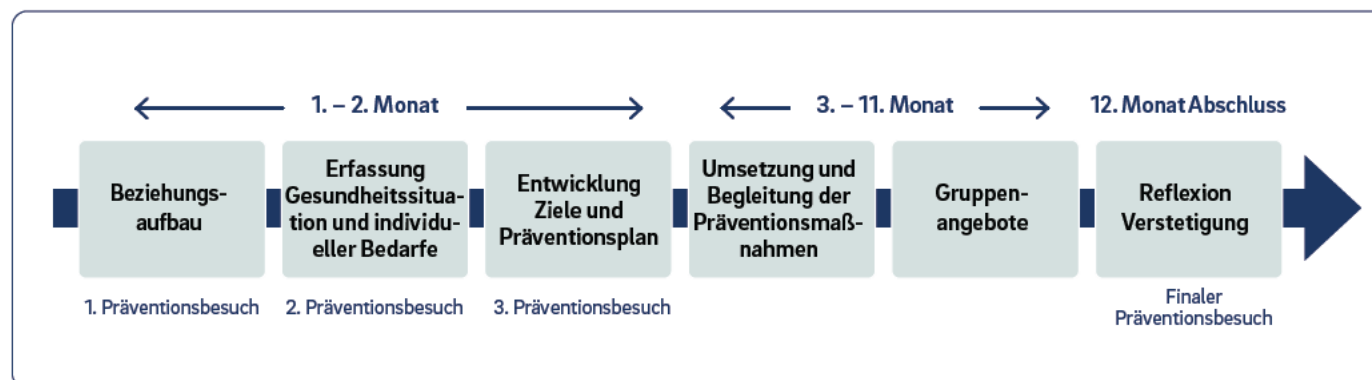


Abbildung 13: Ablauf der Intervention von BESSER gesund leben

Es empfiehlt sich eine Gesamtdauer der Begleitung von ca. 12 Monaten. Die Begleitung erfolgt in aufsuchender Form, auf Wunsch in den Häuslichkeiten der Menschen, einzelne Termine können auch telefonisch oder digital abgehalten werden. Zu Beginn, in den ersten zwei Monaten, findet das Kennenlernen, die Erfassung der Gesundheitssituation und der individuellen Bedarfe und Bedürfnisse sowie die Entwicklung von Zielen und Maßnahmen mit den Teilnehmer*innen statt. Am Ende des zweiten Monats wird der Präventionsplan erstellt, welcher partizipativ mit dem*der Teilnehmenden entwickelt wird und Ziele und Maßnahmen umfasst. Ab dem dritten Monat wird die Begleitung über die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen angebahnt. Die Treffen finden nun ca. alle drei bis vier Wochen statt. Die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen unterstützen die Teilnehmenden dabei, die festgelegten präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen umzusetzen. Zudem werden die Teilnehmenden an spezifische Angebote vermittelt und, je nach individuellem Unterstützungsbedarf, auch dorthin begleitet. Parallel zu den Einzelbegleitungen finden auch Gruppenschulungen statt, bei denen die Teilnehmenden in die Präventionsfelder Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Suchtprävention eingeführt und für die Themen sensibilisiert werden. In den letzten Treffen wird gemeinsam der finale Präventionsplan mit aktuellen Zielen und Maßnahmen erstellt, den die Teilnehmenden weiterhin eigenständig oder mit Unterstützung aus dem eigenen sozialen Netzwerk verfolgen und umsetzen wollen. Darüber hinaus erhalten die Teilnehmenden abschließend weiterführende Tipps für die Gesundheit.

4.2.2 Planung

Die Intervention von BESSER gesund leben wurde mithilfe verschiedener Ansätze und wissenschaftlich fundierter Methoden entwickelt. Dazu gehören vor allem Ansätze und Methoden aus den Bereichen Motivationsarbeit, Ressourcenarbeit, Biografiearbeit und Zielarbeit. Zudem wurden die bereits im Theorieteil des Manuals beschriebenen Modelle der Verhaltensänderung genutzt.

Das Kapitel beginnt mit einer kurzen Einführung in das Thema Motivationsarbeit und Ressourcenarbeit, da diese übergeordneten Ansätze eine zentrale Rolle bei der Begleitung der Teilnehmenden auf ihrem Weg zur Verhaltensänderung spielen. Die folglich vorgestellten Methoden dienen vor allem der Erkundung von Zielen und dem Aufbau und der Aufrechterhaltung von Motivation, wie beispielsweise die Biografiearbeit und das Zürcher Ressourcenmodell.

Zusätzlich werden bezogen auf die in Kapitel 2.3 vorgestellten Modelle der Verhaltensänderung, „passgenaue“ bzw. stufensensible Unterstützungsmaßnahmen zum Vorschreiten im Prozess der Verhaltensänderung beispielhaft dargestellt.

Abschließend werden die Instrumente beschrieben, die in den ersten drei Präventionsbesuchen sowie auch im weiteren Verlauf zum Einsatz kommen können. Die Instrumente wurden orientiert an den Bedürfnissen von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung entwickelt oder angepasst. Dazu gehört die Verwendung spielerischer Methoden und einfacher und Leichter Sprache sowie der Einsatz von Bildern und Unterstützter Kommunikation. Zudem wurden teilweise Versionen in unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden erstellt.

ANSÄTZE

Motivationsarbeit

Motivation ist die innere Antriebskraft, die Menschen dazu bewegt, bestimmte Ziele zu verfolgen oder Handlungen auszuführen. Sie bestimmt, wie intensiv und ausdauernd sich jemand für das Erreichen eines gesetzten Ziels einsetzt. Ist die Motivation hoch, werden alle Kräfte mobilisiert, um das Ziel zu erreichen.

Bei der Motivationsarbeit geht es um den gezielten Einsatz von Strategien und Maßnahmen, um Menschen dabei zu unterstützen, ihre Ziele zu erreichen. Diese sollten mit den individuellen Interessen und Bedürfnissen des Menschen im Einklang stehen. Es sollten also Ziele sein, die aus Eigenmotivation oder auch intrinsischer Motivation heraus entstehen. Intrinsische Ziele werden verfolgt, weil sie als sinnvoll, erfüllend oder bereichernd empfunden werden. Das Gegenteil ist die extrinsische Motivation, bei der der Grund für die Verfolgung der Ziele allein darin besteht, einer Bestrafung zu entgehen oder eine Belohnung (z. B. Anerkennung) zu erhalten. Bei extrinsischen Zielen kommt der Impuls von außen, bei intrinsischen Zielen von innen. Darüber hinaus gibt es noch introjizierte Ziele und identifizierte Ziele, die Zwischenstufen darstellen (siehe Tabelle 2). Das Ausmaß, in dem Ziele mit den eigenen Werten, Interessen und inneren Überzeugungen übereinstimmen, wird als Selbstkongruanz bezeichnet (70).

MOTIVATIONSMODI

Motivationsmodus	Beschreibung
extrinsisch	Impuls kommt von außen „weil Personen, die mir wichtig sind, mich dazu drängen.“
introjiziert	Gründe für Zielintention verinnerlicht, aber noch nicht die eigenen „weil ich sonst ein schlechtes Gewissen hätte.“
identifiziert	Gründe für Zielintention in eigener freier Entscheidung und Zielintention im Einklang mit eigenem Wertesystem „weil es gut für mich ist.“
intrinsisch	keine Gründe mehr notwendig „weil es einfach zu meinem Leben dazu gehört.“

Tabelle 2: Motivationsmodi, Quelle: eigene Darstellung nach (70)

Die Frage nach der Motivation ist die Frage nach dem „Warum“. Warum sollte ich mit dem Rauchen aufhören? Warum sollte ich mich regelmäßig bewegen? Wer aus eigenem Interesse und Eigenmotivation Ziele verfolgt, ist erfolgreicher bei der Zielverwirklichung. Intrinsisch motivierte Ziele werden ausdauernder verfolgt und nach Unterbrechungen spontan wieder aufgenommen. Auch die Bereitschaft, sich anzustrengen, ist weitaus größer, als bei extrinsisch motivierten Zielen (71).

Um die Eigenmotivation der Teilnehmenden zu erkunden, aufzubauen und langfristig aufrechtzuerhalten, werden die nachfolgenden beschriebenen Methoden und Techniken verwendet.

Ressourcenarbeit

Der Gesundheitsförderungsansatz stellt die Bedeutung von Ressourcen heraus, er basiert auf dem ressourcenorientierten Modell der Salutogenese (siehe Kapitel 2.2). Auch in der sozialraumorientierten Arbeit spielen Ressourcen eine zentrale Rolle.

Ressourcen sind alle Möglichkeiten, die einer Person zur Verfügung stehen, ihre Bedürfnisse zu erfüllen (72).

Ressourcen können in drei Kategorien unterteilt werden:

- Individuelle Ressourcen
- Soziale Ressourcen
- Materielle Ressourcen (73)

Individuelle Ressourcen sind Kompetenzen und Fähigkeiten, sowie Emotionen und Eigenarten, auch das Potential, sich Kompetenzen anzueignen kann als Ressource verstanden werden. Ebenfalls dazu gehören kulturelle Ressourcen, Normen und Werte, die eine Person bei ihrem Handeln leiten.

Soziale Ressourcen beschreiben die Gesamtheit aller Kontakte einer Person. Das sind informelle Kontakte wie Familie, Freunde, Bekannte oder Nachbarn und formelle oder professionelle Kontakte wie Dienstleister, Unterstützungspersonen, etc. (74)

Materielle Ressourcen sind finanzielle Gegebenheiten, Wohnsituation und Gegenstände, die im Besitz einer Person sind.

In der Intervention werden die Ressourcen mittels der Biografiearbeit, der Ressourcenkarte, der Netzwerkkarte und dem Zürcher Ressourcen Modell behandelt.

→ PRAKTISCHE UMSETZUNG:

Die unterschiedlichen Ressourcen werden systematisch mit den Teilnehmer*innen erhoben. Das partizipative Verdeutlichen und Verschriftlichen der Ressourcen dient dazu, die Selbstwirksamkeit und das Empowerment der Teilnehmer*innen zu fördern. Des Weiteren können Optimierungspotentiale und Handlungsbedarfe abgeleitet werden. Die Ressourcen werden auch einbezogen, um Barrieren und Hindernisse bei der Zielerreichung anzugehen.

METHODEN**Biografiearbeit**

Biografiearbeit ist eine Methode, die eingesetzt werden kann, um sich mit der eigenen oder der Lebensgeschichte einer anderen Person auseinanderzusetzen. Dadurch können Erinnerungen geweckt und das eigene Leben besser verstanden werden. Werden etwaige Probleme in die eigene Biografie eingeordnet, kann dies zu neuen Erkenntnissen und mehr Akzeptanz dieser führen. Darüber hinaus können so eigene Stärken erkannt werden, zum Beispiel, wenn in der Vergangenheit ähnliche Herausforderungen schon erfolgreich bewältigt wurden. Auch Ressourcen können entdeckt werden, zum Beispiel, welche Menschen im persönlichen Netzwerk unterstützen könnten (75). Biografiearbeit eignet sich daher auch gut für den Empowerment-Ansatz und die Förderung von Selbstwirksamkeit (siehe Kapitel 2.1).

Biografie bedeutet so viel wie Lebensbeschreibung oder Lebensabbildung (bios = leben, gráphein = schreiben, zeichnen, abbilden, darstellen). Es geht allerdings nicht um eine starre Aufzählung der Lebensabschnitte, wie in einem Lebenslauf, sondern um einen aktiven Prozess, bei dem es vorrangig um das persönliche Erleben der eigenen Geschichte geht. Es geht um die subjektiven Erinnerungen und Gefühle der Person: Was war im Leben besonders wichtig, schön, einschneidend, prägend oder herausfordernd? Häufig werden Medien wie Fotos, Bilder, Ton- und Filmdokumente oder Gegenstände, wie Spielzeug, Bücher und Kleidung als „Trigger“ für das Hervorrufen von Erinnerungen genutzt (76). Der Blick richtet sich dabei nicht nur in die Vergangenheit. Der Ausgangspunkt bei der Biografiearbeit ist immer die Gegenwart, und auch Gedanken und Pläne der Zukunft werden berücksichtigt (77).

WICHTIG IST:

Negative Erfahrungen im Leben einer Person, z. B. durch Fremdbestimmung oder Leid können dazu führen, dass für die Person bestimmte Erinnerungen nicht abrufbar sind. Zudem können negative Gefühle aufkommen. In diesem Fall sollte die Person selbst entscheiden, ob sie weiter über das Thema sprechen möchte oder nicht (77).

→ PRAKTISCHE UMSETZUNG:

Bei BESSER gesund leben wird die Methode der Biografiearbeit als sanfter Einstieg in das gemeinsame Arbeiten genutzt. Sie dient dem gegenseitigen Kennenlernen von Pflege- und Gesundheitsexpert*in und Teilnehmenden sowie dem ersten Erkunden von Potenzialen und möglichen Zielen. Sie kann dazu motivieren, sich mit verschiedenen (auch neuen) Themen auseinanderzusetzen, die die Gesundheit und das eigene Leben beeinflussen. Die Pflege- und Gesundheitsexpert*in kann mithilfe der Biografiearbeit die Denk-, Fühl- und Verhaltensmuster des*der Teilnehmenden kennen- und verstehen lernen. Im Verlauf kann die Methode dazu genutzt werden, um neues Wissen mit bereits gemachten Erfahrungen zu verknüpfen und das Verstehen und die Merkfähigkeit zu fördern. Das eingesetzte Instrument der Biografiearbeit, das Biografische Brettspiel, wird im Folgenden noch genauer erläutert werden.

Zielarbeit

Die systematische Arbeit an den Zielen ist eng verknüpft mit der Motivation und kann diese fördern.

Gerne wird hier auf die SMART-Methode zurückgegriffen. Die SMART Methode kommt aus dem Management- und Organisationsentwicklungsbereich (78). Demnach sollen Ziele spezifisch, messbar, attraktiv, realistisch und terminiert formuliert und festgehalten werden, um die Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung zu erhöhen. Diese Methode zur Zielformulierung ist sehr bekannt und wird häufig eingesetzt. Größere wissenschaftliche Übersichtsarbeiten zum Thema Zielsetzung und Zielerreichung empfehlen für verschiedenen Kontexte darüberhinausgehende Aspekte zu berücksichtigen. Zum Beispiel sollten klar definierte, spezifische und herausfordernde Ziele in Verbindung mit Feedback, regelmäßiger Überprüfung und der Berücksichtigung persönlicher und kontextueller Faktoren formuliert werden (79). Die häufig auftretende Diskrepanz zwischen Absicht und tatsächlicher Umsetzung kann durch konkrete Handlungspläne und die Stärkung der Selbstregulationsfähigkeiten verringert werden, um Ziele erfolgreich zu erreichen (80). Umsetzungsintentionen sind zudem eine äußerst wirkungsvolle Methode zur Zielverwirklichung, die Menschen hilft, ihre Absichten in konkrete Handlungen umzusetzen. Indem man festlegt, wann, wo und wie ein Ziel erreicht werden soll, wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass die Menschen tatsächlich handeln, anstatt ihre Absichten nur zu formulieren und dann zu zögern oder abgelenkt zu werden (81).

All diese Faktoren der Zielarbeit finden sich in vier Phasen der Zielerreichung wieder (82).

DIE VIER PHASEN DER ZIELERREICHUNG

Phase	Fragestellung
1. Vorbereitung	Was ist das Bedürfnis? Warum ist es ein Bedürfnis? Was hindert bisher daran das Bedürfnis zu erfüllen? Welche Stärken können eingesetzt werden das Bedürfnis zu erfüllen?
2. Goal setting/ Zielformulierung	Welche Zielformulierung spricht die Person an? Positiv formulierte Ziele/Annäherungsziele: Begeisterung, gutes Gefühl als Motivator Negativ formulierte Ziele/ Vermeidungsziele: Angst als Motivator Einstiegsziele/ Teilziele/ Fernziele: realistisch aus eigener Kraft erreichbar, niedrigschwelliger Einstieg, mit Erfolgs- und Lernkurve, kleinschrittige Zeiträume (Tagesziele sind effektiver als Wochenziele)
3. Planung	Was sind Hürden für die Umsetzung? Wie wird der Fortschritt überprüft? Wie wird Feedback integriert? Wie wird mit Rückfällen umgegangen?
4. Follow up	Regelmäßig überprüfen, ob sich das Ziel verändert hat und das Ziel ggf. anpassen Hat sich das Bedürfnis verändert? Ist die Strategie/ Maßnahme/ das neue Verhalten zur Zielerreichung passend für die Person? Wie fühlt es sich an?

Tabelle 3: Die vier Phasen der Zielerreichung, Quelle: eigene Darstellung nach (82)

→ PRAKTISCHE UMSETZUNG:

Die Phasen und Faktoren des Prozesses der Zielerreichung sind im Fallmanagement der Intervention integriert.

Das Bedürfnis wird durch die sozialraumorientierte Haltung in den Mittelpunkt gestellt und unbewusste Prozesse werden erkundet, die bisher eine Bedürfniserfüllung verhindert haben.

Bei der Zielformulierung unterstützen die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen, um Teil-/ Nah- und Fernziele zu differenzieren, konkrete Tages- und Wochenpläne auszuarbeiten und eine Formulierung zu finden, die die Motivation der Teilnehmer*innen steigert. In der Planungsphase für die Umsetzung der Handlung werden mögliche Hürden erkundet. Was sind externe oder interne Faktoren, die es erschweren, das Ziel zu erreichen? Wie können diese umgangen werden und falls es doch zum Rückfall kommt, wie kann der*die Teilnehmer*in damit umgehen?

Außerdem wird überlegt und festgehalten, wie der*die Teilnehmer*in ihren Fortschritt dokumentieren will und Feedback einbauen möchte. Niedrigschwellige Instrumente sind z. B. Wochenpläne mit Stickern für die erfolgreiche Umsetzung oder Erfolgstagebücher.

Das Follow up findet auch zusammen mit der Pflege- und Gesundheitsexpert*in statt. Regelmäßig wird thematisiert, ob die gewählte Maßnahme, das besuchte Angebot oder das neue Verhalten zum* zur Teilnehmer*in und ihren Bedürfnissen passen und wie es ihm*ihr damit ergeht. Bei der regelmäßigen Überprüfung des Präventionsplans werden kontinuierlich Ziele und Maßnahmen überprüft und angepasst.

Motivierende Gesprächsführung

Die Motivierende Gesprächsführung, auch bekannt als Motivational Interviewing, zielt darauf ab, in einem Gespräch die Veränderungsbereitschaft zu fördern und intrinsische Motivation (Eigenmotivation) zu stärken. Sie findet in vielen Bereichen Verwendung, in denen es darum geht, Menschen bei Veränderungsprozessen zu unterstützen.

Die Motivierende Gesprächsführung geht davon aus, dass Menschen sich auf dem Weg zu einer Verhaltensänderung häufig in einem Zwiespalt zwischen dem Beibehalten und der Veränderung ihres Verhaltens befinden. Dieser Zwiespalt wird als Ambivalenz bezeichnet und als normale Erscheinung auf dem Weg zu einer Veränderung angesehen (83) (84).

Das Ziel der Motivierenden Gesprächsführung ist es, diese Ambivalenz abzubauen und intrinsische Motivation zu stärken. Hierfür kommen Techniken der Gesprächsführung zum Einsatz, wie offene Fragen, reflektierend zuhören, bestätigen und zusammenfassen. Eine zentrale Methode der Motivierenden Gesprächsführung ist das Hervorrufen von „Change-Talk“ bei der die Person eigene Argumente für die Veränderung eines Verhaltens formuliert, zum Beispiel „Vielleicht sinkt mein Blutdruck, wenn ich mehr Sport mache.“ Dieser Prozess soll durch Gesprächstechniken gezielt hervorgerufen und gestärkt werden. So können Ambivalenzen nach und nach abgebaut und eine intrinsische Motivation aufgebaut werden (85).

→ PRAKTISCHE UMSETZUNG:

Die Gesprächstechnik und Haltung der Motivierenden Gesprächsführung wurde im Rahmen der Beratung und Begleitung der Teilnehmenden genutzt, um diese dabei zu unterstützen, eine Motivation zur Verhaltensänderung aufzubauen und aufrechtzuerhalten. Insbesondere in frühen Phasen der Verhaltensänderung, in denen noch keine bis wenig Motivation vorliegt, kann die Motivierende Gesprächsführung hilfreich sein, um eine Motivation aufzubauen. Aber auch in späteren Phasen kann sich der Einsatz der Motivierenden Gesprächsführung positiv auf Veränderungsprozesse auswirken.

Der Ablauf der Intervention von BESSER gesund leben ist ähnlich aufgebaut wie die in der Motivierenden Gesprächsführung eingesetzten „Vier Prozesse“. Nach dem Beziehungsaufbau folgt die Fokussierung auf ein Thema. Die Eigenmotivation des Teilnehmenden wird wachgerufen und herausgearbeitet. Ambivalenzen werden auflöst, indem zum Beispiel die Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung abgewogen werden. Die Pflege- und Gesundheitsexpert*in versucht den sogenannten „Change-Talk“ hervorzurufen. Es erfolgt die Planung der Ziele und nächsten Schritte.

Zürcher Ressourcen Modell

Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) ist ein psychologisches Konzept, auf dessen Basis ein psychoedukatives Selbstmanagement-Training entwickelt wurde (86).

Es arbeitet primär mit der Annahme, dass Menschen über eine Vielzahl von inneren Ressourcen verfügen, die sie für die Bewältigung von Herausforderungen und die Erreichung ihrer Ziele nutzen können. Daher eignen sich das Modell und das Training als Methode der Intervention, um Menschen zu helfen, ihre eigenen Ressourcen besser zu erkennen, zu aktivieren und gezielt einzusetzen. Menschen sollen ihre eigenen inneren Ressourcen wie Stärken, Fähigkeiten und positive Erfahrungen erkennen und darauf aufbauend Handlungsstrategien entwickeln. Das Modell hilft dabei, unbewusste Bedürfnisse und Motive zu identifizieren und mit dem bewussten Handeln zu verbinden. Dadurch soll die Selbstwirksamkeit gesteigert werden.

Das ZRM ist besonders für die Zielgruppe geeignet, da in diesem Entwicklungsprozess nicht nur systematisch auf der intellektuellen/kognitiven Ebene gearbeitet wird, sondern die emotionalen/emotiven und körperlichen/physiologischen Ebenen mit einbezogen werden.

Ein weiterer Bestandteil des ZRM ist die Orientierung an den Handlungsphasen des „Rubikon-Prozess“ nach Grawe (87). Ähnlich wie beim transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung durchläuft der Mensch bis zur tatsächlichen Handlung verschiedene Phasen. Diese Schritte ließen sich gut in das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung integrieren und mit entsprechenden Fragen als Prozess-Diagnose anwenden.

Die Diagnose-Fragen helfen einzuschätzen, wo die Teilnehmer*innen sich auf dem Modell der Verhaltensänderung befinden. Anschließend werden sie mit den entsprechenden Instrumenten und Methoden bei der Zielerreichung bzw. Handlungsumsetzung unterstützt.

→ PRAKTISCHE UMSETZUNG:

Neben der Ressourcenarbeit fokussieren sich die Methoden des ZRM auf das Erkennen von Bedürfnissen, die Aufdeckung von bewusster und unbewusster Motivation und die Arbeit an den individuellen Zielen. Diese Themen sind auch Schwerpunkte in der individuellen Begleitung der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen.

Die **Ressourcen** können zum Beispiel mit dem Biografischen Brettspiel, der Ressourcen- und der Netzwerkkarte oder den Assessments thematisiert werden. Das ZRM liefert darüber hinaus Anleitungen, innere Ressourcen zu aktivieren. Damit sind Emotionen und körperliche Wahrnehmungen bezüglich der Ziele gemeint. Es wird davon ausgegangen, dass ein Ziel, das eine positive körperliche Reaktion hervorrufen kann, eher attraktiv wirkt und zur Erreichung motiviert.

Die **Bedürfnisse** spielen bei der willensorientierten Erkundung von Veränderungspotential eine zentrale Rolle. Das ZRM bringt hier die emotionale/emotive und körperlich/physiologische Ebene ein. Im kreativen Prozess, mittels Bildern und Assoziationen, werden Bedürfnisse jenseits von kognitiver/intellektueller Gedankengänge erkundet.

Die **Motivation** ist, wie eingangs des Kapitels beschrieben, die zentrale Komponente der Verhaltensänderung. Mit verschiedenen, an die Zielgruppe angepassten Methoden und Instrumenten der Einschätzung von Motivationsstärke und -art, gehen die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen darauf ein. Auch das ZRM bietet Instrumente, Motivation zu klären und zu steigern. Diese hängen entscheidend mit der Zielarbeit zusammen.

Die **Zielarbeit** wird im Laufe der Intervention immer wieder aufgegriffen. Zu Anfang werden Ziele formuliert, die immer wieder überprüft, präzisiert oder auch verändert bzw. verworfen werden. Das ZRM bringt auch hier wieder die emotionale/emotive und körperlich/physiologische Ebene ins Spiel. Ziele werden laut ZRM eher erreicht, wenn sie auch ein „Gutes Gefühl“ hervorrufen. Um das zu erreichen, bietet das ZRM entsprechende Instrumente, die sich für die Zielgruppe Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung adaptieren lassen.

Einsatz der Modelle der Verhaltensänderung:

Auch aus den theoretischen Modellen zur Änderung des Gesundheitsverhaltens, die bereits im Theorieteil des Manuals beschrieben wurden (siehe Kapitel 2.3), lassen sich zahlreiche Handlungsempfehlungen für die Anwendung in der Praxis ableiten. Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung und das HAPA-Modell stellen neben den beschriebenen Methoden und Techniken eine Grundlage für die Anwendung und Entwicklung der Methoden und Instrumente bei BESSER gesund leben dar.

Die folgenden Handlungsempfehlungen orientieren sich in erster Linie an den Stufen des transtheoretischen Modells zur Verhaltensänderung, da dies durch seine klare Struktur einfach zu verstehen ist und die Schritte durch die Darstellung von Stufen gut nachvollziehbar sind. Die Handlungsempfehlungen, die sich aus dem HAPA-Modell ableiten lassen, wurden an passenden Stellen integriert.

Ziel der Handlungsempfehlungen ist es, den*die Teilnehmende*n auf dem Weg zur Verhaltensänderung bei der Entwicklung von einer Stufe bzw. Phase zur nächsten zu unterstützen. Es ist nochmal zu betonen, dass nach dem transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung, Maßnahmen auch dann als erfolgreich bewertet werden, wenn sich eine Person „nur“ zur nächsten Stufe hin weiterentwickelt hat, auch wenn sich dies noch nicht in einer Verhaltensänderung zeigt.

Ermittlung der Veränderungsbereitschaft:

Zu Beginn und im Verlauf können das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung und das HAPA-Modell dazu genutzt werden, die Veränderungsbereitschaft der Teilnehmenden zu ermitteln. Es ist zu erwarten, dass sich die Teilnehmenden zu Beginn der Begleitung in ganz unterschiedlichen Phasen der Verhaltensänderung befinden. Einige haben vielleicht schon erste Ziele entwickelt und stehen in den Startlöchern für die Umsetzung, manche sind schon mitten in der Handlung, andere wiederum haben sich vielleicht aus Neugierde am Thema angemeldet und haben noch keine konkreten Ideen zur Verhaltensänderung. Unterstützungsleistungen zur Verhaltensänderung sind bereits zu diesem frühen Zeitpunkt möglich.

Tipps für Teilnehmende in den Phasen der Absichtslosigkeit und Absichtsbildung:

In frühen Phasen, wie der Absichtslosigkeit und Absichtsbildung oder im HAPA-Modell in der Motivationsphase, sollte der Fokus auf Prozesse gesetzt werden, die eine Intentionsbildung fördern. Hier eignet sich Sensibilisierungsarbeit zum Beispiel durch Information und Aufklärung über Risikoverhalten, das Anregen von Selbstreflektion des eigenen Verhaltens oder Methoden zur Zielfindung. Die Gesprächstechnik der Motivierenden Gesprächsführung kann hilfreich sein, um Eigenmotivation aufzubauen. Zudem können Methoden der Biografiearbeit eingesetzt werden, um eventuell in Vergessenheit geratene Interessen und Aktivitäten wieder in Erinnerung zu rufen und neu zu erkunden.

Tipps für Teilnehmende in der Phase der Vorbereitung:

In der Phase der Vorbereitung können Teilnehmende auf ihrem Weg zur Handlung unterstützt werden, indem sie zur Handlungsplanung und Bewältigungsplanung angeleitet werden. Bei der Handlungsplanung wird das Wann, Wo und Wie einer Handlung geplant. Bei der Bewältigungsplanung werden mögliche Hindernisse ausfindig gemacht und Strategien zu ihrer Bewältigung entwickelt. Auch eine Aktivierung von Ressourcen durch das Erstellen von Ressourcen- und Netzwerkkarten ist ein wichtiger Schritt bei der Vorbereitung der Verhaltensänderung.

Tipps für Teilnehmende in der Phase der Handlung und Aufrechterhaltung:

Befindet sich der*die Teilnehmende in der Phase der Handlung und Aufrechterhaltung, kommen volitionale Strategien zum Einsatz. Dazu gehören selbstregulatorische Strategien, wie die Umsetzung der Bewältigungsplanung und Strategien der Handlungskontrolle (z. B. mithilfe von Wochenplänen). Zudem sollte das neue Verhalten regelmäßig reflektiert werden, mit Fragen wie: Was war gut? Was war nicht so gut? Wie kann es besser werden? Auch das Einbinden vom sozialen Netzwerk (Freunde, Familie, Nachbarn) kann die Aufrechterhaltung des Verhaltens unterstützen.

Tipps bei einem Rückfall:

Bei einem Rückfall sollte der Fokus erneut auf das Barrierenmanagement gelegt werden und ein Ressourcencheck erfolgen. Zudem sollte geprüft werden, ob es sich bei dem verfolgten Ziel wirklich um ein Ziel handelt, das aus Eigenmotivation (intrinsischer Motivation) und dem Willen des*der Teilnehmenden entstanden ist oder ob die Motivation durch äußere Anreize (extrinsische Motivation) bedingt ist. Handelt es sich um ein eventuell extrinsisch motiviertes Ziel, sollte der Zielfindungsprozess erneut gestartet werden.

Fokus auf die Selbstwirksamkeit:

In allen Phasen auf dem Weg zur Verhaltensänderung kann die Selbstwirksamkeit eine unterstützende Rolle spielen und sollte daher unbedingt gefördert werden (siehe Kapitel 2.1). Dies kann zum Beispiel erfolgen durch:

- positive Bestärkung
- das Erleben von Erfolgserlebnissen, zum Beispiel durch das Erreichen kleinschrittiger Ziele
- das Herstellen von Situationen, in denen sich der/die Teilnehmende als kompetent und wirksam erlebt.

INSTRUMENTE**Befindlichkeitsskala**

Beschreibung: Die Befindlichkeitsskala ist ein Instrument zum (nonverbalen) Ausdruck der aktuellen Gefühlslage und Stimmung. Sie besteht aus Gesichtern (Smileys), die verschiedene emotionale Zustände darstellen. Diese sind zusätzlich nach dem Ampelsystem farblich gekennzeichnet. Die Skala ist 5-stufig und reicht von sehr gut (grün) bis sehr schlecht (rot), lässt aber Interpretationsspielraum zu.

Begründung: Durch den Einsatz der Befindlichkeitsskala ist eine differenzierte Einschätzung der Befindlichkeit möglich, ohne Sprache gebrauchen zu müssen. Die Gesichter mit den verschiedenen Gesichtsausdrücken (fröhlich, neutral, wütend/traurig) können das Einschätzen der eigenen Gefühlslage erleichtern. Zudem kann der Einsatz der Skala die Selbstwahrnehmung fördern und zur Reflektion anregen.

Empfehlung: Die Befindlichkeitsskala kann, wie in der Intervention BESSER gesund leben, als Ein- und Ausgangsritual der Termine genutzt werden. Sie empfiehlt sich in jedem Fall für Menschen mit Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten. Die Erfahrung hat gezeigt, dass aber auch Menschen, die gut kommunizieren können, von dem Einsatz der Skala profitieren. Auch zur Evaluation des Termins kann die Befindlichkeitsskala genutzt werden. Sollte sich die Gefühlslage stark verändert haben, gilt es nach der Ursache zu forschen und eventuell Anpassungen vorzunehmen.



Abbildung 14: Befindlichkeitsskala, Quelle: (88)

Biografisches Brettspiel

Beschreibung: Das Biografische Brettspiel ist eine kreative und interaktive Methode der Biografiearbeit. Für den Einsatz bei BESSER gesund leben wurde das Biografische Brettspiel von Lindmeier, 2006 (95) folgendermaßen modifiziert: Passend zu den Themenbereichen der vier Präventionsfelder Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung und Suchtprävention sowie den Bereichen Familie/ Freunde, persönliche Interessen, Hobbies und allgemeine Erfahrungen mit Gesundheit und Krankheit, wurden Bildkarten entwickelt, die als Rundweg auf einem Tisch ausgelegt werden. Mit Spielfiguren und Würfeln bewegen sich die Mitspieler*innen über die Karten. Bleibt ein*e Spieler*in auf einer Karte stehen, erfolgt eine Gesprächssituation über das jeweilige Thema. Wie in der Biografiearbeit üblich, wird hier auch ein Blick in die Vergangenheit geworfen. Der*die Teilnehmende wird angeregt über äußere und innere Erlebnisse mit dem Thema zu berichten, z. B. „Was habe ich erlebt? Wann und wo war es? Wer war beteiligt? Welche Gedanken und Gefühle hatte ich dabei?“ So werden nach und nach alle Karten besprochen.

Begründung: Das Biografische Brettspiel dient zum einen dem Sammeln von Informationen und dem gegenseitigen Kennenlernen von Teilnehmenden und Pflege- und Gesundheitsexpert*in. Zum anderen dient das Spiel der Exploration nach den Interessen und Erfahrungen mit bestimmten Themen des*der Teilnehmer*in. So entstehen vielleicht schon erste Ideen und Ziele. Der spielerische Charakter sorgt zudem für eine lockere Atmosphäre und erleichtert den Beziehungsaufbau. Aus diesen Gründen wird das Spiel bei BESSER gesund leben gleich zu Beginn der Begleitung eingesetzt, kann aber auch im Verlauf immer wieder unterstützend wirken.

Empfehlung: Das Spiel wurde so konzipiert, dass es den Bedürfnissen des*der jeweiligen Teilnehmer*in flexibel angepasst werden kann. Es kann zwischen einem Würfel mit Zahlen und einem Farbwürfel gewählt werden. Auch die Menge und Art der Spielkarten kann frei gewählt werden. Hierbei ist darauf zu achten, dass möglichst Themen verschiedener Bereiche ausgewählt werden. Sollte der*die Teilnehmende Spiele dieser Art nicht mögen, können die Spielkarten auch einfach gezogen oder nach und nach auf den Tisch gelegt und besprochen werden.

InterResident Assessment Instrument Intellectual Disability

Beschreibung: Das InterResident Assessment Instrument Intellectual Disability (Inter-RAI ID) ist ein standardisiertes Instrument, das zur umfassenden Beurteilung der Bedarfe, Stärken und Vorlieben von Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen in stationären und ambulanten Settings dient (89). Es wurde entwickelt, um die Pflegequalität zu

verbessern, indem es den Pflegekräften hilft, die Bedürfnisse der Bewohner systematisch zu erfassen und die passende Pflege zu planen (90).

Das InterRAI ID wurde angepasst auf die spezifischen Rahmenbedingungen der Intervention von BESSER gesund leben.

Begründung: Für die Erfassung von Gesundheitszustand und Lebensqualität der Teilnehmer*innen von BESSER gesund leben, eignet sich das InterRAI ID nur teilweise. Der Fokus liegt in der Intervention auf Prävention und Gesundheitsförderung und nicht primär auf Pflegediagnosen. Zudem geht es auch nicht in erster Linie um Pflegeeinrichtungen, sondern um das vielfältige Lebens- und Wohnumfeld von Menschen, die teils ambulant unterstützt werden, alleine oder mit Angehörigen leben und nur manchmal in Pflegeeinrichtungen. Der Fragenkatalog setzt sich außerdem aus der Beobachtungsperspektive der Pflegefachkraft in einem mehrtägigen Zeitraum und der Selbsteinschätzung der befragten Person zusammen. Dieser Beobachtungszeitraum ist in der Intervention nicht vorgesehen, dahingehend wurden die Fragen angepasst und ausgewählt.

Dennoch kann mit ausgewählten Fragen ein detaillierter Eindruck bezüglich der Gesundheits- und Lebenssituation der Teilnehmer*innen gewonnen werden.

Empfehlung: Einen Überblick über gesundheitsrelevante Faktoren sowie die Lebensumstände der Teilnehmer*innen zu erlangen, ist für die gemeinsame Arbeit an den Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen unerlässlich. Das InterRAI ID ist ein umfassendes und tiefgehendes Assessment Instrument, das in seiner Gesamtheit in einigen Teilen Informationen generiert, die nicht dem Ziel der Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention dienen. Es ist deshalb im Sinne der Handhabbarkeit und Effizienz, diese Teile auszulassen. Außerdem zeigte sich, dass der Fragenkatalog trotz seiner Anpassung auf Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, in vielen Bereichen schwer zu kommunizieren und zu verstehen war.

Assessments Präventionsfelder Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Suchtprävention

Beschreibung:

Ernährung: Das Assessment Ernährung lehnt sich an den Mini Nutritional Assessment (MNA) und den Intuitive Eating Scale 2 – deutsche Fassung (IES-2) an (94). Die Pflege- und Gesundheitsexpert*in kann auf dieser Grundlage einen ersten Überblick über die Ernährungsweise des*der Teilnehmenden erhalten und ableiten, in welchem Bereich der*die Teilnehmer*in eventuell Unterstützungsbedarf hat.

Bewegung: Das Assessment Bewegung ist angelehnt an den „Bewegungs- und Sportaktivitätsfragebogen (BSA)“ (91). Das Assessment soll der Feststellung des Ist-Zustands dienen und einen Überblick über die aktuelle Bewegung im Alltag geben sowie bei Bedarf Vergleichsdaten sammeln. Liegt ein Bewegungsmangel vor? Möchte der*die Teilnehmer*in etwas an seinem*ihrem Bewegungsverhalten verändern? Bei Bedarf können zu einem späteren Zeitpunkt insbesondere Fragen zur Häufigkeit der Bewegung im Alltag wiederholt werden und so eine mögliche Veränderung dokumentiert und evaluiert werden.

Stressmanagement: Das Assessment Stressmanagement ist angelehnt an den Fragebogen „Stressbewältigung und Burnoutprävention“ (93). Für das Assessment wurden Items ausgewählt, die durch das InterRAI ID nicht ausreichend abgedeckt werden konnten. Das sind die Stressfaktoren: Alltag, Finanzen und Arbeit.

Um den zeitlichen Aufwand möglichst gering zu halten und mögliche Stressoren effizient zu erfragen, wurden den Item-Blöcken teilweise sogenannte Trigger-Fragen vorgeschaltet. Sie sollen als Indikator dienen, ob es notwendig ist, das ergänzende Assessment vollständig durchzuführen. So kann die Entscheidung zur Durchführung, systematisch von allen Pflege- und Gesundheitsexpert*innen nach den gleichen Kriterien getroffen werden.

Suchtprävention: Das Assessment Suchtprävention, ist angelehnt an das SUMID-Q-DE, dieses wurde erweitert.

Das SumID-Q ist ein semistrukturiertes Interview zu verschiedenen Substanzen (Tabak, Alkohol und Drogen, die Themen Thema Cannabis und Mediennutzung wurde zusätzlich aufgenommen) und ist speziell für Menschen mit leichter Intelligenzminderung entwickelt worden (94). Zusätzlich wurde ein Schulungskonzept für Fachkräfte entwickelt, die das Assessment durchführen.

Das Assessment soll den Ist-Zustand feststellen und einen Überblick über den aktuellen Konsum des*der Teilnehmer*in geben. Liegt ein problematisches Verhalten/Konsum vor? Möchte der*die Teilnehmer*in etwas an seinem Verhalten/Konsum verändern? Bei Bedarf kann das Assessment wiederholt und so Vergleichsdaten gesammelt werden. Insbesondere Fragen zur Häufigkeit des Konsums können wiederholt und so eine mögliche Veränderung dokumentiert und evaluiert werden.

Begründung: Die ausgewählten Fragen aus dem InterRAI ID bieten eine Grundlage für die Einschätzung der Bedarfe und Bedürfnisse der Teilnehmer*innen. In den vier Präventionsfeldern Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Suchtprävention wurden ergänzend Assessmentinstrumente herangezogen, um spezifischer auf Gesundheitsförderungs- und Präventionsbedarfe einzugehen. Teilweise mussten die Instrumente für die Zielgruppe und den Kontext angepasst werden.

Die Assessments helfen im Nachgang bei der konkreteren Problembeschreibung und Zielsetzung, orientiert an den Bedürfnissen der Teilnehmer*innen.

Empfehlung: Die Assessments können prinzipiell bei allen Teilnehmer*innen angewandt werden. Besonders empfohlen wird die Anwendung, wenn die Teilnehmenden explizit in diesem Präventionsfeld etwas verändern möchten. Zusätzlich empfiehlt sich die Anwendung, wenn sich die Aussagen von Teilnehmenden und ggf. Betreuer*innen, sowie die Beobachtung der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen hinsichtlich des Themas sehr unterscheiden. Da Substanzgebrauch bei der Zielgruppe oft unentdeckt bleibt, empfiehlt es sich, das Sucht-Screening bei allen Personen anzuwenden.

Auch wenn einige der Assessments nicht speziell für die Zielgruppe konzipiert wurden, lassen sie sich oftmals gut mit Unterstützung der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen anwenden. Die Validität der Assessments wird hier jedoch eingeschränkt. Sofern evidenzbasierte zielgruppenspezifische Instrumente verfügbar sind, sollten diese genutzt werden.

Ressourcenkarte

Beschreibung: Eine Ressourcenkarte dient der Sammlung und visuellen Darstellung von Ressourcen einer Person. Um die persönlichen Ressourcen zu ermitteln, wird in der Intervention von BESSER gesund leben das Arbeitsblatt „Gute Dinge über mich“ modifiziert nach Lindmeier (2018) (77) verwendet. In dieses Arbeitsblatt werden Stärken nach den Kategorien „bei der Arbeit“, „mit Menschen“ und „in der Freizeit“ eingetragen oder als Bild eingeklebt. Sogenannte Stärken-Karten, die beispielhafte Stärken aufzeigen, können als Unterstützung verwendet werden. Ein weiteres Arbeitsblatt „Ressourcenkarte“ dient dem Aufzeigen vorhandener oder fehlender materieller und struktureller Ressourcen. Die sozialen Ressourcen werden gesondert in Form der Netzwerkkarte erfasst, die im Folgenden beschrieben wird.

Begründung: Die Ressourcenkarte soll aufzeigen, welche persönlichen, sozialen, materiellen und strukturellen Ressourcen dem*der Teilnehmenden zur Verfügung stehen. Sie hilft dabei, die Stärken des*der Teilnehmenden und sein*ihr Bewusstsein für diese zu erfassen. Durch das Sichtbarmachen der Stärken kann die Selbstwirksamkeit des*der Teilnehmenden gefördert werden, die wiederum essenziell für Prozesse der Verhaltensänderung ist. Ressourcen spielen als Schutzfaktoren bei der Bewältigung von Stresssituationen und dem Umgang mit Anforderungen eine entscheidende Rolle. Sie bilden das Grundgerüst für die Resilienz und das Kohärenzgefühl aus dem Salutogenese Modell. Auch beim Empowerment Ansatz ist das Prüfen und Sammeln von Ressourcen Ausgangspunkt des Handelns, um Menschen zu befähigen, ein selbstbestimmtes Leben zu führen.

Empfehlung: Aufgrund des zentralen Stellenwerts der Ressourcen, sollte die Ressourcenarbeit bei allen Phasen des Projekts im Vordergrund stehen. Es gilt immer wieder aufs Neue, Ressourcen zu erkunden, aufzuzeigen und einzusetzen. Zudem sollten Ressourcen, wenn möglich auch neu geschaffen werden, was zum Beispiel durch die Förderung von Gesundheitskompetenz oder den Ausbau des sozialen Netzes erfolgen kann.

Netzwerkkarte

Beschreibung: Eine Netzwerkkarte ist eine visuelle Darstellung von formellen und informellen Beziehungen und Unterstützungsstrukturen rund um eine Person. Sie kann je nach Einsatz quantitative und qualitative Daten aufzeigen. Das heißt, es kann sowohl die Menge der Personen im Netzwerk erfasst werden, als auch die Qualität der Beziehungen. Bei BESSER gesund leben wird ein Arbeitsblatt mit dem Titel „Wichtige Personen in meinem Leben“ modifiziert nach Lindmeier (2018) (77) als Netzwerkkarte verwendet. Der*die Teilnehmende selbst steht in der Mitte. Die selbst gewählten Personen im Netzwerk des*der Teilnehmenden werden nach Kategorien (Familie, Freizeit, Arbeit und Assistenten) in die Netzwerkkarte eingetragen. Er*sie entscheidet selbst, welche Personen eingetragen, bzw. mithilfe von Spielfiguren aufgestellt werden sollen. Letzteres

bietet nach der Aufstellung die Möglichkeit, die richtige Position der Figur auf dem Arbeitsblatt zu erfüllen und anschließend durch Aufschreiben zu fixieren. Zudem kann durch eine entsprechende Entfernung der Figuren zur „Ich“-Figur die Qualität der Beziehung angedeutet werden. Die Qualität der Beziehung sollte im Anschluss unbedingt tiefergehend ermittelt werden. Dies kann mithilfe des Arbeitsblattes „Was bekomme ich von wem?“ erfolgen. Hierbei werden Bildkarten mit unterschiedlichen Unterstützungsleistungen, wie „Tröstet mich“, „Bringt mir etwas bei“ oder „Umarmt mich“ einzelnen Personen im Netzwerk zugeordnet (74).

Begründung: Die Netzwerkkarte soll aufzeigen, wer im Umfeld des Teilnehmenden eine Ressource oder mögliche unterstützende Person darstellt. Zudem kann die Erstellung einer Netzwerkkarte dem*der Teilnehmenden helfen, sich selbst besser kennenzulernen und sein*ihr Unterstützungssystem bewusst wahrzunehmen. Soziale Unterstützung stellt ein Schutzfaktor dar, der einen großen Einfluss auf die Resilienz einer Person nehmen kann. Die Netzwerkkarte liefert Hinweise auf das Vorhandensein oder Fehlen von sozialer Unterstützung.

Empfehlung: Bei der Umsetzung der Verhaltensänderung kann es im späteren Verlauf hilfreich sein, unterstützende Personen mit einzubeziehen. Besonders relevant ist das soziale Netzwerk auch bei Teilnehmenden mit höherem Unterstützungsbedarf. Um bei fehlenden sozialen Kontakten, die soziale Unterstützung auszubauen, kann eine Erweiterung des sozialen Netzes hilfreich sein. Darum spielt auch Teilhabe eine zentrale Rolle im Projekt. Das Gefühl der Zugehörigkeit kann die Selbstwirksamkeit fördern, was wiederum die Veränderung des Gesundheitsverhaltens positiv beeinflussen kann. Die Netzwerkkarte sollte im Prozess immer wieder mit einbezogen werden und bei Veränderungen im Netzwerk angepasst werden.

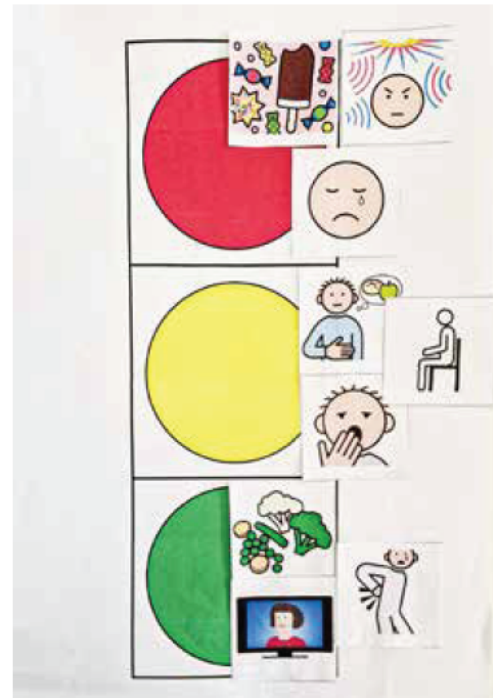
Ampel-Methode

Beschreibung: Die Ampel-Methode ist ein Instrument, welches im Prozess der Verhaltensänderung bei der Zielfindung und Maßnahmenplanung unterstützen kann. Sie wurde für das Projekt BESSER gesund leben in Anlehnung an das HAPA-Modell (siehe Kapitel 2.3) entwickelt und wird in erste Linie bei der Erstellung des Präventionsplans verwendet. Gearbeitet wird mithilfe von Aussagenkarten zu den vier Themenbereichen (Ernährung, Bewegung, Stress und Sucht), Bildkarten und dem Symbol einer Ampel. Der*die Teilnehmende beschäftigt sich mit unterschiedlichen Aussagen zu den Themenbereichen, wie „Ich trinke wenig“, „Ich sitze viel“ oder „Ich bin oft traurig“ und kreuzt Zutreffendes an. Anschließend bewertet er*sie sein*ihr Verhalten und gibt an, ob er*sie eine Verhaltensänderung anstrebt oder nicht. Hier sollte, wenn möglich, auch schon der Grund, also die Frage nach dem „Warum“, überprüft werden, um das Verfolgen extrinsisch motivierter Ziele zu vermeiden. Anschließend werden Ziele formuliert und passende Maßnahmen geplant, um diese zu erreichen.

Begründung: Die Anwendung der Ampelmethode erleichtert das Finden von passenden Zielen und Maßnahmen, in dem sie auf vermeintliches Risikoverhalten (wenig Trinken, viel Sitzen) aufmerksam macht. Zudem berücksichtigt sie den Motivationsmodus (extrinsisch/intrinsisch), der für den Erfolg einer langfristigen Verhaltensänderung ausschlaggebend ist. Die Kommunikation und der Selbstreflexionsprozess werden mithilfe der Bildkarten und der Ampel unterstützt. Durch die Anordnung der Bildkarten auf der Ampel können Gefühle zum Ausdruck gebracht werden, die von dem Teilnehmenden verbal vielleicht nicht kommuniziert werden können. Die Farben der Ampel unterstützten diesen Prozess.

Empfehlung: Auf den Einsatz der Ampelmethode kann verzichtet werden, wenn bereits konkrete Ziele und Maßnahmen vorliegen. Zudem kann die Methode für Teilnehmende mit höherem Unterstützungsbedarf zu komplex sein. Die Bildkarten zu den Themenbereichen und die Ampel können auch ohne die Aussagenkarten als Gesprächsgrundlage verwendet werden

Anwendung Ampel-Methode



Präventionsplan

Beschreibung: Der Präventionsplan dient zur schriftlichen Fixierung der Ziele und Maßnahmen. Darüber hinaus enthält er noch Angaben zu eigenen Stärken und wertvollen Unterstützern. Er zeigt einen Weg, der hinauf auf einen Berg, zum Ziel führt. Hier werden die von dem*der Teilnehmenden selbst formulierten Ziele in Text- oder Bild-Form festgehalten. Die Maßnahmen können je nach Priorität auf dem Weg fixiert werden (z. B. kurzfristige Ziele ganz nach vorne, langfristige weiter hinten). Unter „Meine Stärken“ werden die Stärken aufgeschrieben oder aufgeklebt, die das Erreichen der Ziele unterstützen könnten. Auch persönliche Unterstützer werden unter „Wer ist für mich da?“ auf dem Plan fixiert.

Begründung: Durch die schriftliche Fixierung der Ziele und Maßnahmen haben alle Beteiligten einen klaren Überblick über die geplanten Schritte. Sie sorgt für Klarheit, Struktur, Orientierung und Sicherheit. Fortschritte können regelmäßig überprüft und gemessen werden. Zudem kann der*die Teilnehmende seinen*ihren Fortschritt gut nachvollziehen. Erfolge werden sichtbar, was die Selbstwirksamkeit und Motivation steigert. Durch die gemeinsame Entwicklung und Erstellung des Präventionsplanes wird die Eigenverantwortung für die Zielerreichung des*der Teilnehmenden erhöht. Der*die Teilnehmer*in wird aktive Gestalter*in des Prozesses.

Empfehlung: Bei der Erstellung des Planes ist dringend darauf zu achten, dass dieser gemäß der Grundhaltung der Motivierenden Gesprächsführung und der sozialraumorientierten Arbeitsweise nicht von der Pflege- und Gesundheitsexpert*in vorgegeben wird, sondern von dem*der Teilnehmenden eigenverantwortlich und mit Entscheidungsfreiheit erstellt wird. Im Anschluss kann der Präventionsplan von dem*der Teilnehmer*in und der Pflege- und Gesundheitsexpert*in als Symbol der gemeinsamen Vereinbarung unterschrieben werden. Der Plan sollte in regelmäßigen Zeitabständen evaluiert und aktualisiert werden.



Abbildung 15: Präventionsplan (erstellt von Sophie B. Santos)

4.2.3 Durchführung

Im folgenden Kapitel wird die praktische Durchführung der Intervention beschrieben. Die Teilnehmer*innen werden im Eins-zu-eins-Kontakt begleitet, das heißt jeder Person ist ein*e Pflege- und Gesundheitsexpert*in zugeordnet. Die ersten zwei Präventionsbesuche finden in Zweier-Teams statt, wobei der*die begleitende Pflege- und Gesundheitsexpert*in sich im Hintergrund hält und es dem*der Kolleg*in ermöglicht, die Beziehung zum*zur Teilnehmer*in aufzubauen. In den Beschreibungen der Präventionsbesuche wird die Rollenverteilung deutlich.

Bevor die praktische Durchführung der Intervention detailliert beschrieben wird, geht es um die Rahmenbedingungen, die wichtig für eine erfolgreiche gemeinsame Arbeit mit den Teilnehmenden sind.

4.2.3.1 Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Zusammenarbeit



Das Arbeiten am eigenen Lebensstil mit persönlichen Zielen fordert von den Teilnehmenden großes Vertrauen zu seiner*ihrer Pflege- und Gesundheitsexpert*in. Deshalb ist es wichtig, dass die Teilnehmenden sich bei den Terminen sicher und wohl fühlen. Im Vorfeld und auch immer wieder im Verlauf ist zu klären, was der*die Teilnehmer*in braucht, um sich wohlfühlen (95). Möchte die Person z.B. Hausbesuche erhalten, sich am Arbeitsplatz oder im Büro der Pflege- und Gesundheitsexpert*in treffen? Wünscht er*sie sich eine Begleitung durch eine Vertrauensperson oder möchte er*sie lieber alleine teilnehmen? Was dem*der Teilnehmenden Sicherheit geben kann, ist sehr individuell. Dies sollte unbedingt berücksichtigt werden.

Die Atmosphäre während der Treffen ist von großer Bedeutung. Der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in sollte, soweit er*sie kann, auf eine gemütliche Atmosphäre achten. Der Raum sollte nicht zu warm und nicht zu kalt sowie gut gelüftet sein. Legere Kleidung vermittelt ein Arbeiten auf Augenhöhe.

Für Sicherheit können auch Rituale sorgen. Der Ablauf der Termine sollte möglichst immer gleich strukturiert sein. Der Einsatz eines Rituals zu Beginn des Termins macht klar, dass die gemeinsame Arbeitsphase nun beginnt. Rituale können sehr unterschiedlich sein und sich auch individuell im Verlauf mit dem Teilnehmenden finden (95). Bei BESSER gesund leben wird die Befindlichkeitsskala genutzt, um den Termin ein- und auszuläuten. Zudem erfolgt zum Abschluss die Vereinbarung des nächsten Termins. Entscheidend ist dabei nicht, in welcher Reihenfolge die einzelnen Schritte erfolgen, sondern, dass die Reihenfolge immer beibehalten wird. Während der Termine sollten Störungen möglichst vermieden werden. Es sollte keinen Zeitdruck geben, da dieser zu einer angespannten Stimmung führen kann.

→ DOKUMENTATION:

Alle im Rahmen der Intervention stattfindenden Prozesse sollten mithilfe eines Dokumentationssystems kontinuierlich dokumentiert werden. Eine genauere Erläuterung der Dokumentation erfolgt im Kapitel 4.2.3).

4.2.3.2 Erster Präventionsbesuch: Beziehungsaufbau

ZIEL

Der erste Präventionsbesuch dient vor allem dem gegenseitigen Kennenlernen und dem Vertrauensaufbau. Des Weiteren gelangt der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in zu einer ersten Einschätzung der Voraussetzungen, bzgl. der zu wählenden Methoden/Rahmenbedingungen in der Zusammenarbeit mit dem*der Teilnehmer*in.

ABLAUF

Vorbereitung: Bei einem Vorabtelefonat holt der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in erste Informationen ein, sofern diese nicht schon bei der Anmeldung bzw. erstem Kontakt erfragt wurden. Die Checkliste Vorabgespräch kann als Leitfaden dafür herangezogen werden.

Im Vorfeld ist zu klären, in welchem Rahmen sich der*die Teilnehmer*in wohlfühlt. Außerdem kann sich der*die Teilnehmer*in dazu äußern, ob er*sie sich Begleitung durch eine Vertrauensperson wünscht und ob es relevante Einschränkungen gibt, die für das Gespräch wichtig sind.

Durchführung: Den ersten Termin führen zwei Pflege- und Gesundheitsexpert*innen im Team durch. Eine Person übernimmt die gesprächsführende Rolle, die andere hält sich beobachtend im Hintergrund und übernimmt die Dokumentation. Der*die zweite Pflege- und Gesundheitsexpert*in kann zur Einschätzung des*der Teilnehmer*in beitragen und ermöglicht es dem*der gesprächsführenden Pflege- und Gesundheitsexpert*in, sich ganz auf den*die Teilnehmer*in zu konzentrieren. Die Rahmenbedingungen werden, soweit möglich, für den Beziehungsaufbau förderlich gestaltet. Hier bietet es sich an die Grundsätze der Motivierenden Gesprächsführung einzusetzen.

Zu Beginn des Termins werden dem*der Teilnehmer*in die Rollen und Aufgaben der zwei Pflege- und Gesundheitsexpert*innen erklärt. Auch die Rolle der Vertrauensperson wird in Abstimmung mit dem*der Teilnehmer*in geklärt.

Bereits beim ersten Termin führt der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in ein Ritual ein, das zu Beginn und zum Ende eines jeden Treffens eingesetzt wird. Durch den Einsatz der Befindlichkeitsskala lässt sich gleichzeitig eine kleine Übung zur Selbstwahrnehmung sowie Evaluation des Termins durchführen.

Für Sicherheit können auch Rituale sorgen. Der Ablauf der Termine sollte möglichst immer gleich strukturiert sein.

Motivationskarte



Als weiterer Schritt ist es wichtig, noch einmal den Rahmen der Zusammenarbeit zu klären. In einer Informationsbroschüre zur Intervention und Zusammenarbeit (Leichte Sprache), sowie ggf. unterstützt mit den entsprechenden Bildern (z.B. Metacom-Symbolkarten)), werden der Fokus, die Inhalte und der zeitliche sowie strukturelle Horizont festgelegt.

Mittels eines Stammdatenblatts können nötige Daten gesammelt werden, z. B. über die gesundheitlichen Umstände und Lebensumstände allgemein. In diesem Zusammenhang bietet es sich an, den Datenschutz⁴ zu erklären und eine Schweigepflichtentbindung einzuholen.

Als Kernstück des ersten Präventionsbesuchs wird das biografische Brettspiel eingesetzt. Aus verschiedenen Themenbereichen werden Bildkarten als Gesprächsanlässe ausgelegt und mit Spielfiguren und Würfeln abgelaufen.

Der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in begleitet das Gespräch mit Fragen, die sowohl die aktuelle Situation, wie auch vergangene Erfahrungen betreffen. Der*die zweite Pflege- und Gesundheitsexpert*in dokumentiert alle für die weitere Zusammenarbeit wichtigen Informationen. Leitend ist dabei der Fokus auf Aussagen, die auf mögliche Präventionsziele und gesundheitliche Fragestellungen hinweisen, was den*die Teilnehmer*in begeistert bzw. motiviert und ob womöglich schwierige Vorerfahrungen mit Gesundheitsthemen bestehen.

Wenn alle Spielkarten abgehandelt wurden, können sich daraus schon die ersten Präventionsziele oder die Motivation zur Teilnahme ableiten lassen. Diese werden dann bildlich oder schriftlich auf einer Motivationskarte festgehalten, die der*die Teilnehmer*in sichtbar platzieren kann. Dadurch bleibt das Ziel/die Motivation bis zum nächsten Besuch präsent und erleichtert den Einstieg beim zweiten Treffen.

Zum Schluss wird, passend zum ersten Ziel, ein themenbezogenes Give-away ausgegeben, das mit einer ersten kleinen Aufgabe zum Gesundheitsförderungs- und Präventionsziel verbunden wird. Das kann zum Beispiel sein, sich bei einem Stressball zu merken, in welchen Situationen man ihn benutzen musste. Oder sich in einer Brotdose eine gesunde Mahlzeit einzupacken oder kleine Übungen mit einem Gymnastikband durchzuführen. Um den Besuch abzurunden, wird ein neuer Termin abgesprochen. Bewährt hat sich hier eine Terminkarte, die mit einem Bild des*der Pflege- und Gesundheitsexpert*in gut sichtbar an den nächsten Termin erinnert. Der*die Teilnehmer*in kann dann noch auf der Befindlichkeitsskala zeigen, wie die aktuelle Stimmung ist. Der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in schließt hier eine Kurzevaluation an, mit Fragen wie: „Was war der Grund für die Bewertung. Lag es an unserem Treffen? Was müsste anders sein, dass es für Dich/Sie besser ist? Was hat Dir/Ihnen gut gefallen?“ Damit endet der erste Präventionsbesuch.

Nachbereitung: Nach dem Termin ergänzen beide Pflege- und Gesundheitsexpert*innen die Dokumentation und tauschen sich über ihre Eindrücke und Einschätzungen aus.

ERFAHRUNGEN/REFLEXION

Es hat sich vielfach gezeigt, dass es sinnvoll ist, im Vorfeld des ersten Besuchs telefonisch Kontakt aufzunehmen. So können viele Hürden für einen erfolgreichen Beziehungsaufbau gemindert werden und der*die Teilnehmer*in wird an den bevorstehenden ersten Besuch erinnert.

Der erste Präventionsbesuch ist für eine Dauer von 90 Minuten konzipiert. Da die Zielgruppe bezüglich ihrer individuellen Bedürfnisse, Kompetenzen und Kapazitäten sehr heterogen ist, kann der zeitliche Rahmen natürlich variieren und ggf. auch in zwei Terminen stattfinden.

Das Biografische Brettspiel kann individuell an den*die Teilnehmer*in und die Situation angepasst werden. Es können Wort- oder Bilderkarten genutzt werden, die Anzahl der Karten reduziert oder erweitert werden und sofern gewünscht und sinnvoll, auch die Begleitpersonen einbezogen werden.

Den ersten Termin zu zweit wahrzunehmen, ist zu empfehlen. Der*die gesprächsführende Pflege- und Gesundheitsexpert*in kann sich ganz auf den*die Teilnehmer*in konzentrieren, während der*die zweite Pflege- und Gesundheitsexpert*in dokumentiert. So gehen weniger Informationen verloren. Die anschließende Fallbesprechung ist für die weitere Arbeit sehr hilfreich und auch im Verlauf kann es für das individuelle Fallmanagement vorteilhaft sein, wenn ein*eine zweite*r Pflege- und Gesundheitsexpert*in einen Eindruck des*der Teilnehmer*in hat. Es wirkt auch unterstützend, nicht alleine eine unbekannte Häuslichkeit aufsuchen zu müssen. Es besteht die Möglichkeit, in eine überfordernde Situation zu geraten, der im Team adäquater begegnet werden kann.

⁴ Datenschutzgrundverordnung (100)

4.2.3.3 Zweiter Präventionsbesuch: Erfassung Gesundheitssituation und individueller Bedarfe

ZIEL

Der zweite Präventionsbesuch dient der Erfassung der gesundheitlichen Situation und der individuellen Bedarfe der Teilnehmenden. Der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in bekommt einen umfangreichen Eindruck zu den Lebensumständen, zu den Beziehungen und zu den gesundheitlichen Bedarfen des*der Teilnehmenden.

ABLAUF

Vorbereitung: Zur Vorbereitung reflektiert der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in den letzten Besuch und passt ggf. die Kommunikationsstrategie und das Material des zweiten Besuchs an. Zum Beispiel wird das Material angepasst, indem mehr Symbole benutzt werden oder Arbeitsblätter überarbeitet und an das Lernniveau angeglichen werden. Um die Gesundheitssituation und die individuellen Bedarfe besser erfassen zu können, muss ggf. das Unterstützungssystem befragt werden. Falls noch nicht geschehen, klärt der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in, wer aus Sicht des Teilnehmenden befragt werden darf und wer in der Lage ist, zuverlässige Informationen zu geben, z. B. Betreuung, Assistenz etc.

Durchführung: Den zweiten Termin führen wieder zwei Pflege- und Gesundheitsexpert*innen im Team durch. Wobei die eine Person wieder die gesprächsführende Rolle übernimmt. Die andere hält sich beobachtend im Hintergrund und übernimmt die Dokumentation.

Zu Beginn des Termins werden, sofern nötig, dem*der Teilnehmer*in wieder die Rollen- und Aufgabenverteilung der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen erklärt. Auch die Rolle der Vertrauensperson wird erneut in Abstimmung mit dem*der Teilnehmer*in geklärt.

Der*die gesprächsführende Pflege- und Gesundheitsexpert*in setzt das Ritual der Befindlichkeitsskala ein. Das wird zum Anlass, darüber zu sprechen, wie es dem*der Teilnehmer*in zwischenzeitlich ergangen ist und wie der*die Teilnehmer*in die kleine Aufgabe mit dem Give-away umsetzen konnte. Die Motivationskarte kann zu diesem Zeitpunkt ebenfalls thematisiert werden.

Der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in beschreibt den Inhalt des Treffens. Bei den anstehenden Assessments und dem großen Umfang an Informationen, die über die Teilnehmer*innen gesammelt werden, ist es wichtig, detailliert darzulegen, wofür diese Daten gesammelt werden, erneut auf den Datenschutz und die Schweigepflicht hinzuweisen und die Freiwilligkeit zu betonen. Der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in beginnt flexibel mit dem Assessment, das für den*die Teilnehmer*in in der aktuellen Situation am geeignetsten erscheint. Wurde zum Beispiel zuletzt über den Wunsch gesprochen, mehr Bewegung in den Alltag zu bringen, bietet es sich an, mit dem Assessment Bewegung zu beginnen. Die anderen drei Assessments der Präventionsfelder: Assessment Ernährung, Assessment Stressmanagement und Assessment Suchtprevention, sowie ein Fragebogen, angelehnt an das InterRAI ID, werden erfasst. Durch

die Assessments lassen sich die individuellen Handlungsbedarfe eingrenzen und durch die Erfassung der medizinischen und persönlichen Vorgeschichte, mögliche Hindernisse und förderliche Faktoren für die Erreichung von Präventionszielen ableiten.

Ein weiterer Fokus liegt auf dem Netzwerk und den Ressourcen der Person. Diese spielen im Laufe der Begleitung bei der Umsetzung und Zielerreichung eine zentrale Rolle. **Um die Gesprächssituation aufzulockern, sind Teile der Assessments und die Erhebung der Netzwerke und Ressourcen (Netzwerkkarte und Ressourcenkarte) mit interaktiven Methoden durchzuführen.**

Die Ressourcenorientierung der Intervention impliziert die Auseinandersetzung mit den Ressourcen der Teilnehmer*innen. Eine motivierende und stärkende Übung und zugleich ein Erhebungstool ist das Arbeitsblatt „Gute Dinge über mich“. Der*die Teilnehmer*in wird angeregt, sich über seine*ihre Stärken Gedanken zu machen und diese zu verschriftlichen oder mit Bildern zu hinterlegen. Dazu können Beispiele mitgebracht werden, diese erweitern den Vorstellungs- und Kreativraum, sie regen die Selbstreflexion an.

Wenn persönliche oder sachliche Ressourcen noch nicht ausreichend thematisiert wurden, wird die Ressourcenkarte eingesetzt, die sowohl vorhandene persönliche und sachliche Ressourcen erhebt, als auch fehlende Ressourcen thematisiert.

Die Assessments und Erhebungstools werden so vollständig wie möglich ausgeführt. Fehlende Informationen werden nach Absprache mit dem*der Teilnehmer*in im Nachgang mithilfe einer Bezugsperson ergänzt.

Zum Abschluss des Termins wird wieder die Befindlichkeitsskala eingesetzt. Der*die Teilnehmer*in kann hier die aktuelle Stimmung und Gefühle ausdrücken. Kommt dabei heraus, dass er*sie sich unwohl oder vielleicht zu sehr ausgefragt fühlt, kann der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in das thematisieren und auffangen.

Nachbereitung: Die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen vervollständigen die Dokumentation und teilen ihre Eindrücke und Einschätzungen aus den erhaltenen Informationen.

ERFAHRUNGEN/REFLEXION

Die Freiwilligkeit an der Teilnahme muss immer wieder thematisiert werden. Vor allem bei der Durchführung der Assessments, da dort sehr persönliche Fragen gestellt werden. Ein zielgruppensensibles Vorgehen ist hierbei besonders wichtig. Viele Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung haben Erfahrungen mit Fremdbestimmung gemacht. Um den Raum der Willensorientierung offen zu halten, ist es wichtig, sich diese Haltung immer wieder bewusst zu machen und dem Gegenüber zu kommunizieren.

Die umfangreichen Fragen können auch schwierige Erfahrungen bis Traumata der Teilnehmer*innen berühren. Die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen werden dazu im Rahmen des Schulungscurriculums zum zielgruppensensiblen Umgang geschult (siehe Kapitel 3.2) und können angemessen empathisch reagieren. Auch im weiteren Verlauf der Begleitung, wenn sich die Beziehung vertieft hat, kann es immer wieder vorkommen, dass

Teilnehmer*innen sich mit schwierigen Themen den Pflege- und Gesundheitsexpert*innen anvertrauen. Hier sind die regelmäßigen Fallbesprechungen und Supervisionen der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen wertvoll, um einen gemeinsamen Umgang zu finden.

Der Termin zur Erfassung der gesundheitlichen Situation und den individuellen Bedarfen ist inhaltlich und zeitlich sehr umfangreich. Es bietet sich deshalb an, den zweiten Präventionsbesuch in zwei Termine aufzuteilen. Eine empfehlenswerte Kombination ist, jeweils einen Fragenblock mit einem kreativen Teil zu verbinden und in zwei Terminen durchzuführen.

4.2.3.4 Dritter Präventionsbesuch: Entwicklung Ziele und Präventionsplan

ZIEL

Gemeinsames Erkunden des Veränderungswillens und Erstellen eines Plans mit Zielen und Maßnahmen für Prävention und Gesundheitsförderung.

ABLAUF

Vorbereitung: Die Erfassung der gesundheitlichen Situation und der individuellen Bedarfe und Bedürfnisse sollte weitestgehend abgeschlossen sein. Vorbereitend analysiert die Pflege- und Gesundheitsexpert*in die bisherige Dokumentation, um zu einer Einschätzung zu gelangen, wo mögliche Handlungsfelder für Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen liegen.

Durchführung: Beim dritten Präventionsbesuch, der Zielfindung und -klärung und Maßnahmenplanung, werden die Weichen für die nächsten Monate der Zusammenarbeit gestellt.

Zu Beginn des Termins wird wieder die **Befindlichkeitsskala** herangezogen, der*die Teilnehmer*in kann erzählen, wie es ihm*ihr aktuell geht und wie es ihm*ihr seit dem letzten Treffen ergangen ist. Auch die Motivationskarte wird wieder thematisiert.

Dann wird der **Präventionsplan** eingeführt. Daran wird erklärt, dass für die Zusammenarbeit ein übergeordnetes gesundheitsbezogenes Ziel formuliert wird, das sich bildlich auf einem Berg befindet. Auf dem Weg dahin werden Maßnahmen und Teilziele festgehalten, die den*die Teilnehmer*in dorthin bringen werden.

Das übergeordnete Ziel wird den Vorlieben des*der Teilnehmenden entsprechend formuliert. Der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in unterstützt dabei, indem sie zum Beispiel, gemäß dem Zürcher Ressourcen Modell, hilft, ein Haltungs- oder Mottoziel zu entwickeln oder eher auf ein Annäherungs- als ein Vermeidungsziel hinweist.

Um die Teilziele und konkreten Maßnahmen zu ermitteln, kann die **Ampel-Methode** herangezogen werden. Das Tool ermöglicht, mittels Bildern, sowohl die Handlungsfelder, als auch den Änderungswillen zu erfassen. Es werden aus allen Präventionsfeldern Problemstellungen abgefragt.

Präventionsplan



Ampel- Methode



Der*die Teilnehmer*in gestaltet den Plan nach seinen*ihrer Vorlieben und seiner*ihrer Systematik. Der Präventionsplan soll motivierend wirken und individuell ansprechend sein. Der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in hält die Handlungsbedarfe und den Änderungswillen, entsprechend dem Stand der Person bzgl. der Stadien des transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung, fest.

Ressourcen/Stärken werden ebenfalls auf dem Plan festgehalten, genauso wie das motivierende und unterstützende Umfeld.

Zum Schluss der Planung betont der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in die Rollenverteilung der zukünftigen Zusammenarbeit. Mit dem Bild eines Tandems kann verdeutlicht werden, dass der*die Teilnehmer*in bestimmt, wo er*sie hinwill und der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in auf dem Beifahrersitz mit seiner*ihrer Fachexpertise hilft, das Ziel zu erreichen. Damit wird die Eigenverantwortlichkeit und- motivation in den Mittelpunkt gestellt.

Zum Abschluss wird noch besprochen, mit welcher Maßnahme oder welchem Teilziel die Begleitung der Umsetzung beginnen soll und was beim nächsten Treffen konkret angegangen wird.

Mit der **Befindlichkeitsskala** und der Gelegenheit für den*die Teilnehmer*in über die Zusammenarbeit zu reflektieren, endet auch dieser Besuch.

Nachbereitung: Der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in bespricht mit dem*der Kolleg*in, der*die ihn*sie in den vergangenen Präventionsbesuchen begleitet hatte, die Dokumentation. Sie entwickelt bereits ein erstes skizzenhaftes Vorgehen für die Zielerreichung und sammelt Ideen für externe Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebote sowie für selbst zu erbringenden Leistungen.

ERFAHRUNGEN/REFLEXION

Die **Ampel-Methode** thematisiert die häufigsten Problemstellungen aus den Bereichen Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Suchtprävention. Das kann helfen, Teilziele und Maßnahmen zu präzisieren und mit Ideen zu hinterlegen. So wird der Präventionsplan persönlicher und bedeutungsvoller für die Teilnehmer*innen. Gegebenenfalls werden auch Bereiche abgefragt, die die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen, nach der Erfassung der gesundheitlichen Situation und den individuellen Bedarfen, als mögliche Handlungsfelder identifiziert haben, die der*die Teilnehmer*in aber bisher nicht selbst benannt hat. Hier kann eine Einschätzung bzgl. des transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung stattfinden. Es wird klarer, ob der*die Teilnehmer*in sich zum Beispiel der gesundheitsschädlichen Wirkung nicht bewusst ist und Informationen und Sensibilisierung benötigt, um eine Verhaltensveränderung in Betracht zu ziehen oder ob er*sie sich dessen bewusst ist, aber nicht die entsprechende Motivation zur Verhaltensveränderung vorliegt. So kann sensibel angefragt werden, ob man das Thema im Verlauf der Zusammenarbeit doch einmal aufgreifen könnte, ohne den Willen des Menschen, der eine Verhaltensveränderung ablehnt, zu übergehen.

Die bildliche Darstellung durch den Präventionsplan ist sehr niedrigschwellig und sowohl für Bilder als auch Schrift geeignet. Auf die Motivation wirken sich bildliche Darstellungen positiver aus, als Listen oder Sätze. Im Züricher Ressourcen Modell wurde das ausführlich thematisiert und im weiteren Verlauf der Begleitung werden einige Methoden daran angelehnt eingesetzt.

Es gibt immer wieder Teilziele, die sich nicht direkt den vier Präventionsfeldern Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Suchtprävention zuordnen lassen, aber wichtige Maßnahmen und Schritte auf dem Weg zum Gesundheitsziel darstellen. Das können z. B. Maßnahmen der Mobilität sein oder das Finden einer Begleitperson. Diese Ziele werden ebenfalls verschriftlicht/verbildlicht festgehalten.

Für Menschen mit einer Seheinschränkung oder blinde Menschen können die Ziele z. B. in einer Audiodatei festgehalten werden. Für diese Zielgruppe bietet es sich generell an, eher auditive und haptische Materialien zu nutzen.

Methoden Begleitung:

Willenserkundung
Partizipation
Empowerment
Motivationsarbeit
Kohärenz
Zieloptimierung
Eduktion
Alltagstransfer der Themen

4.2.3.5 Umsetzung und Begleitung der Präventionsmaßnahmen

ZIEL

In der Phase der mehrmonatigen Begleitung, leisten die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen eine individuelle Unterstützung bei der Umsetzung von Maßnahmen zum Erreichen der Nah- und Fernziele. Sie vermitteln zu bestehenden Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention und helfen in dem Zusammenhang auftauchende Barrieren abzubauen und zu überwinden. Sie fördern den Aufbau von Gesundheitskompetenz, Partizipation und Empowerment bei den Teilnehmer*innen und ggf. in deren Unterstützungssystemen. Übergeordnet steuern und koordinieren die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen die Versorgungsprozesse und initiieren strukturelle Veränderungen im Sozialraum der Teilnehmer*innen.

ABLAUF

Vorbereitung: Zur Vorbereitung der Begleitungsphase, analysiert der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in die bisher gesammelten Informationen über den*die Teilnehmer*in und deren individuelle Präventions- und Gesundheitsförderungsziele. Es beginnt die zielgerichtete Arbeit an Motivation, Ideensammlung oder auch direkt an deren Umsetzung.

Durchführung: Die individuelle Begleitung wird unter anderem anhand der Stufen des transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung (TTM) geplant.

Für Teilnehmer*innen, die sich in der Absichtslosigkeit (Stufe 1 TTM) befinden, bietet es sich an, Sensibilisierung, Aufklärung und Wissensvermittlung in den vier Präventionsbereichen, z. B. durch Arbeitsblätter, digitale Tools (Apps, Spiele, etc.) durchzuführen. Dazu nutzen die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen aktuelle wissenschaftliche Evidenz, die zielgruppengerecht angepasst wird. Außerdem werden noch einmal der Wille und die Bedürfnisse bezüglich möglicher Ziele geklärt.

Teilnehmende, die Absichten und Ideen haben (Stufe 2 TTM), können das Ziel nachschärfen, an ihrem Motivationsmodus arbeiten und sich auch schon auf den Weg machen, Erfahrungen in Angeboten zu sammeln.

Stufe 3 des TTM ist die Vorbereitung auf das konkrete Zielverhalten. Die Ressourcen und Möglichkeiten der Teilnehmer*innen werden in den Blick genommen und das Barrierenmanagement angestoßen. Hindernisse und Barrieren, sowie Wissensstand und Kompetenzen der Teilnehmer*innen sind sehr unterschiedlich. Das heißt, dass die Vermittlung in Angebote soweit wie nötig von den Pflege- und Gesundheitsexpert*innen unterstützt wird. Sie zeigen das bestehende Angebot und die Möglichkeiten auf, unterstützen bei der Kontaktaufnahme und Anmeldung, begleiten und üben ggf. die Wege oder unterstützen bei der langfristigen Organisation einer Begleitperson. Bezüglich der Leistungserbringenden schaffen die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen ein Bewusstsein für Barrieren und individuelle Bedürfnisse und tragen so dazu bei, dass inklusive Angebot von Gesundheitsförderung und Prävention zu erweitern. Der Prozess der Steuerung/Koordination der Versorgungsprozesse findet also auf zwei Ebenen statt. Zum einen werden anlassbezogen, das heißt für den individuellen und konkreten Fall, Anbieter*innen angesprochen und die Entwicklung der Angebotsstruktur hin zu mehr Inklusivität gefördert. Zum anderen findet auch die kooperative Koordinierung der leistungserbringenden Akteur*innen von Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und dem professionellen wie persönlichen Unterstützungssystem der Teilnehmer*innen statt. Das professionelle und persönliche Netzwerk der Teilnehmer*innen wird in der Zusammenarbeit und im Austausch unterstützt und gefördert. Die sektorenübergreifende, interdisziplinäre Zusammenarbeit erleichtert das Erkennen von Bedarfen und Versorgungslücken und gewährleistet die zielgerichtete Verbesserung des Gesundheitszustands. **Das Einbinden des professionellen sowie persönlichen Netzwerks erleichtert den Alltagstransfer von neu erworbenen Gesundheitskompetenzen und unterstützt die langfristige und nachhaltige Verhaltensänderung.**

Stufen des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung in der Begleitung

1. Absichtslosigkeit
2. Absichtsbildung
3. Vorbereitung
4. Handlung
5. Aufrechterhaltung
6. Stabilisierung

Bausteine der individuellen Begleitung:

Aufbau von Gesundheitskompetenz
Vermittlung in Angebote
Steuerung und Koordination des Versorgungsprozesses
Einbinden des sozialen Netzwerks

Beispiele der Begleitung:*Fitnessstudio**Schwimmkurse**Ernährungsberatung in Leichter Sprache**Gesundheits-Apps (z. B. Ernährung, Entspannung)**Entspannungskurse**Flirt-Kurs gegen Einsamkeit**Reiten**Reha-Sport Verordnung bei Ärzt*in ausstellen lassen**Suchtberatungsstellen**Therapeut*innensuche**Ärzt*innensuche**Computerkurse und Lese-Recht-schreibkurse zur Stärkung der Gesundheitskompetenz*

Die Zusammenarbeit der Teilnehmenden mit den Pflege- und Gesundheitsexpert*innen findet willensorientiert und partizipativ statt. Deshalb wird regelmäßig anhand des Präventionsplans überprüft, was schon erreicht wurde und ob die Ziele noch aktuell sind. Eventuell ist die Person bereit, in die nächste Stufe der Verhaltensänderung zu wechseln oder es gab Rückfälle oder neue Hindernisse.

In der Handlungsphase, Stufe 4 gemäß TTM, wenn die Teilnehmer*innen aktiv das Zielverhalten ausführen, werden sie von den Pflege- und Gesundheitsexpert*innen, bei Bedarf, hinsichtlich ihrer Motivation und regelmäßigen Reflexion unterstützt. Die Verhaltensänderung wird langfristig aufrechterhalten (Stufe 5 TTM), wenn sich der*die Teilnehmer*in seiner*ihrer Motivation bewusst ist und reflektieren kann, welche Ursachen es hat, wenn in Bezug auf das neue Gesundheitsverhalten unangenehme Assoziationen oder Erfahrungen auftauchen. Hier kann anhand des Kohärenzgefühls reflektiert werden. Das heißt, der*die Teilnehmer*in erfährt eine Sinnhaftigkeit seines*ihres Zielverhaltens, versteht was er*sie im Angebot/Kurs oder beim Zielverhalten tun soll und fühlt sich auch in der Lage, das umzusetzen ohne überfordert zu sein. Der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in unterstützt auch bei Rückfällen. Gemeinsam wird erkundet, wo die Hindernisse und Barrieren sind und wie der Neueinstieg in das Zielverhalten gelingen kann.

Wie bereits in den ersten drei Präventionsbesuchen, werden auch die Termine der individuellen Begleitung durch den Einsatz der Befindlichkeitsskala gerahmt. Die Skala bietet darüber hinaus auch die Möglichkeit, über das Befinden und Wohlergehen mit den Maßnahmen und Zielen ins Gespräch zu kommen.

Nachbereitung: Die einzelnen Begleitungstermine werden dokumentiert, um den Prozess evaluieren und die nächsten Schritte ableiten zu können. Diese Schritte sind z. B.

- Zusätzliche Personen aus dem Netzwerk der Teilnehmer*innen hinzuzuziehen.
- Anbieter*innen von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten anzusprechen oder aufzusuchen.
- ggf. Fälle, aufgrund ihrer Komplexität, in die regelmäßigen Fallbesprechungen mit den Kolleg*innen mitzunehmen und dort zu erörtern.

ERFAHRUNG/REFLEXION

Bei der individuellen Begleitung wird die Verzahnung der individuellen und strukturellen Ebene des spezifischen Fallmanagements deutlich. Die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen arbeiten sozialraum- und bedürfnisorientiert am konkreten Fall und können dadurch Ableitungen bezüglich der regionalen Versorgungslücken machen. Diese werden dann in die kommunalen Netzwerke zurückgespielt, in denen die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen aktiv sind.

Die Zeitspanne der Begleitung ist individuell sehr unterschiedlich. Abhängig davon, welche und wie viele Barrieren und Hindernisse überwunden werden müssen, gestaltet sich der Prozess zeitlich länger oder kürzer und auch die Häufigkeit der Begleitungstermine variiert.

4.2.3.6 Gruppenangebote**ZIEL**

Die Gruppenschulungen, bzw. der Gesundheitstag haben zum Ziel, in die vier Präventionsfelder Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Suchtprävention einzuführen und dafür zu sensibilisieren. Die Gruppe bietet die Möglichkeit, von den Erfahrungen anderer Teilnehmer*innen zu profitieren und sich mit Peers auszutauschen.

ABLAUF

Ein detaillierter Ablaufplan für ein Gruppenangebot in einem Termin (Gesundheitstag), bei dem alle vier Bereiche thematisiert werden, befindet sich im Anhang.

Vorbereitung: Für die Vorbereitung und Organisation der Gruppenangebote gibt es, aufgrund der Merkmale der Zielgruppe und der Barrieren, denen sie häufig begegnet, einiges zu bedenken. Anders als in den individuellen Begleitungen, zu denen die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen die Teilnehmer*innen aufsuchen können, muss ein Ort gefunden werden, an den möglichst alle Teilnehmer*innen niedrigschwellig und eigenständig gelangen. Die Erreichbarkeit ist die erste Hürde für die Teilnahme. Wenn dafür eine Begleitung nötig ist, muss diese mit ausreichend Vorlauf organisiert werden können. Eine Gruppengröße von 5-10 Teilnehmer*innen sollte erreicht werden. Die Teilnehmer*innen werden kurzfristig noch einmal an den Termin erinnert.

Durchführung: Die Gruppenangebote werden von zwei Pflege- und Gesundheitsexpert*innen durchgeführt. Ein*e Expert*in leitet durch die Veranstaltung, der*die zweite Expert*in ist verantwortlich für alle individuellen Bedürfnisse. Die Rollen können nach Absprache auch wechseln.

Zu Beginn der Veranstaltungen wird Orientierung geschaffen, damit die Teilnehmer*innen sich wohl und sicher fühlen und sich auf die Inhalte des Gruppenangebots konzentrieren können. Dazu werden allgemeine Verhaltensregeln erklärt, sich in einer kleinen Vorstellungsrunde bekannt gemacht und ein Überblick über die Rahmenbedingungen verschafft.

Auch bei den Gruppenangeboten bietet es sich an, das Ritual der **Befindlichkeitsskala** einzusetzen. Es ist ein bekanntes Element und kann einen vertrauten Rahmen herstellen.

Der Inhalt der Gruppenangebote ist eine Mischung aus Wissenserwerb, Selbsterfahrung und Erfahrungsaustausch. Die präsentierten Informationen basieren auf aktuellen, evidenzbasierten Empfehlungen, die zielgruppenspezifisch angepasst und vermittelt werden. Hinzu kommen praktische Übungen, die zum Mitmachen einladen sowie ausreichend Zeit, um über eigene Erfahrungen zu sprechen, sich auszutauschen und Fragen zu stellen. Ein Merkblatt soll außerdem die Nachhaltigkeit fördern.

Nachbereitung: Die Inhalte der Gruppenangebote werden in einer der nächsten individuellen Begleitungen aufgegriffen, wiederholt oder weiter vertieft. Mit ein paar Feedbackfragen wird eine Rückmeldung über die Methoden und Inhalte eingeholt.

ERFAHRUNG/REFLEXION

Organisation und Vorbereitung der Angebote sollten sorgfältig geplant werden. Die Teilnehmer*innen sind unterschiedlich mobil, vielfach in Erwerbstätigkeit oder anderen Tagesstrukturen eingebunden. Auch die Bereitschaft, sich in Gruppen aufzuhalten, ist unterschiedlich hoch.

Im Rahmen der Projektlaufzeit haben die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen zwei verschiedene Gruppenschulungskonzepte erprobt. In einem Konzept werden die vier Themenbereiche Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Suchtprävention in gesonderten Terminen durchgeführt. In jeweils 120 Minuten wird ein Themenbereich etwas ausführlicher behandelt. Teilnehmer*innen haben die Möglichkeit, sich entsprechend ihrer Interessenschwerpunkte zu den Angeboten anzumelden.

Das andere Konzept ermöglicht einen Einblick in alle vier Präventionsfelder in einer Veranstaltung. Das ist empfehlenswert, da die Teilnehmer*innen so auch für Themen sensibilisiert werden können, die sie sich, ihren Interessen folgend, nicht explizit ausgesucht hätten. Insbesondere für den Bereich Suchtprävention, der häufig nicht so viel Beachtung erfährt, stellt es die Chance dar, sehr niedrigschwellig zu sensibilisieren.

Als Durchführungsdauer haben sich auch hier 120 Minuten bewährt. Die Inhalte sollten individuell an die Kapazität der Teilnehmer*innen angepasst werden. Pausen können optional hinzugefügt und als bewegte Pause mit Spielen gestaltet werden. Es ist möglich, inhaltlich individuell anzupassen und ggf. zu kürzen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass bei manchen Gruppenkonstellationen Zeitnot entstehen kann, trotzdem sollte jeder Themenbereich angesprochen werden.

4.2.3.7 Finaler Präventionsbesuch: Reflexion und Verstetigung

ZIEL

Der*die Teilnehmer*in wird zur selbstständigen Ausführung der Präventionsmaßnahmen angeleitet. Die Nachhaltigkeit wird gefördert. Zur Motivationssteigerung werden Erfolge aus der Vergangenheit hervorgehoben.

ABLAUF

Vorbereitung: Im letzten Präventionsbesuch wird der finale **Präventionsplan** erstellt. Mit diesem Präventionsplan kann der*die Teilnehmer*in selbstständig oder mit Unterstützung einer Person aus ihrem sozialen Netzwerk weiterarbeiten. Dafür werden im Vorfeld, ggf. unter erneuter Anwendung der **Ampel- Methode**, aktuelle Ziele festgelegt. Außerdem wird der*die Teilnehmer*in das letzte Jahr reflektieren. Dafür werden im Vorfeld Erinnerungen und Erfolge gesammelt und Bilder für ein Erfolgsbild ausgewählt (z. B. anhand Metacom-Symbolkarten oder lizenzfreien Bildern aus dem Internet). Zur Unterstützung kann dafür der alte **Präventionsplan**, die Motivationskarte oder die Karten des **biografischen Brettspiels** genutzt werden. Der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in bringt diese Bilder zum finalen Präventionsbesuch mit. Sehingeschränkte und blinde Menschen möchten ggf. mit haptischen oder auditiven Materialien arbeiten, z. B. Keramik, Knete oder Aufnahme-App.

Wenn gewünscht, wird eine Bezugsperson eingeladen, mit der der*die Teilnehmer*in weiter an Themen der Gesundheitsförderung und Prävention arbeiten möchte. Durch diese Vorbereitung wird der Abschied schon thematisiert und die Teilnehmer*innen können sich entsprechend darauf einstellen.

Durchführung: Der Termin beginnt mit einem kurzen Gespräch über das aktuelle Befinden und aktuelle Geschehnisse, eingeleitet durch die **Befindlichkeitsskala**.

Erfolgsbild



Die Erfolge und Erlebnisse der Zusammenarbeit werden gewürdigt und bildlich bzw. haptisch oder auditiv festgehalten. Auch der finale **Präventionsplan** erhält noch einmal Aufmerksamkeit. Der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in bringt gesammelte weiterführende Informationen für den*die Teilnehmer*in und ggf. die Bezugsperson mit. Im Infoblatt „**Tipps - das kann ich für meine Gesundheit tun**“ geht es zuerst grundsätzlich um Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, die Förderung zertifizierter Angebote durch die Krankenkassen und wo man diese findet. Außerdem wird auf Vorsorgeuntersuchungen und Impfangebote hingewiesen. Dann folgen regionale Anlaufstellen für Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, sowie der Teilhabe. Zum Schluss enthält das Informationsschreiben noch konkrete Hinweise bezüglich der Ziele und Maßnahmen, die auf dem finalen Präventionsplan aufgenommen wurden. Die Teilnehmer*innen können, mit oder ohne Unterstützung einer Bezugsperson, weiterhin an ihren gesundheitsbezogenen Zielen arbeiten.

Zur Verabschiedung wird das Ende der Zusammenarbeit noch einmal klar kommuniziert.

Nachbereitung: Der letzte Besuch wird dokumentiert und in einer Rückschau wird die gesamte Dokumentation auf mögliches Optimierungspotential für die individuellen Begleitungen und die Sozialraumentwicklung, analysiert.

ERFAHRUNG/REFLEXION

Der Abschied fällt den Teilnehmer*innen in manchen Fällen schwer. Deshalb hat es sich bewährt, schon vor dem Abschlusstermin das bevorstehende Ende der Zusammenarbeit zu thematisieren. Auch für die nachhaltige Verstetigung ist das von Vorteil. So kann rechtzeitig nach möglichen Unterstützer*innen bei Gesundheitsförderungs- und Präventionszielen im Umfeld der Teilnehmer*innen gesucht werden.

Das Erfolgsbild wurde gerne angenommen als interaktive Möglichkeit, Erfolge zu feiern und Stärken und Ressourcen der Teilnehmer*innen herauszustellen. Das stärkte die Motivation, sich weiterhin um die eigene Gesundheit zu kümmern und gesundheitsförderliches Verhalten fortzusetzen.

4.2.4 Qualitätssicherung

Zur Qualitätssicherung wird die individuelle Begleitung der Teilnehmer*innen regelhaft dokumentiert. Außerdem richten die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen ihre Arbeit anhand von Erfolgskriterien aus. Die Qualität ihrer Arbeit sichern sie durch Fallbesprechungen, Supervision und regelmäßige Fortbildungen. Nachfolgend werden das Dokumentationssystem, die Erfolgskriterien und die Fallbesprechungen, Supervision und Fortbildungen beschrieben.

Dokumentationssystem

Um die Qualität der Intervention zu gewährleisten und eine individuelle und angepasste Begleitung anbieten zu können, ist eine Dokumentation bzw. der Einsatz eines Dokumentationssystems notwendig.

Die ausführliche Erfassung der gesundheitlichen Situation und der individuellen Bedarfe, z. B. anhand von Assessments werden dokumentiert. Auch biografische Ereignisse aus dem Leben der Teilnehmer*innen, die relevant sind für die Zusammenarbeit, werden festgehalten. Ebenso notiert werden die Ziele und Maßnahmen, die die Teilnehmer*innen in den vier Präventionsfeldern Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Suchtprävention formulieren. Die regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung des Präventionsplans wird dokumentiert, um im Verlauf Fortschritte, geänderte Ziele oder Bereiche in denen keine Veränderung angestoßen werden konnten, deutlich zu machen. Auch ein Bericht über jedes Zusammentreffen ist sinnvoll, da sich dort Ableitungen über Barrieren, intern und extern, folgern lassen. Zudem lassen sich über die Dauer und Häufigkeit der Besuche Informationen für die Zusammenarbeit gewinnen.

Mittels der Dokumentation lassen sich also der Prozess und die Ergebnisse der Begleitung evaluieren. In einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess können die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen ihre Arbeit anhand der Auswertung des Dokumentationssystems weiterentwickeln.

Die Dokumentation sollte, so weit wie möglich, partizipativ erfolgen. Um dies sicherzustellen, sollten möglichst die Worte der Teilnehmer*innen genutzt werden. Die Teilnehmenden werden eingeladen, sich die Dokumentation selbst anzuschauen bzw. vorlesen zu lassen. So kann auch ihre Perspektive in den Verbesserungsprozess miteinbezogen werden.

Erfolgskriterien

Zur Qualitätssicherung trägt ebenfalls bei, **Erfolgskriterien** der eigenen professionellen Arbeit zu überprüfen.

Unter der Fragestellung „Wann ist die Intervention aus Sicht des*der Teilnehmer*in und aus Sicht der Pflege- und Gesundheitsexpert*in erfolgreich?“ lassen sich eine Reihe von Kriterien erstellen und als Orientierungspunkte nutzen.

Die Projektziele, nämlich die Verbesserung des Gesundheitszustands, der Lebensqualität und der Resilienz eignet sich für die konkrete Adjustierung und kurzfristige Bewertung der Zusammenarbeit nur bedingt. Daher wurden Erfolgskriterien entwickelt, abgeleitet von den der Intervention zugrunde liegenden theoretischen Modellen und Theorien (siehe Kapitel 2).

Hierzu haben die Pflege- und Gesundheitsexpert*innen Leitfragen entwickelt, die vielfältige Perspektiven enthalten. Die **Erfolgskriterien** befinden sich im Anhang.

Aus der Perspektive der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen kann die Arbeit und Vorgehensweise verschiedene Zielrichtungen aufweisen und in dieser Hinsicht auch erfolgreich oder verbesserungswürdig sein. In Bezug auf die Teilnehmer*innen lässt sich zum Beispiel überprüfen, ob eine aktive Willensäußerung vorliegt, sich mit Gesundheitsförderung und Prävention zu beschäftigen, ob eigeninitiativ Ziele verfolgt werden oder aktiv Schritte initiiert werden. Die Kriterien geben eine Orientierung, ob im Hinblick auf Verhaltensänderung und intrinsische Motivation Fortschritte bei den Teilnehmer*innen sichtbar werden.

Den Erfolg in den einzelnen Themenbereichen bzw. Präventionsfeldern kann der*die Pflege- und Gesundheitsexpert*in mit Kriterien, angelehnt an das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung und der Prozess-Diagnose des Zürcher Ressourcen Modells, überprüfen.

Wenn das persönliche und professionelle Netzwerk eine bedeutende Rolle in der Zusammenarbeit mit den Teilnehmer*innen spielt, können auch in diese Blickrichtung Erfolgskriterien angelegt werden, die die Qualität der Unterstützung verdeutlichen.

Die Sichtweise der Teilnehmer*innen präsent zu haben, unterstützt ebenfalls die Qualität der Arbeit. Die Teilnehmer*innen sollen sich zum Beispiel ausreichend mit ihrem Willen gehört, in ihren Stärken und Schwächen unterstützt und zu Eigeninitiative befähigt fühlen.

Auch bezüglich der Sozialraum- und Netzwerkarbeit gibt es Erfolgskriterien, die angelegt werden können. Diese eignen sich für die kurzfristige Analyse der Zusammenarbeit und der Fortschritte. Die umfassende Sozialraumanalyse findet in größeren Abständen statt.

Die Erfolgskriterien müssen nicht als standardisierter Leitfragebogen abgearbeitet werden. Sie sind an verschiedenen Stellen der Dokumentation verankert und durch die regelmäßige Überarbeitung der Präventionspläne oder Feedback-Gespräche operationalisiert.

Dennoch lohnt es sich, die Leitfragen in ihrer Ausführlichkeit im Hintergrund zu beachten. Sie können bei der Steuerung der Prozesse Hilfestellung geben oder als Entscheidungshilfe für das weitere Vorgehen in der Zusammenarbeit mit Teilnehmer*innen dienen.

Fallbesprechungen, Supervision und Fortbildungen

Zur Qualität des spezifischen Fallmanagements trägt auch der regelmäßige Austausch der Pflege- und Gesundheitsexpert*innen im Team bei. Durch strukturierte Fallbesprechungen mittels Kollegialer Beratung (96) werden herausfordernde Fälle besprochen und professionelles Handeln unterstützt. Bei einer Kollegialen Beratung unterstützen sich die Mitglieder einer Gruppe oder eines Teams gegenseitig bei der Lösung von Problemen. Dabei gehen sie nach einem klar definierten Gesprächsleitfaden vor. Dieses Vorgehen hat sich als hilfreich und zielführend erwiesen. Durch empathisches Zuhören, Unterstützung bei der Klärung der Situation und durch hilfreiche Tipps aus dem jeweiligen Erfahrungsschatz, auch von verschiedenen Professionen im Team, können Problemstellungen effizient angegangen werden. In den Fallbesprechungen zeigte sich der Vorteil der Doppelbesetzung in den ersten Besuchen bei den Teilnehmer*innen. Eine zweite Pflege- und Gesundheitsexpert*in kann so eine Einschätzung zu Personen und deren Fragestellungen abgeben.

Für übergeordnete Problem- oder Fragestellungen findet in regelmäßigen Abständen eine Supervision unter der Leitung einer externen Expert*in statt. Der Blick von außen hilft bei der Reflexion des eigenen Handelns und fördert die Qualität professioneller Arbeit.

Ein weiterer Baustein sind regelmäßige, bedarfsorientierte Fortbildungen. Zu zielgruppenspezifischen, die Handlungsfelder betreffenden oder häufig auftretenden Fragestellungen, werden Mitglieder des Teams oder das ganze Team fortgebildet.

→ MÖGLICHE GRÜNDE FÜR FALLBESPRECHUNGEN ODER SUPERVISION

- Krisen oder akute Gefährdung: Ein*e Teilnehmer*in mit psychischen Belastungen zeigt plötzlich selbstverletzendes Verhalten und/oder suizidale Gedanken
- Konflikte zwischen Pflege- und Gesundheitsexpert*in und einer*m Teilnehmenden
- Keine Fortschritte oder stagnierender Verlauf: Der*die Teilnehmende findet trotz Einsatz verschiedener Unterstützungsmaßnahmen keine eigenen Ziele oder Maßnahmen
- Steigerung der Motivation: Der*die Teilnehmende zeigt keine Motivation und/oder Bereitschaft, das Gesundheitsverhalten zu ändern
- Erhöhte Komplexität: Es liegen bei einer*m Teilnehmenden mehrere Problemfelder vor, die sich überschneiden, z. B. Sucht, Schulden, psychische Erkrankung
- Schwierigkeiten bei der Begleitung: Der*die Teilnehmende sagt mehrfach ohne Grund Termine ab
- Klärung rechtlicher oder ethischer Fragen: Zum Beispiel Datenschutz oder Schweigepflicht-Fragen oder Dilemmata zwischen Selbstbestimmung des*der Teilnehmenden und Schutzmaßnahmen
- Emotionale Belastung der Pflege- und Gesundheitsexpert*in: Die Gesundheits- und Pflegeexpertin hat Schwierigkeiten sich emotional zu distanzieren, z. B. wenn der*die Teilnehmende von schlimmen Erlebnissen aus der Vergangenheit berichtet

Bei emotionalen, zwischenmenschlichen oder komplexen Herausforderungen ist eine Supervision mit einer externen Fachkraft, z. B. einem*r Psycholog*in sinnvoll.

Fallbeispiele

Die folgenden Fallspiele bieten Einblicke in die Intervention und zeigen Herausforderungen und Erfolge der Begleitungsarbeit. Sie verdeutlichen die unterschiedlichen Ausgangspunkte, Zielsetzungen und Maßnahmen der Teilnehmenden, die sich durch die Heterogenität der Zielgruppe ergeben. Zur Wahrung der Anonymität wurden alle Namen aus den Fallbeispielen geändert.

FALLBEISPIEL 2: Frau W. schaffte es aus der Krise

Als Frau W. sich beim Projekt BESSER gesund leben anmeldete war sie 57 Jahre alt, wohnte alleine in einer Wohnung und arbeitete Vollzeit in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung. Bei ihrem ersten Termin mit ihrer Pflege- und Gesundheitsexpert*in wirkte sie motiviert und hatte schon erste Ziele und Ideen, was sie für ihre Gesundheit machen wollte, z. B. Walken, Tanzen und sich mit dem Thema gesunde Ernährung beschäftigen. Bei der Erfassung ihrer gesundheitlichen Situation und ihrer individuellen Ressourcen, Netzwerke und Bedarfe stellte sich heraus, dass die so fröhlich wirkende Frau schon einiges erlebt hatte. Ihr Partner und ihre Hunde waren vor wenigen Jahren plötzlich verstorben. Auch ihre Eltern lebten nicht mehr und ihre einzige persönliche Bezugsperson war ihre Schwester, zu der das Verhältnis nicht immer gut war. Frau W. wollte nicht über ihre Vergangenheit sprechen, da die Themen mit viel Schmerz verbunden waren.

Gemeinsam erarbeitete sie mit ihrer Pflege- und Gesundheitsexpert*in konkrete Gesundheitsziele und Maßnahmen, die auf einem Präventionsplan festgehalten wurden. Dabei wurden die vier Handlungsfelder der Prävention, Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Suchtprävention genauer betrachtet. Aufgrund ihrer Vorgeschichte, wollte Frau W. das Thema Stress vorerst ausklammern und es stellte sich heraus, dass auch das Thema Ernährung sehr negativ behaftet war, da Frau W. übergewichtig war und ihr Umfeld sie andauernd aufforderte, abzunehmen. So wurde der Fokus erst einmal auf das Thema Bewegung gesetzt. Mit der Unterstützung ihrer Pflege- und Gesundheitsexpert*in lernte Frau W. das Fitnessboxen kennen und blühte darin auf. Das Boxen ermöglichte ihr, ihre Gefühle zum Ausdruck zu bringen, ohne darüber sprechen zu müssen.

Doch die Erlebnisse der Vergangenheit ließen ihr keine Ruhe. In Phasen, in denen es ihr sehr schlecht ging, zeigte sie starke Stressreaktionen und selbstverletzendes Verhalten. Mit Unterstützung ihrer Pflege- und Gesundheitsexpert*in fand Frau W. einen Platz in einer psychiatrischen Klinik, wodurch sich ihr Zustand stark verbesserte. Nach der Entlassung zeigte Frau W. Probleme, wieder in den Alltag zu finden. Es stellte sich heraus, dass sie ärztlich nicht ausreichend gut versorgt war und Unterstützung im Alltag fehlte. Ihre Pflege- und Gesundheitsexpert*in half ihr, neue Ärzt*innen zu finden und begleitete den Prozess, Eingliederungshilfe zu beantragen.

Zum Ende des Projekts (nach einem Jahr) hatte Frau W. bereits eine persönliche Assistenz, mit der sie sich sehr gut verstand. Sie ging regelmäßig in einen Treffpunkt und hatte dort Menschen gefunden, die sie wie eine Familie aufgenommen hatten. Zudem ging sie einmal in der Woche zur psychofunktionellen Ergotherapie. Frau W. hatte Kraft geschöpft - im neuen Jahr will Frau W. nach Empfehlung ihrer Pflege- und Gesundheitsexpert*in mal zu einer Ernährungsberatung gehen.

„Danke, dass du mich im Sommer in die Klinik gebracht hast, als es mir so schlecht ging“, sagte Frau W. zu ihrer Pflege- und Gesundheitsexpert*in mit Tränen in den Augen auf der Abschlussfeier von BESSER gesund leben.

FALLBEISPIEL 3: Yvonne ist „mit Leichtigkeit im Gleichgewicht“

Yvonne hat sich über die Empfehlung ihrer persönlichen Assistenz bei BESSER gesund leben angemeldet. Sie ist eine junge Frau, die sich in der beruflichen Findungsphase befindet. Aufgrund ihrer Lernschwierigkeit und psychischer Belastungen ist das eine sehr herausfordernde Situation. Yvonne hofft, durch die Teilnahme am Projekt etwas für ihre Gesundheit erreichen zu können.

Durch das biografische Brettspiel, bei dem sich Yvonne wünscht, auch etwas über die Pflege- und Gesundheitsexpert*in zu erfahren, entsteht schnell eine vertrauensvolle Basis für die weitere Zusammenarbeit. Im weiteren Verlauf der Zusammenarbeit schildert Yvonne offen ihre gesundheitlichen Probleme und hat auch schon Ideen, welche Ziele sie sich setzen könnte. Sie hat bereits einiges an Vorerfahrung im Bereich Achtsamkeit, Meditation und dem Umgang mit Stress. Persönliche Weiterentwicklung ist für sie ein zentrales Bedürfnis und sie ist gespannt, was sie durch BESSER gesund leben erreichen kann.

Durch die Erfassung ihrer gesundheitlichen Situation und ihrer individuellen Bedürfnisse rücken auch noch die Wünsche in den Fokus, das Übergewicht zu reduzieren und mehr Bewegung in den Alltag zu bekommen. Außerdem zeigt sich, dass Stress in Yvones Leben durch fehlende Organisation und mangelnden Überblick über ihre Termine und zu erledigende Aufgaben entsteht.

Die Beschäftigung mit ihren Ressourcen und ihrem Netzwerk ist ebenfalls sehr aufschlussreich für Yvonne und hilfreich für die weitere Ziel- und Maßnahmenplanung. Yvonne fällt es zuerst etwas schwer, ihre persönlichen, sozialen, materiellen und strukturellen Ressourcen zu erörtern. Nach den ersten Beispielen lässt sie sich aber gerne auf die ressourcenorientierte Perspektive ein. Auch die Arbeit mit der Netzwerkkarte ist für sie erkenntnisreich. Zu Anfang sagt sie, dass sie keine Freundschaften haben möchte, da diese ihr nicht guttun. Bei genauerer Analyse zeigt sich doch ein gut gefülltes persönliches und professionelles Netzwerk aus Familie, Partner und Fachkräften. Diese Beziehungen zu pflegen, stellt für sie aber einen Stressfaktor dar. Es kommt auch zur Sprache, dass sie aufgrund ihrer psychischen Belastungen Medikamente nimmt, deren Einnahme sie aber häufig nicht nach Plan in ihren Tag einbaut. Im Moment liegt das auch an ihrer Arbeit, die sie zu überfordern scheint.

Durch die ausführliche Vorarbeit fällt es leicht, Maßnahmen und Teilziele zu formulieren. Yvonne hat schon einiges an Vorerfahrung in verschiedenen Bereichen, wie Reha-Maßnahmen, therapeutische Maßnahmen, aber auch im Kreativ- und Freizeitbereich. Sie kann sich gut vorstellen, neues auszuprobieren und hat einen Erfahrungsschatz, aus dem heraus sie schon etwas eingrenzen kann, was ihr zusagen würde.

Bei der Erstellung des Präventionsplans findet Yvonne zusammen mit der Pflege- und Gesundheitsexpert*in zwei übergeordnete Motto-Ziele. Sie malt und gestaltet gern, ist sehr kreativ und mag den Zugang über Metaphern und Bilder. Mittels der Methoden des Züricher Ressourcenmodells entwickelt sie für sich die Ziele: „Ich schwebe entspannt von Termin zu Termin“ und „Ich bin mit Leichtigkeit im Gleichgewicht“.

Als Maßnahmen nennt sie konkret eine Ernährungsberatung, „ich komme in Bewegung“ und Stressmanagement durch bessere Organisation, die es ihr auch ermöglicht, regelmäßige Mahlzeiten zu sich zu nehmen und auch ihre Medikamente pünktlich zu nehmen. Außerdem wünscht sie sich, Alternativen fürs Fernsehen zu finden, damit entspannt sie sich aktuell. Sie denkt da an die regelmäßige Teilnahme an einer Theatergruppe.

Als die Phase der Umsetzung der Ziele beginnt, erlebt Yvonne bei ihrer Arbeit eine für sie sehr belastende Situation. Daraufhin unterstützt die Pflege- und Gesundheitsexpert*in Yvonne dabei die akut anstehenden Schritte zu sortieren und sich ein Vorgehen zu überlegen. Die berufliche Situation ist während der gesamten Begleitungszeit ein belastendes Thema, das immer wieder in den Vordergrund rückt und Raum braucht. Trotzdem gelingt es Yvonne, auch an ihren Zielen zu arbeiten und Maßnahmen umzusetzen. Zwischen den Begleitungsterminen mit der Pflege- und Gesundheitsexpert*in macht sie sich Gedanken und Pläne und geht konkrete Schritte. Sie äußert ihren konkreten Unterstützungsbedarf und ist bemüht, so selbstständig wie möglich ihre Ziele zu erreichen. Es tut ihr gut, selbstverantwortlich und selbstbestimmt einen Teil ihres Lebens zu organisieren – besonders im Kontrast zu ihrer beruflichen Situation, in der sie sich häufig ausgeliefert fühlt.

Yvonne nimmt auch gerne an den Gruppenschulungen teil. Zwar weiß sie inhaltlich schon sehr viel in den vier Präventionsfeldern Ernährung, Bewegung, Stressmanagement und Suchtprävention, aber andere von ihrem Wissen und ihrer Unterstützung profitieren zu lassen, ist für sie eine sehr empowernde Erfahrung. Sie kann sich sogar vorstellen, sich eine Arbeit zu suchen, bei der sie diese unterstützende und beratende Rolle einnehmen kann. In Bezug auf ihre berufliche Situation gibt ihr das eine neue Perspektive.

Zum Ende der Begleitungszeit durch BESSER gesund leben, hat Yvonne noch nicht alle Maßnahmen und Ziele umgesetzt, aber vieles ist in die Wege geleitet und sie ist fest entschlossen, sich weiter um ihre Gesundheit und Wohlbefinden zu kümmern. Sie gestaltet sich einen finalen Präventionsplan und startet auch in den folgenden Monaten mit einer Ernährungsberatung und einem Bewegungsangebot.

FALLBEISPIEL 4:

Frau H. findet Balance: Neue Essgewohnheiten, weniger Stress

Frau H. ist berufstätig und arbeitet bereits seit einigen Jahren als Verkäuferin. Sie lebt in einer kleinen Wohnung mit ihrem Partner, der sie zwar unterstützt, aber aufgrund seiner eigenen beruflichen Belastung nicht immer genügend für sie da ist. Frau H. hat zwei Kinder, die jedoch aufgrund schwieriger familiärer Umstände nicht bei ihr leben dürfen. Diese Situation belastet sie sehr und sie empfindet eine tiefe Traurigkeit darüber, dass sie den täglichen Kontakt zu ihren Kindern nicht aufrechterhalten kann.

Frau H. ist psychisch labil und leidet immer wieder unter depressiven Phasen, die häufig durch körperliche Erkrankungen wie chronische Rückenschmerzen und Migräne verstärkt werden. Diese gesundheitlichen Probleme machen es ihr schwer, ihre Arbeit zu verrichten und sich um ihren Haushalt zu kümmern. Sie fühlt sich oft erschöpft und ist dann besonders anfällig für negative Gedanken.

Ein weiteres großes Thema, das Frau H. belastet, ist ihr starkes Übergewicht. Seit vielen Jahren kämpft sie mit diesem Problem und hat zahlreiche Diäten und Abnehmprogramme ausprobiert. Leider blieb der Erfolg stets aus, was ihr Selbstwertgefühl stark beeinträchtigt. Besonders in stressigen Momenten, etwa bei Auseinandersetzungen oder an besonders anstrengenden Arbeitstagen, greift sie oft zu Süßigkeiten, um sich kurzfristig zu trösten. Diese „Rückfälle“ machen sie wütend auf sich selbst und verstärken ihre psychische Belastung.

Durch ihre persönliche Assistentin erfuhr sie von BESSER gesund leben. Die Idee, ein Jahr lang Unterstützung zu bekommen, sprach Frau H. sofort an. Sie meldete sich an, in der Hoffnung, endlich einen Weg zu finden, der ihr hilft, sich sowohl körperlich als auch psychisch besser zu fühlen.

In den ersten Gesprächen mit ihrer Pflege- und Gesundheitsexpert*in zeigte sich, dass Frau H. vor allem in emotionalen Stresssituationen Schwierigkeiten hat, gesunde Entscheidungen zu treffen. Die Pflege- und Gesundheitsexpert*in erkannte schnell, dass Frau H. nicht nur körperliche, sondern auch seelische Unterstützung braucht, um ihre Essgewohnheiten langfristig zu ändern. In den gemeinsamen Treffen arbeitet sie gemeinsam mit Frau H. an Strategien, wie sie ihre emotionale Belastung besser bewältigen kann, ohne auf Süßigkeiten zurückzugreifen. Dabei werden Methoden zur Entspannung und Stressbewältigung erprobt und Frau H. lernt, ihre Emotionen zu regulieren. Ihre gesetzten Ziele und zugehörige Maßnahmen veranschaulichte Frau H. auf ihrem Präventionsplan. Frau H. ist in den ersten Wochen des Projekts sehr engagiert und fühlt sich durch die regelmäßige Unterstützung von der Pflege- und Gesundheitsexpert*in stabiler. Sie hat begonnen, ihre Ernährung zu hinterfragen und kleinere, gesündere Mahlzeiten zu sich zu nehmen. Weiterhin besucht sie eine professionelle Ernährungsberatung in einer kleinen Gruppe mit Menschen, die ähnliche Herausforderungen wie sie haben. Auch wenn die Fortschritte langsam sind, gibt sie nicht auf und merkt, dass es ihr mit der Unterstützung leichter fällt, sich mit den Ursachen ihres Übergewichts auseinanderzusetzen und nicht mehr sofort in alte Muster zu verfallen.

Frau H. hat gelernt, dass Veränderungen nicht nur durch Diäten, sondern auch durch die Veränderung ihrer Denk- und Verhaltensmuster erfolgen kann. Schritt für Schritt hat sie es geschafft, ihre Ziele nicht nur auf körperlicher, sondern auch auf der emotionalen Ebene anzugehen. Sie ist traurig, dass die gemeinsame Zeit mit der Pflege- und Gesundheitsexpert*in endet. Doch sie ist dankbar für die erlernten Strategien, die sie nun im Alltag anwenden kann sowie die Ernährungsberatung, die sie weiterhin in Anspruch nehmen wird.

FALLBEISPIEL 5:

Frau R. auf dem Weg zu einem gesünderen Leben

Frau R. lebt in einer Wohngruppe mit Assistenz und arbeitet in einer Kindertagesstätte. Sie hat einen stabilen sozialen Kreis, doch ihre gesundheitliche Situation war bislang von Übergewicht und wenig Bewegung geprägt. Frau R. ist eine junge Frau, die seit längerer Zeit mit ihrem Übergewicht zu kämpfen hat. Sie fühlt sich oft schlapp und nicht in der Lage, körperliche Aktivitäten in ihren Alltag zu integrieren. Ihre Arbeit in der Kita verlangt eine gewisse körperliche Präsenz, was sie gelegentlich als belastend empfindet. Zudem hat sie das Gefühl, dass ihre Gesundheit sie daran hindert, ihre Energie vollständig für die Arbeit und ihre Freizeit zu nutzen.

Frau R. wurde durch ihre Assistenz auf das Projekt BESSER gesund leben aufmerksam. Die Idee, aktiv an ihrer Gesundheit zu arbeiten und Unterstützung bei ihren Zielen zu erhalten, begeisterte sie sofort. In den ersten Gesprächen mit der Pflege- und Gesundheitsexpert*in äußerte Frau R. ihre Wünsche und Ziele klar: Sie möchte abnehmen und sich im Fitnessstudio anmelden, um regelmäßiger Sport zu treiben.

Die Pflege- und Gesundheitsexpert*in nahm sich Zeit, gemeinsam mit Frau R. einen individuell zugeschnittenen Präventionsplan zu entwickeln. Dabei standen nicht nur körperliche Aktivitäten im Fokus, sondern auch eine gesunde Ernährung. Frau R. wurde dabei unterstützt, ihre Ernährungsgewohnheiten zu reflektieren und alternative, gesündere Optionen zu finden. Zunächst ging es darum, kleine, realistische Ziele zu setzen, um Frau R. nicht zu überfordern.

Schon nach wenigen Wochen konnte Frau R. erste Erfolge verzeichnen. Sie hatte zwei Kilo abgenommen und fühlte sich allgemein fitter und energiegeladener. Besonders motivierend war der wöchentliche Fitnessstudiobesuch, den sie regelmäßig in ihren Alltag integrierte. Gemeinsam mit der Pflege- und Gesundheitsexpert*in besuchte Frau R. das Fitnessstudio und fand Gefallen an einem Fitnesskurs mit Musik. Sie merkte, dass sie durch den Sport nicht nur körperlich stärker wurde, sondern auch psychisch an Stärke gewann. Sie fühlte sich selbstbewusster und konnte sich besser auf ihre Arbeit konzentrieren. Der Besuch des Fitnessstudios wurde für sie zu einem festen Bestandteil der Woche, den sie mittlerweile als besonders wohltuend empfindet. Auch die bewusste Entscheidung für eine gesunde Ernährung zeigte positive Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden.

Frau R. hat mittlerweile das Gefühl, ihre gesundheitlichen Ziele realistisch erreichen zu können. Sie hat nicht nur Gewicht verloren, sondern auch eine positive Einstellung zu Sport und Ernährung entwickelt. Ihr Ziel, sich weiterhin gesund zu ernähren und regelmäßig Sport zu treiben, bleibt unverändert. Durch BESSER gesund leben konnte Frau R. ihre gesundheitlichen Ziele erreichen und eine nachhaltige Veränderung in ihrem Lebensstil einleiten. Sie ist stolz auf das, was sie bereits geschafft hat und motiviert, ihren Weg weiterzugehen. Die enge Zusammenarbeit mit der Pflege- und Gesundheitsexpert*in sowie die regelmäßigen sportlichen Aktivitäten haben ihr geholfen, ihre Lebensqualität erheblich zu steigern.

FALLBEISPIEL 6:

Lukas bleibt dran

Lukas lebt mit einer Angehörigen zusammen und steht voll im Berufsleben, er arbeitet Vollzeit in einer Werkstatt für Menschen mit Beeinträchtigung. Er ist an vielen Themen interessiert, auch an allem, was die Gesundheit betrifft. Er ist in kein professionelles Unterstützungssystem eingebunden, benötigt aber für verschiedene Dinge des Alltags doch Hilfe.

Im ersten Treffen wird deutlich, dass Lukas nicht lesen und schreiben gelernt hat. Er profitiert sehr von bildlicher Unterstützung bei der Kommunikation. Beim Kennenlernen wünscht er sich die Anwesenheit einer Bezugsperson. Da er sich teilweise undeutlich artikuliert, kann die Bezugsperson ergänzen, damit fühlt er sich sicherer.

Bei den folgenden Treffen wird die Kommunikation zwischen Lukas und der Pflege- und Gesundheitsexpert*in zunehmend vertrauter. Die Pflege- und Gesundheitsexpert*in bringt zur Unterstützung der Kommunikation bildliches Material mit und alle Arbeitsmaterialien werden so angepasst, dass sie auch ohne schriftliche Beschreibung verständlich sind.

Lukas hat konkrete Ziele für seine Gesundheit und hat auch schon einiges Vorwissen. Er hat in der Vergangenheit, nur mit der Unterstützung seiner Angehörigen, starkes Übergewicht durch eine Ernährungsumstellung verloren. Er berichtet, dass er den Alkohol aufgegeben hat, auf zuckerhaltige und fettreiche Lebensmittel größtenteils verzichtet und sehr viel Sport treibt.

Ihn beschäftigt vordergründig die Frage, wie er präventiv dafür sorgen kann, auch in Zukunft gesund und fit zu bleiben.

Durch die Erfassung seiner individuellen Bedürfnisse und Bedarfe zeigt sich, dass ein weiteres wichtiges Anliegen, das ihn beschäftigt und in gewisser Weise Stress bereitet, seine sozialen Beziehungen ist. Bei der Arbeit fühlt er sich durch laute Kolleg*innen, die viel Aufmerksamkeit fordern, gestört und belastet. Außerdem wünscht er sich einen größeren Freundeskreis und eine Partnerin. Es wird auch deutlich, dass er für diese Themen externe Unterstützung benötigt. Diese Themen möchte er nicht mit seiner Angehörigen besprechen.

Die konkrete Umsetzung der Maßnahmen beginnt mit der Recherche nach einer Ernährungsberatung, Lukas möchte noch genauer wissen, wie er sich ausgewogen ernähren kann, wie er Produkte im Supermarkt auswählen kann und auch, wie er bei der Arbeit das gesündere Gericht auswählen kann. Die Suche gestaltet sich schwierig, da die Beratung in Leichter Sprache oder bildgestützt stattfinden müsste sowie in den Abendstunden nach Lukas Arbeitszeiten und möglichst in der Nähe seines Wohnortes. Es ist eine Hürde für ihn, neue Wege erlernen zu müssen. Da kein entsprechendes Angebot gefunden werden kann, übernimmt die Pflege- und Gesundheitsexpert*in diese Versorgungslücke. Sie passt Präventionsmaterialien an Lukas Kommunikationsbedürfnis an, erklärt ihm hilfreiche Apps, die im Alltag bei ausgewogener Ernährung unterstützen können und entwickelt mit ihm gemeinsam individuelle Tipps und Tricks. Auch in Bezug auf das Präventionsfeld Bewegung wünscht er sich in der Folge individuelle Beratung und Wissensvermittlung.

Mithilfe einer genaueren Analyse der eigenen Bedürfnisse und Vorlieben fasst Lukas den Entschluss, sich durch Besuche von Gruppenangeboten mehr in soziale Kontexte zu begeben und dadurch seine Kompetenzen zu erweitern. Er überlegt einen Selbstbehauptungskurs zu besuchen, meldet sich zum Flirtkurs an und zieht auch Sportkurse in Erwägung. Der Organisationsaufwand bezüglich seiner Mobilitätsbarriere und seinem spärlichen Unterstützungssystem ist sehr zeitintensiv. Die Teilnahme an den Kursen konnte zwar geplant, aber leider nicht mehr während der Begleitungszeit durch BESSER gesund leben stattfinden.

Lukas und seine Angehörige zeigen sich offen für eine Beratung zum Thema persönliche Assistenz. Beide fassten den Entschluss dieses Thema als nächstes anzugehen, da Lukas eine externe und professionelle Bezugsperson zur Teilhabe und zur zufriedenstellenden Bewältigung seines Alltags braucht.

5 ABSCHLUSS UND AUSBLICK

Durch das Projekt BESSER gesund leben wurde ein neuer Versorgungsansatz für eine vulnerable gesundheitlich ungleich versorgte Bevölkerungsgruppe, Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, geschaffen. Der Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung trägt dazu bei, eine Versorgungslücke im Gesundheitssystem zu schließen und die Gesundheit und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung zu stärken.

Die begleitende Studie im Projekt lieferte die Evidenz zur Wirksamkeit bezüglich der Verbesserung des Gesundheitszustands der Zielgruppe und gewährleistete die wissenschaftliche Begleitung im gesamten Erprobungszeitraum von BESSER gesund leben. Die umfangreich erprobte Intervention liefert wichtige Erkenntnisse für Fachkräfte, die die praktische Durchführung von BESSER gesund leben in Erwägung ziehen. Die Erfahrungen aus dem Projekt unterstreichen den Bedarf der Zielgruppe, sich mit dem Thema der Gesundheitsförderung und der Prävention intensiv auseinanderzusetzen. Die Ziele der Teilnehmenden bewegten sich vorwiegend in den mit Bezug auf das Präventionsgesetz (2015) gewählten vier Handlungsfeldern der Prävention Bewegung, Ernährung, Stress- und Suchtmanagement und bestätigten den Ansatz. Darüber hinaus waren Teilhabe und Partizipation ein zentrales Thema.

Der Setting-Ansatz hat sich als geeignete Strategie bewährt, um einen guten Zugang zur Zielgruppe zu erhalten. Menschen in ihren Lebenswelten zu erreichen, mindert insbesondere für die Zielgruppe beträchtliche Barrieren für die Teilhabe an Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen.

Zudem ist eine enge Verknüpfung von verhaltensorientierten und verhältnisorientierten Maßnahmen im Sinne der Sozialraumorientierung erfolgversprechend für eine nachhaltige und langfristige Verbesserung der individuellen Gesundheitssituation.

Die Einbindung von Ressourcen im Sozialraum ermöglicht eine Aufrechterhaltung der Maßnahmen, auch wenn die professionelle Begleitung beendet ist.

Entscheidend für die Nachhaltigkeit der Intervention ist zudem das Finden und Stärken von intrinsischen Zielen und Maßnahmen. Ausgangspunkte der gemeinsamen Arbeit sind daher der Wille und die Interessen der Teilnehmenden.

Das Projekt BESSER gesund leben ist erfolgreich abgeschlossen. Ein großer Meilenstein auf dem Weg zu einer barrierefreien, niedrigschwelligen und inklusiven Gesundheitsversorgung, mit Prävention und Gesundheitsförderung als integrale Bestandteile des Gesundheitssystems, ist erreicht. Doch der Weg ist noch lange nicht zu Ende. Der nächste entscheidende Schritt ist die Überführung der Intervention in die Regelversorgung.

SCHLUSSWORT

Danksagung

Wir möchten uns ganz herzlich bedanken ...

... für die gute Zusammenarbeit mit unseren Konsortialpartner*innen HAW Hamburg, Hochschule Bielefeld, AOK Rheinland/Hamburg, Mobil Krankenkasse und DKI.

... für die gute Zusammenarbeit mit unseren Kooperationspartner*innen aus der Eingliederungshilfe.

... für die gute Zusammenarbeit mit unserem Beirat.

... bei Annette Kitzinger, der Autorin der METACOM-Symbole. Wir haben sehr gerne mit den Bildern gearbeitet.

Und ganz besonders bedanken möchten wir uns bei allen Teilnehmenden von BESSER gesund leben. Ohne Sie wäre das alles nicht möglich gewesen!

Mit dem Handbuch möchten wir Praktiker*innen, Projektleitungen und auch Entscheidungsträgern, z. B. der Krankenkassen, Handlungsempfehlungen zur Nachahmung mitgeben.

Die Methoden, Konzepte und Instrumente, die im Projekt BESSER gesund leben zum Einsatz kamen, sind erprobt und wir freuen uns, wenn Sie sie anwenden und gerne auch modifizieren.

Für weitere Informationen nehmen Sie gerne Kontakt mit uns auf.

Wir hoffen, dass unsere Erfahrungen zu einer Verbesserung von Prävention und Gesundheitsförderung für Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung beitragen können.

Geben Sie uns gerne Rückmeldung über Ihre Erfahrungen!
Schreiben Sie an: gesundheit@alsterdorf.de

LITERATURVERZEICHNIS

1. **Hassler, Martina.** Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen als vulnerable Bevölkerungsgruppe in gesundheitlicher Versorgung. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 2014, Bd. 40, 139.
2. **Latteck, Änne-Dörte und Weber, Petra.** Implikationen der Behindertenpädagogik in die Pflegeforschung. Pflege und Gesellschaft. 2015, Bd. 3, 20.
3. **Hsieh, Kelly; Rimmer, James H. und Heller, Tamar.** Obesity and associated factors in adults with intellectual disability. Journal of Intellectual Disability Research. 2014, Bd. 9, 58.
4. **Dieckmann, Friedrich und Metzler, Heike.** Alter erleben – Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Baden-Württemberg: Kommunalverband für Jugend und Soziales, 2013.
5. **Latteck, Änne-Dörte.** Systematische nationale und internationale Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Menschen mit Behinderung und Auswertung der vorliegenden Evidenz der Ansätze. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit, 2017.
6. **Special Olympics Deutschland.** Schritt für Schritt zu einer inklusiven Kommune. [Online] 2022. [Zugriff am: 27. 03. 2025.] https://specialolympics.de/fileadmin/Landesverbände/Sachsen-Anhalt/Aktuelles/Projekte/BeuGe/01_SOD_BeuGE_Leitfaden_2022_Web.pdf.
7. **Vereinte Nationen.** Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. [Online] 2006. [Zugriff am: 27. 03. 2025.] <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/das-institut/monitoring-stelle-un-brk/die-un-brk>.
8. **Bundesministerium für Arbeit und Soziales.** Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2021.
9. **Bundesministerium für Arbeit und Soziales.** Bundesteilhabegesetz. [Online] 2016. [Zugriff am: 27. 03. 2025.] <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/Bundesteilhabegesetz/bundesteilhabegesetz.html>.
10. **World Health Organization.** Health literacy. [Online] World Health Organization, 05. 08. 2024. [Zugriff am: 07. 03. 2025.] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>.
11. **Robert-Koch-Institut.** Gesundheitskompetenz / Health Literacy. [Online] Robert-Koch-Institut, 03. 06. 2024. [Zugriff am: 30. 01. 2025.] https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitliche-Einflussfaktoren-A-Z/G/Gesundheitskompetenz/Gesundheitskompetenz_inhalt.html?templateQueryString=gesundheitskompetenz.
12. **Hurrelmann, Klaus; Klinger, Julia und Schaeffer, Doris.** Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), 2020.
13. **Wetzel, Lorena Denise und Rathma, Katharina.** Gesundheitskompetenz von Menschen mit Beeinträchtigung und Behinderung in Deutschland: Datenquellen, Ergebnisse und Herausforderungen bei der Erfassung und Stärkung der Gesundheitskompetenz. [Buchverf.] Melanie Messer (Hrsg.), Orkan Okan, Katharina Rathmann, Kevin Dadaczynski. Gesundheitskompetenz. Berlin: Springer, 2023.
14. **Aktion Mensch.** Was ist Leichte Sprache? [Online] [Zugriff am: 06.03.2025.] <https://www.aktion-mensch.de/dafuer-stehen-wir/was-ist-inklusion/was-ist-leichte-sprache>.
15. **Lebenshilfe Bremen.** Was ist Leichte Sprache. [Online] [Zugriff am: 03.03.2025.] <https://leichte-sprache.de/leichte-sprache/was-ist-leichte-sprache/>.
16. **Gesellschaft für Unterstützte Kommunikation e.V..** Unterstützte Kommunikation (UK). [Online] [Zugriff am: 12.03.2025.] <https://www.gesellschaft-uk.org/ueber-uk.html>.

17. **Habermann-Horstmeier, Lotte und Lippke, Sonia.** Grundlagen, Strategien und Ansätze der Gesundheitsförderung. [Buchverf.] Melvin Mohokum (Hrsg.), Michael Tiemann. Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin: Springer, 2021.
18. **Haring, Robin.** Gesundheitswissenschaften. Berlin: Springer, 2022.
19. **Rönnau-Böse, Maike; Fröhlich-Gildhoff, Klaus; Bengel, Jürgen und Lyssenko, Lisa.** Resilienz und Schutzfaktoren. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. [Online] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), 2022. [Zugriff am: 28.03.2025.] <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i101-2.0>.
20. **Faltermaier, Toni.** Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer, 2023.
21. **Urton, Karolina.** Selbstwirksamkeitserwartung – Was bedingt sie und wie kann sie gefördert werden? s.l.: Potsdamer Zentrum für empirische Inklusionsforschung (ZEIF), Nr. 3, 2017.
22. **Herriger, Norbert.** Empowerment in der sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart: W. Kohlhammer, 2024.
23. **Weltgesundheitsorganisation.** Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. [Online] 1986. [Zugriff am: 24. 01 2025.] <https://iris.who.int/handle/10665/349654>.
24. **Brandes, Sven und Stark, Wolfgang.** Empowerment/Befähigung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. [Online] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), 2021. [Zugriff am: 28.03.2025.] <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i010-2.0>
25. **Bielefeldt, Heiner.** Zum Innovationspotenzial der UN-Behindertenrechtskonvention. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte, 2009.
26. **Enggruber, Ruth.** Empowerment, ein Konzept für Soziale Arbeit im transformierten Sozialstaat? [Buchverf.] Birgit Jagusch (Hrsg.), Yasmine Cheheta. Empowerment und Powersharing. Ankerpunkte - Positionierungen - Arenen. Weinheim-Basel: Beltz Juventa, 2023.
27. **Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen.** Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. [Online] 2022. [Zugriff am: 27. 03. 2025.] https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/PublikationenErklaerungen/Broschuere_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile&v=21.
28. **Wesselmann, Carla.** Partizipation, Inklusion und Exklusion im Kontext von Behinderung - Eckpunkte einer (kritischen) Teilhabeforschung. [Buchverf.] Makus Schäfers, Swantje Köbsell (Hrsg.), Gudrun Wansing. Teilhabeforschung - Konturen eines neuen Forschungsfeldes. Wiesbaden: Springer, 2022.
29. **Straßburger, Gaby und Rieger, Judith (Hrsg.).** Partizipation kompakt. Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe. Weinheim Basel: Beltz Juventa, 2019.
30. **Wright, Michael T..** Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. [Buchverf.] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. s.l.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2020.
31. **Hurrelmann, Klaus; Richter, Matthias und Stock, Stephanie.** Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien. Bern: Hogrefe, 2024.
32. **GKV-Spitzenverband.** Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Hürth: CW Haarfeld GmbH, 2020. Bd. 16.
33. **Franzkowiak, Peter.** Prävention und Krankheitsprävention. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. [Online] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), 2022. [Zugriff am: 28.03.2025.] <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i091-3.0>
34. **Kaba-Schönstein, Lotte.** Gesundheitsförderung 1: Grundlagen. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. [Online] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), 2018. [Zugriff am: 28.03.2025.] <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i033-1.0>
35. **Robert-Koch-Institut. Gesundheitsförderung.** [Online] Robert Koch-Institut, 03. 04. 2023. [Auszug am: 23. 01. 2025.] https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitliche-Einflussfaktoren-A-Z/G/Gesundheitsfoerderung/Gesundheitsfoerderung_inhalt.html?templateQueryString=gesundheits%C3%B6rderung.

36. **Maetzel, Jakob et al..** Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2021.
37. **Kaba-Schönstein, Lotte und Kilian, Holger.** Gesundheitsförderung und soziale Benachteiligung/Gesundheitsförderung und gesundheitliche Chancengleichheit. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. [Online] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), 2023. [Zugriff am: 28.03.2025.] <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i052-3.0>
38. **Kaba-Schönstein, Lotte.** Gesundheitsförderung 3: Entwicklung nach Ottawa. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. [Online] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), 2018. [Zugriff am: 28.03.2025.] <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i035-1.0>
39. **GKV-Spitzenverband.** Leitfaden Prävention – Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 21. Dezember 2022. Berlin: GKV-Spitzenverband, 2022.
40. **Habermann-Horstmeier, Lotte.** Grundlagen der Gesundheitsförderung in der stationären Behindertenarbeit. Bern: Hogrefe, 2018.
41. **Burtscher, Reinhard; Allweiss, Theresa; Perowanowitsch, Merlin und Rott, Elisabeth.** Gesundheitsförderung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. Leichter lernen mit dem Projekt GESUND! Berlin: vdek, 2017.
42. **Finne, Emily; Paul, Hannah und Seibt, Annette C..** Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. [Online] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), 2021. [Zugriff am: 28.03.2025.] <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i012-2.0>
43. **Schwarzer, Ralf und Fleig, Lena.** Von der Risikowahrnehmung zur Änderung des Gesundheitsverhaltens. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie. 2014, Bd. 64, 5.
44. **Schemer, Christian und Schäfer, Svenja.** Die Bedeutung der sozial-kognitiven Theorie für die Gesundheitskommunikation. [Buchverf.] Matthias R. Hastall (Hrsg.), Constanze Rossmann. Handbuch der Gesundheitskommunikation. Kommunikationswissenschaftliche Perspektiven. Wiesbaden: Springer, 2019.
45. **Fuchs, Reinhard und Göhner, Wiebke.** Änderung des Gesundheitsverhaltens. MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung. Göttingen: Hogrefe, 2007.
46. **Bryant-Lukosius, Denise und DiCenso, Alba.** A framework for the introduction and evaluation of advanced practice. Journal of Advanced Nursing. 2004, Bd. 48, 5.
47. **Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe.** Advanced-Practice Nursing. [Online] 2019. [Zugriff am: 21. 01. 2025.] <https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/Advanced-Practice-Nursing-Broschuere-2019.pdf>.
48. **Hartung, Susanne und Rosenbrock, Rolf.** Public Health Action Cycle/ Gesundheitspolitischer Aktionszyklus. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. [Online] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), 2022. [Zugriff am: 28.03.2025.] <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i099-2.0>.
49. **Biehl, Verena und Göpel, Eberhard.** Kernkompetenzen professioneller Gesundheitsförderung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. [Online] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), 2022. [Zugriff am: 28.03.2025.] <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i057-2.0>.
50. **Bundesverband Managed Care.** Gesundheitslotsen- Wegbegleiter für eine bessere Versorgung. [Online] 2023. [Zugriff am: 28. 03. 2025.] <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2023-01-12-BMC-Positionspapier-Gesundheitslotsen.pdf>.

51. Schniering, S.; Hampel, A.; Afroukhte, D.; Wilhelm, C. und Richter, M. T.. Kompetenzbildung von Pflegeexpert*innen: Entwicklung eines Schulungscurriculums zur Gesundheitsförderung von Menschen mit Lernschwierigkeiten (unveröffentlicht). 2025.
52. Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) Baden-Württemberg. KVJS-Service Behindertenhilfe. Fallmanagement in der Eingliederungshilfe. Gesamtplan nach § 58 SGB XII. Grundlagenpapier [Online] 2008. [Zugriff am: 14. 02. 2025.] <https://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/soziales/fallman/fallmanagement-feb2008.pdf>.
53. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management. Was ist Case Management (CM)? [Online] 2020. [Zugriff am: 14. 02. 2025.] <https://www.dgcc.de/case-management/>.
54. Hinte, Wolfgang. Das Fachkonzept „Sozialraumorientierung“ - Grundlage und Herausforderung für professionelles Handeln. [Buchverf.] Wolfgang Hinte (Hrsg.), Roland Fürst. Sozialraumorientierung Ein Studienbuch zu fachlichen, institutionellen und finanziellen Aspekten. Wien: Facultas, 2019.
55. Lüttringhaus, Maria. Fachkonzept Sozialraumorientierung: Grundlagen und Methoden der Fallunspezifischen und fallübergreifenden Arbeit. [Buchverf.] Joachim Merchel (Hrsg.). Handbuch. Allgemeiner Sozialdienst (ASD). München: Ernst Reinhardt, 2019.
56. Hinte, Wolfgang. »Zehn Gebote« für sozialräumliche Arbeit. [Buchverf.] Gerhard Wegner (Hrsg.), Georg Lämmelin. Kirche im Quartier: Die Praxis, Ein Handbuch. Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt GmbH, 2020.
57. Raspel, Julia. Können Menschen wollen? Philosophische und Neurologische Grundlagen für die Debatte in der Sozialen Arbeit. [Buchverf.] Wolfgang Hinte (Hrsg.), Roland Fürst. Sozialraumorientierung Ein Studienbuch zu fachlichen, institutionellen und finanziellen Aspekten. Wien: Facultas, 2019.
58. Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V.. Standortanalyse. Gesundheit – gemeinsam vor Ort gestalten. Stärkung der Gesundheitskompetenz und klimasensiblen Gesundheitsförderung im Sozialraum. [Online] Hamburgische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e.V. [Zugriff am: 26. 02. 2025.] <https://www.hag-gesundheit.de/arbeitsfelder/gesundheit-in-der-stadt/standort-analyse/allgemeine-informationen-1>.
59. Spatscheck, Christian und Wolf-Ostermann, Karin. Sozialraumanalyse – Ein Arbeitsbuch für soziale, gesundheits- und bildungsbezogene Dienste. Opladen und Toronto: Verlag Barbara Budrich, 2023.
60. Engelke, Ernst; Borrmann, Stefan und Spatscheck, Christian. Theorien der Sozialen Arbeit – Eine Einführung. Freiburg: Lambertus, 2009.
61. Hartung, Susanne; Wihofszky, Petra und Wright, Michael T. (Hrsg.). Partizipative Forschung – Ein Forschungsansatz für Gesundheit und seine Methoden. Wiesbaden: Springer, 2020.
62. Oetting, E. R. et al.. Community Readiness for Community Change. [Online] 2014. [Zugriff am: 28. 03. 2025.] https://tec.colostate.edu/wp-content/uploads/2018/04/CR_Handbook_8-3-15.pdf.
63. Rabinowitz, Phil. Community Tool Box. [Online] [Zugriff am: 24.01.2024.] <https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/assessment/assessing-community-needs-and-resources/windshield-walking-surveys/main>.
64. Kröhnert, Steffen. Sozialraumanalyse in der Praxis. Grundlagen, Methoden, Umsetzung. Stuttgart: W. Kohlhammer, 2024.
65. Quilling, Eike et al.. Netzwerkarbeit – Vermitteln und Vernetzen als professionelle Handlungsprinzipien der Gesundheitsförderung. Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. [Online] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.), 2024. [Zugriff am: 28. 03. 2025.] <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i125-3.0>.
66. Statista Research Department. Daten & Fakten zur Hansestadt Hamburg. [Online] Statistikamt Nord, 12. 12. 2024. [Zugriff am: 20. 01. 2025.] <https://de.statista.com/themen/5928/hansestadt-hamburg/#topicOverview>.

67. Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. Gebiet, Fläche. [Online] Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein. [Zugriff am: 20. 01. 2025.] <https://www.statistik-nord.de/zahlen-fakten/gebiet-flaeche>.
68. Wikipedia. Bezirke Hamburg. [Online] [Zitat vom: 03. März 2025.] https://nds.m.wikipedia.org/wiki/Bild:Hamburg_Bezirke.svg.
69. Stender, Klaus-Peter. Sozialräumliche Gesundheitsförderung. Standpunkte THEMA Informationen zur Gesundheitsförderung. 2014, 01.
70. Puca, Rosa Maria und Schüler, Julia. Motivation. [Buchverf.] Jochen Müsseler, Martina Rieger. Allgemeine Psychologie. Berlin : Springer, 2024.
71. Fuchs, Reinhard und Göhner, Wiebke. Änderung des Gesundheitsverhaltens. MoVo-Gruppenprogramme für körperliche Aktivität und gesunde Ernährung. Göttingen: Hogrefe, 2007.
72. Grawe, Klaus und Grawe-Gerber, Marianne. Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. Psychotherapeut. 1999, Bd. 44.
73. Möbius, Thomas. Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. [Buchverf.] Thomas Möbius, Sibylle Friedrich. Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich. Wiesbaden: s.n., 2010.
74. Pearson, Richard E.. Beratung und soziale Netzwerke. Fragebogen zum persönlichen Unterstützungssystem. Syracuse University : s.n., 1997.
75. Nittel, Dieter; Mendel, Meron und von Felden, Heide. Handbuch Erziehungswissenschaftliche Biographieforschung und Biographiearbeit. Weinheim: Beltz Juventa, 2023.
76. Hölzle, Christina und Jansen, Irma. Gegenstand und Funktion von Biografiearbeit im Kontext Sozialer Arbeit. [Buchverf.] Christina Hölzle, Irma Jansen. Ressourcenorientierte Biografiearbeit. Grundlagen – Zielgruppen – Kreative Methoden. Wiesbaden: VS Verlag, 2011.
77. Lindmeier, Bettina; Stahlhut, Hanna; Oermann, Lisa und Kammann, Cornelia. Biografiearbeit mit einem Lebensbuch. Ein Praxisbuch für die Arbeit mit erwachsenen Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und ihren Familien. Weinheim-Basel: Beltz Juventa, 2018.
78. Drucker, Peter Ferdinand. Die Praxis des Managements. Düsseldorf: Econ, 1998.
79. Locke, Edwin A. und Latham, Gary. Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation: A 35Year Odyssey. American Psychologist. 2002, Bd. 57, 9.
80. Gollwitzer, Peter M.; Webb, Thomas L. und Sheeran, Pashal. The Interplay Between Goal Intentions and Implementation Intentions. Personality and Social Psychology Bulletin. 2005, Bd. 31, 1.
81. Gollwitzer, Peter M.. Implementation intentions: Strong effects of simple plans. American Psychologist. 1999, Bd. 54, 7.
82. Bird, M. D.; Swann C. und Jackman, P. C.. The what, why, and how of goal setting: A review of the goal-setting process in applied sport psychology practice. Journal of Applied Sport Psychology. 2023, Bd. 36, 1.
83. Weigl, Tobias und Mikutta, Johannes. Motivierende Gesprächsführung. Eine Einführung. Wiesbaden: Springer, 2019.
84. Kröger, Christoph; Velten-Schurian, Kerstin und Batra, Anil. Motivierende Gesprächsführung zur Aktivierung von Verhaltensänderungen. DNP – Die Neurologie & Psychiatrie. 2016, Bd. 17, 9.
85. Miller, William R. und Rollnick, Stephen. Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag, 2015.
86. Storch, Maja und Krause, Frank. Selbstmanagement – ressourcenorientiert Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM). Bern: s.n., 2007.
87. Klaus, Grawe. Psychologische Therapie. Göttingen: s.n., 2000.

- 88. Kitzinger, Annette.** METACOM-SYMBOL. Verschiedenes Material. [Online] METACOM, 2025 .
[Zugriff am: 06. 03. 2025.] https://www.metacom-symbol.de/downloads/download_materialien.html.
- 89. Hirdes, John P.** InterRAI Intellectual Disability (ID) Assessment Form and User's Manual. s.l.: interRAI, 2013.
- 90. Grebe, Christian und Brandenburg, Hermann.** Resident Assessment Instrument. Anwendungsoptionen und Relevanz für Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 2015, Bd. 48, 2.
- 91. Van Dycke, Z. et al.** Verfahrensdokumentation für IES-2: Deutsche Version der Intuitive Eating Scale 2. [Hrsg.] Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID). Trier: s.n., 2019.
- 92. Fuchs, Reinhard et al.** Messung der Bewegungs- und Sportaktivität mit dem BSA-Fragebogen. Eine methodische Zwischenbilanz. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 2015, Bd. 23, 2.
- 93. Strobel, Ingrid.** Stressbewältigung und Burnoutprävention Einzelberatung und Leitfaden für Seminare. Stuttgart: s.n., 2021.
- 94. Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL- Koordinierungsstelle Sucht.** SumID-Q-DE Befragungsinstrument zur systemischen Erfassung von Substanzkonsum bei Menschen mit einer leichten Intelligenzminderung. Münster: Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2022.
- 95. Lindmeier, Christian.** Biografiearbeit mit geistig behinderten Menschen. Ein Praxisbuch für Einzel- und Gruppenarbeit. Weinheim, München: Juventa, 2006.
- 96. Tietze, Kim-Oliver.** Kollegiale Beratung Problemlösungen gemeinsam entwickeln. Hamburg: s.n., 2010.
- 97. Statistik, REHADAT.** Statistik der schwerbehinderten Menschen. [Online] Institut der deutschen Wirtschaft Köln e.V., 2023. [Zugriff am: 28. 03. 2025.]
<https://www.rehadat-statistik.de/statistiken/behinderung/schwerbehindertenstatistik/#:-:text=Das%20waren%2067.000%20oder%200,49%2C9%20%25%20waren%20Frauen.>
- 98. GKV-Spitzenverband.** Das GKV- Bündnis für Gesundheit. [Online] GKV- Spitzenverband, 2024. [Zugriff am: 27. 03. 2025.] <https://www.gkv-buendnis.de/>.
- 99. Heim, Manuela.** „Nichts mehr im Gesetz verloren“. [Online] taz Verlags und Vertriebs GmbH, 2024. [Zugriff am: 28. 03. 2025.] <https://taz.de/Jurist-ueber-Behinderung-und-Teilhabe/!5985915/>.
- 100. Datenschutz-Grundverordnung.** [Online] Bundesministerium des Inneren und für Heimat. [Zugriff am: 07. 03. 2025.] <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/faqs/DE/themen/it-digitalpolitik/datenschutz/datenschutzgrundvo-liste.html>.

ANHANG

1. Anleitung biografisches Brettspiel
2. Beispiel Präventionsplan
3. Stundenverlaufsplan Gesundheitstag
4. Erfolgskriterien
5. Befindlichkeitsskala
6. Schweigepflichtentbindung
7. Gute Dinge über mich
8. Ressourcenkarte
9. Wichtige Personen in meinem Leben
10. Was bekomme ich von wem?
11. Was bekomme ich von wem?_Metacombilder
12. Ampel
13. Anleitung Ampelmethode
14. Erfolgsbild
15. Tipps –Das kann ich für meine Gesundheit tun



Biografisches Brettspiel nach Lindmeier

Quelle: Lindmeier, C. (2004). *Biografiearbeit mit geistig behinderten Menschen. Ein Praxisbuch für Einzel- und Gruppenarbeit.* Juventa Verlag (Weinheim).

Material:

Themenkarten zu den Themenbereichen **Gesundheit und Krankheit** (lila), **Hobbies und Freizeit** (orange), **Arbeit** (braun), **Ernährung** (grün), **Bewegung** (blau), **Stress** (rot), **Sucht** (gelb), Spielfiguren, Farbwürfel, Zahlenwürfel

Vorbereitung:

Aus den Themenkarten werden die gewünschten Karten ausgewählt. (Es werden zwei Karten je Themenbereich empfohlen). Die Themenbereiche sind durch unterschiedliche Farben gekennzeichnet. Die Themenkarten werden auf dem Tisch so angeordnet, dass ein Rundweg entsteht. Jeder Spieler sucht sich eine Spielfigur aus. Ein Würfel (Zahlenwürfel oder Farbwürfel) wird bereitgelegt.

Spielverlauf:

Jeder Spieler stellt seine Spielfigur auf eine beliebige Karte. Abwechselnd wird gewürfelt, gezogen und über das Thema auf der Themenkarte gesprochen. Zur Unterstützung können hier die Fragen aus dem Fragenkatalog verwendet werden. Wichtig ist, dass bei jedem Thema sowohl über äußere Erlebnisse (Beschreibung der Situation) als auch über innere Erlebnisse (Gedanken und Gefühle) gesprochen wird.

Äußeres Erlebnis

- Was ist geschehen?
- Wann war das?
- Wo hat es stattgefunden?
- Wer war beteiligt?
- Wie genau hat es sich ereignet?

Inneres Erlebnis

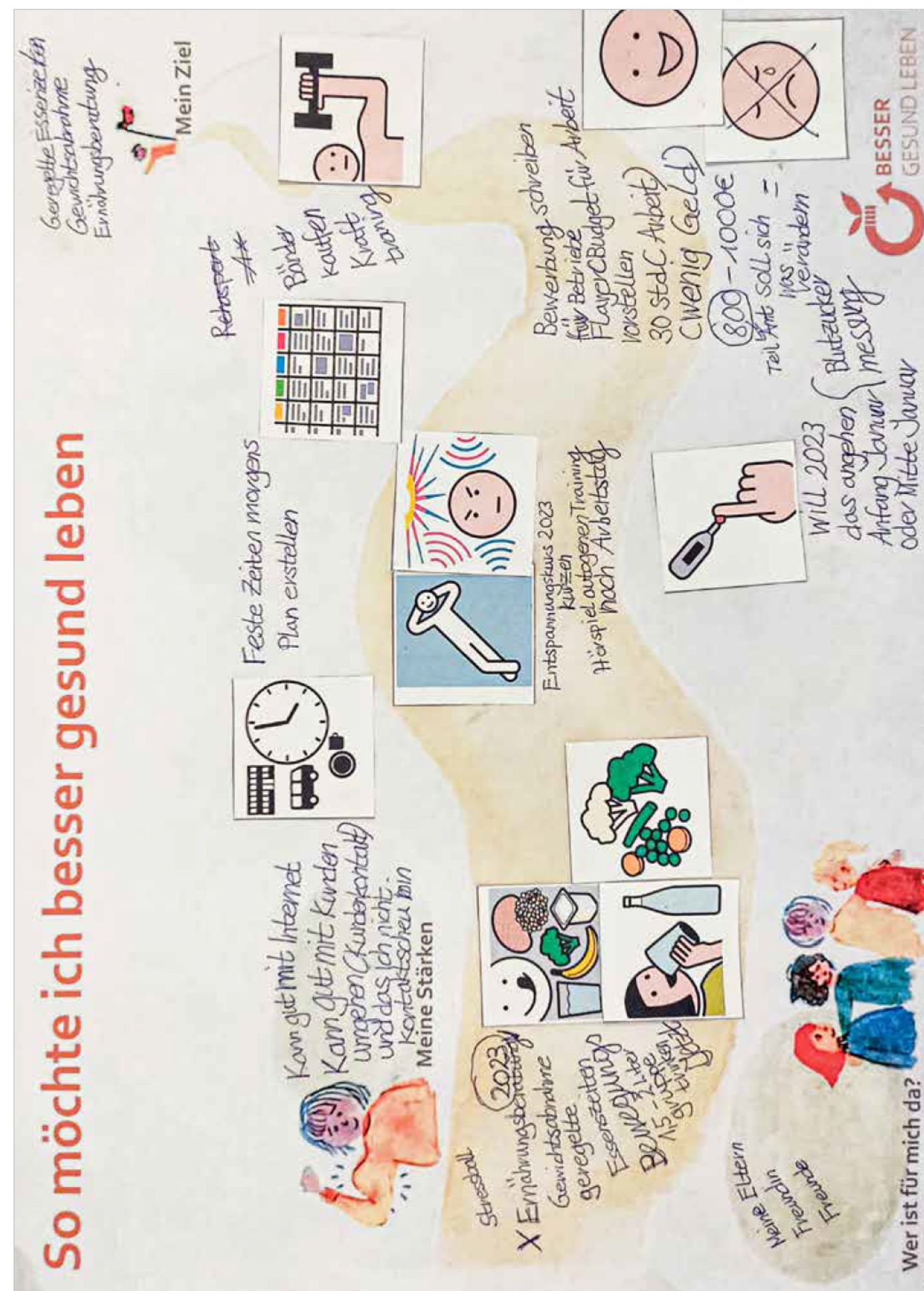
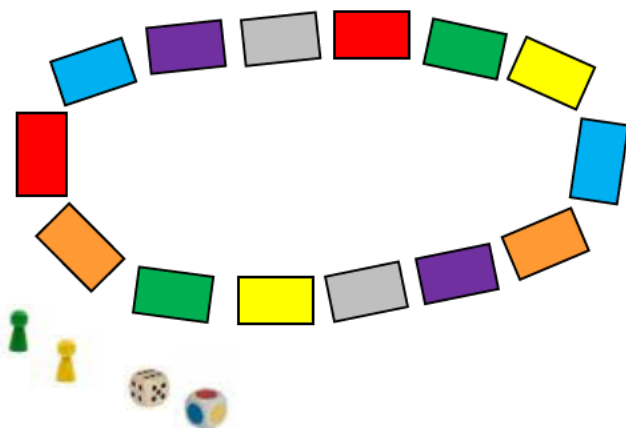
- Welche Gedanken habe ich dabei gedacht?
- Welche Gefühle habe ich dabei erlebt?
- Welche Willensimpulse hatte ich dabei?

Wenn das Gespräch zu einer Themenkarte abgeschlossen wurde, wird die Karte zur Seite gelegt. So wird der Weg nach und nach kürzer. Es wird so lange gespielt, bis alle Themenkarten behandelt wurden.

Variation:

Statt dem Zahlenwürfel kann auch ein Farbwürfel verwendet werden. Die Farbe der Themenkarten zeigt jeweils die nächste Karte an, auf die gesetzt wird.

Aufbau:





Ablauf Gesundheitstag

Ziel: Sensibilisierung und Aufbau von Gesundheitskompetenz in den vier Präventionsbereichen

Rahmenbedingungen: Ankommenszeit einplanen, Pausen nach Bedarf der Teilnehmenden einplanen

Dauer: 120 Minuten

Material allgemein: Metaplanwand, Namensschilder, Whiteboardmarker, gemalter Baum, Apfelkarten, leere Apfelkarten

Material Stress: Apfelscheiben, Gurkenscheiben, Brettchen, Messer, Metacom-Symbole Stressoren, Metacom-Symbole Stressreaktionen, Handout Stress und Entspannung

Material Bewegung: Kartenset: Gründe für Bewegung, Fotomemory, Lösungen, Spieleanleitungen und entsprechendes Spielmaterial, Handout Bewegung

Material Ernährung: Lebensmittellkarten und Zeitangaben für Spiel 1, Zuckerwürfel in Gefrierbeuteln + Bilder von Lebensmitteln für Spiel 2, Handout Ernährung (10 Regeln der DGE in leichter Sprache)

Material Gesundes Verhalten (Suchtprävention): Stress Metacom-Symbole, Flipcharts und Stifte, Bilder von Getränken und Zuckerwürfel, Handout Gesundes Verhalten

Gesundheitstag					Material
Dauer	Einheit	Ziel	Methode		
1. 15 min	Begrüßung und Ablauf Einführung	Willkommen heißen Rahmen klären, Sicherheit und Klarheit schaffen	Einleitung: - Begrüßung der Teilnehmenden - Vorstellung des Ablaufes und der Rahmenbedingungen (Toilette, etc.) - Vorstellungsrunde: Jeder sucht sich einen Apfel aus und stellt sich mit seinem Namen und seinem ausgesuchten Apfel vor. Namensschilder für jeden. - Der Apfelbaum wird vorgestellt. Jede*r Teilnehmende (TN) hängt einen ausgesuchten Apfel an den Baum. Die übrigen Äpfel aus der Mitte werden gemeinsam angehängt.	Namensschilder Metacombilder für Regeln Apfelbaum und Apfelkarten mit Gesundheitsthemen sowie leere Apfelkarten (einlaminiert) Apfelscheiben, Gurkenscheiben Brettchen, Messer	
2. 20 min	Wissensvermittlung I Stress und Entspannung	Hinführung zum Thema Stress. Klärung des Stressbegriffs. Wissenserwerb Sensibilisierung für Stresswahrnehmung	- Auf dem Apfelbaum schauen welche Äpfel zum Thema Stress am Ast „Stress“ hängen und gemeinsam besprechen. Bei Unklarheiten darf die*der jeweilige TN seine Entscheidung begründen. Entscheidung wird angenommen. - Kurzer theoretischer Input: Auf den Äpfeln stehen Entspannungsübungen, Offene Frage in die Runde: <i>Warum und wann ist Entspannung wichtig?</i> Aussagen sammeln. Antwort: Weil man immer mal wieder Stress hat. - Frage: <i>Was ist Stress?</i> Antwort: Jeder kennt Stress. Stress kommt, wenn man eine schwierige oder gefährliche Situation erlebt.	Metacom-Symbole Stressoren	

Seite 1 von 3

		Überleitung zur Stressbewältigung und sensibilisieren für die Wichtigkeit von Entspannung. Erleben einer Entspannungstechnik	- Frage: <i>Wann habt ihr Stress?</i> Aussagen sammeln und Metacom Stressoren zeigen/ anhängen. Stressoren evtl. ergänzen. - Frage: <i>„Wie fühlt sich Stress an?“</i>, <i>„Wo könnt ihr den Stress im Körper spüren?“</i> Aussagen sammeln und Metacom Stressreaktion zeigen/ anhängen. Stressreaktionen evtl. ergänzen. - Wenn man zu viel oder zu lange Stress hat, dann ist das ungesund. Wenn man zu viel oder zu lange Stress hat, dann kann man krank werden. Deshalb sollen Stress und Entspannung im Ausgleich sein. (Kurze Überleitung) Wichtigkeit von Entspannung und Stressbewältigung betonen. - Auf Entspannungsübungen am Baum verweisen. Frage: <i>Wie kann man sich noch entspannen? Was macht ihr zur Entspannung?</i> Ideen der TN auf leere Apfelkarten schreiben und an den Baum hängen. - Auch Achtsamkeitsübungen können entspannen. Wir wollen jetzt zusammen eine Achtsamkeitsübung machen. - Achtsamkeitsübung mit allen Sinnen einen Apfel essen durchführen (Alternativ: Gurke)	Metacom-Symbole Stressreaktionen Leere Apfelkarten Whiteboardmarker Anleitung Achtsamkeitsübung
3. 20 min	Wissensvermittlung II Bewegung	Sensibilisierung Wissensvermittlung	- Auf dem Apfelbaum schauen welche Äpfel zum Thema Bewegung am Ast „Bewegung“ hängen und gemeinsam besprechen. Bei Unklarheiten darf der jeweilige TN seine Entscheidung begründen. Entscheidung wird angenommen. - 1. Spiel: Gute Gründe für Bewegung Frage an die TN: <i>Wusst ihr, warum Bewegung wichtig ist?</i> TN können überlegen, wenn keine Antwort kommt, kann eine Karte aufgedeckt werden. - 2. Spiel: Wie man mehr Bewegung in den Alltag bringt Fotomemory offen auf dem Tisch ausbreiten. Es passen immer zwei Bilder zusammen TN sollen nacheinander nach den passenden Bildern zu suchen. Wenn eine Person ein Pärchen entdeckt hat, soll sie beschreiben, was darauf zu sehen ist. Zum Beispiel: Auf dem einen Bild sieht man zwei Frauen, die sich sitzend unterhalten. Auf dem zweiten Bild gehen die beiden Frauen spazieren und haben so mehr Bewegung im Alltag usw.	Spielkarten von GESUND! für die 2 Spiele: Kartenset_ Gründe für Bewegung Erklärung für die Karten Fotomemory (Gesund!)

Seite 2 von 3

				Flipchart_ Ideensammlung
4.	5 min	Bewegte Pause	Aktivierung	Anleitung für Übungen
5.	10 min	Pause	Pause	Lebensmittelkarten und Zeitangaben für Spiel 1
6.	20 min	Wissensvermittlung III Ernährung	Sensibilisierung Wissensvermittlung	Zuckerwürfel in Gefrierbeuteln Bilder von Lebensmitteln Merkblatt 10 Regeln der DGE in in leichter Sprache
7.	20 min	Wissensvermittlung IV Gesundes Verhalten (Suchtprävention)	Aktivierung Wissensvermittlung	Bilder von Getränken (A4) und Zuckerwürfel Metacom Sucht Flipchart Apfelbaum/ Metacom Symbole groß
8.	15 min	Abschluss		Handouts

Seite 3 von 3



Leitfragen und Erfolgskriterien BESSER gesund leben

1. Erfolgskriterien aus Sicht der Pflege- und Gesundheitsexpert*in (PGE) bezogen auf die Arbeit mit dem*der Teilnehmer*in (TN)

TN nimmt die Termine mit der PGE (aus eigenem Interesse) wahr.	
TN gestaltet gemeinsam mit der PGE einen Präventionsplan mit (eigenen) Zielen und Maßnahmen. (Nimmt Vorschläge von PGE an oder hat eigene Ideen).	
TN zeigt ein gesteigertes Interesse am Thema Gesundheit.	
TN beschäftigt sich gerne mit der PGE mit Themen rund um die Gesundheit.	
TN hat mehr Wissen zum Thema Gesundheit (z.B. Regenbogenmodell).	
TN interessiert sich vermehrt an Angeboten der Gesundheitsförderung.	
TN interessiert sich vermehrt an Angeboten, die einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und Lebensqualität haben (Soziale Teilhabe).	
TN nimmt vermehrt an Angeboten der Gesundheitsförderung teil.	
TN weist eine verbesserte Gesundheitskompetenz auf.	
Die Lebensbedingungen/Lebensqualität des TN haben sich in Bezug auf seine*ihre Gesundheit verbessert.	

2. Checkliste zum Erfolg in den einzelnen Themenbereichen

TN hat Wissen zum Themenbereich erworben (1. Absichtslosigkeit, Transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung (TTM)).	
Ist interessiert am Thema (2. Absichtsbildung, TTM).	
Möchte eine Verhaltensänderung im Themenbereich, kann ein Ziel formulieren (Willen hat sich entwickelt, wichtig für weiteren Verlauf) (3. Vorbereitung, TTM).	
Hat Interesse an Informationen zum Thema.	
Beschäftigt sich gerne gemeinsam mit der PGE zum Thema (4. Handlung, TTM).	
• Möchte an einem Angebot teilnehmen.	
• Organisiert gemeinsam mit PGE den Besuch eines Angebotes.	
• Geht gemeinsam mit PGE zum Angebot (4. Handlung, TTM).	
• Eine Begleitung wurde bei Bedarf organisiert.	
• Geht selbstständig oder mit Begleitung zum Angebot.	
• Geht regelmäßig ohne die PGE zum Angebot.	
• Ist in der Lage eigenständig den Besuch eines anderen Angebotes zu organisieren.	
TN hat seine*ihre Kompetenzen erweitert.	
TN verfolgt sein*ihre Ziel eigenständig bei Bedarf mit Begleitung.	
Es kam zu einer Verhaltensveränderung beim*bei der TN (5. Aufrechterhaltung, TTM).	
TN setzt gesundheitsförderliche Verhaltensweisen langfristig selbstständig um (6. Termination, TTM).	

3. Erfolgskriterien aus Sicht des Teilnehmenden

TN fühlt sich wohl.	
TN fühlt sich wahrgenommen und gehört von der PGE.	
TN fühlt sich von PGE unterstützt.	

Seite 1 von 2



TN kann Ziele in eigenen Worten formulieren.	
TN fasst Mut etwas Neues auszuprobieren.	
TN entscheidet, was verändert und umgesetzt wird.	
TN erhält Wissenszuwachs im Bereich Gesundheit.	
TN entwickelt ein Bewusstsein für seine eigene Gesundheit.	
TN lernt eigene Bedürfnisse wahrzunehmen und zu benennen.	
TN setzt seine*ihre persönlichen Maßnahmen um.	
TN erreicht seine persönlichen Ziele.	
TN erkennt eigene Stärken und Schwächen.	
TN lernt sich selbst zu reflektieren und wird in seiner*ihrer Selbstständigkeit bestärkt.	
TN hat Vertrauen zur PGE aufgebaut.	
TN empfindet gesteigerte Selbstwirksamkeit.	
TN empfindet eine gesteigerte Lebensqualität.	

4. Erfolgskriterien aus Sicht der PGE bezogen auf das persönliche Netzwerk (Familie, Betreuer)

PGE steht im regelmäßigen Austausch mit dem persönlichen Netzwerk des*der TN.	
Das Thema Gesundheit wird vom persönlichen Netzwerk des TN verstärkt wahrgenommen.	
Es findet eine Zusammenarbeit mit dem persönlichen Netzwerk des*der TN statt.	
Das persönliche Netzwerk unterstützt bei der Begleitung und Verstärkung.	
Das persönliche Netzwerk hat ein gesteigertes Wissen zum Thema Gesundheit und zu Präventionsangeboten.	
Thema Gesundheit hat einen höheren Stellenwert im persönlichen Netzwerk des*der TN.	

5. Erfolgskriterien aus Sicht der PGE bezogen auf die Netzwerkarbeit mit professionellen Akteuren

PGE steht im regelmäßigen Austausch mit wichtigen Akteuren im Bezirk.	
Es findet eine Zusammenarbeit mit wichtigen Akteuren im Bezirk statt.	
Angebote werden im Bezirk bekannter.	
Vorhandene Angebote der Gesundheitsförderung werden stärker genutzt.	
Die Nachfrage für Angebote der Gesundheitsförderung steigt.	
Es konnten neue inklusive Angebote der Gesundheitsförderung geschaffen werden.	
Barrieren werden erkannt und abgebaut.	
Das Thema Inklusion spielt eine (größere) Rolle bei wichtigen Akteuren im Bezirk.	

6. Dokumentation von Erfolg

- Dokumentationssystem: Reiter Präventionsplan Zeile Erfolgskriterien
- Dokumentationssystem: Reiter Präventionsplan erreicht/nicht erreicht
- Dokumentationssystem: Reiter Bericht: Unter „Bericht“ im Fließtext
- Dokumentationssystem: Reiter Bericht: Unter „Teilnahmemotivation und Reflexion des letzten Termins“
- Dokumentationssystem: Reiter Kurzkontakte: Netzwerk des*der TN berichtet von Erfolgen
- Fotodokumentation von Präventionsplänen und Erfolgsbild
- Feedbackbögen Gruppenberatungen
- Auswertung der Sozialraumanalysen

Seite 2 von 2

Befindlichkeitsskala



METACOM Symbole © Annette Kitzinger



Schweigepflicht-Entbindung

Vorname und Nachname: _____

Geburts-Datum: _____

Der*Die Pflege- und Gesundheits-Expert*in _____
vom Projekt „BESSER gesund leben“ darf über mich reden mit:

☐

Familie:



☐


Ärztinnen und Ärzte:



☐

Betreuende:



☐


Therapeutinnen und
Therapeuten:

☐


Ernährungs-Beraterinnen und
Berater:

Der*Die Pflege- und Gesundheits-Expert*in darf reden über:

Das mache ich freiwillig.

Niemand zwingt mich dazu.

Ich kann auch später sagen:

Ich bin nicht mehr einverstanden.

Ort und Datum: _____ Unterschrift: _____

(Teilnehmer*in)



Meine Stärken: Gute Dinge über mich.

Name: _____

Datum: _____



Bei der Arbeit



Mit Menschen



In der Frei-Zeit



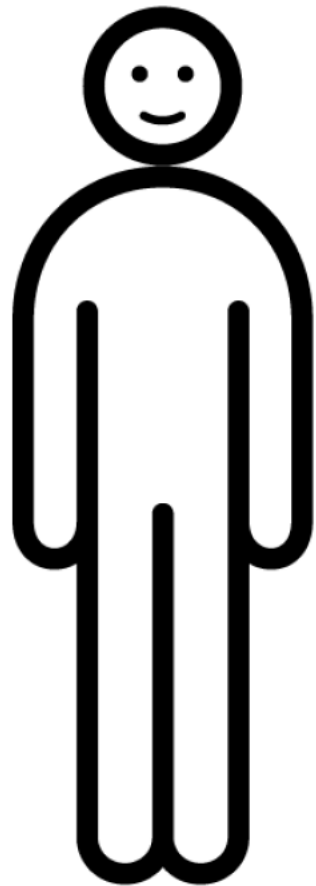
Ressourcenkarte



Das kann ich gut:



Das kann ich Nicht:



Das habe ich:

Das habe ich Nicht:

METACOM Symbole © Annette Kitzinger

Wichtige Personen in meinem Leben. Wer könnte mich noch motivieren?



Familie

Freizeit



Mein Name:



Assistenten

Arbeit



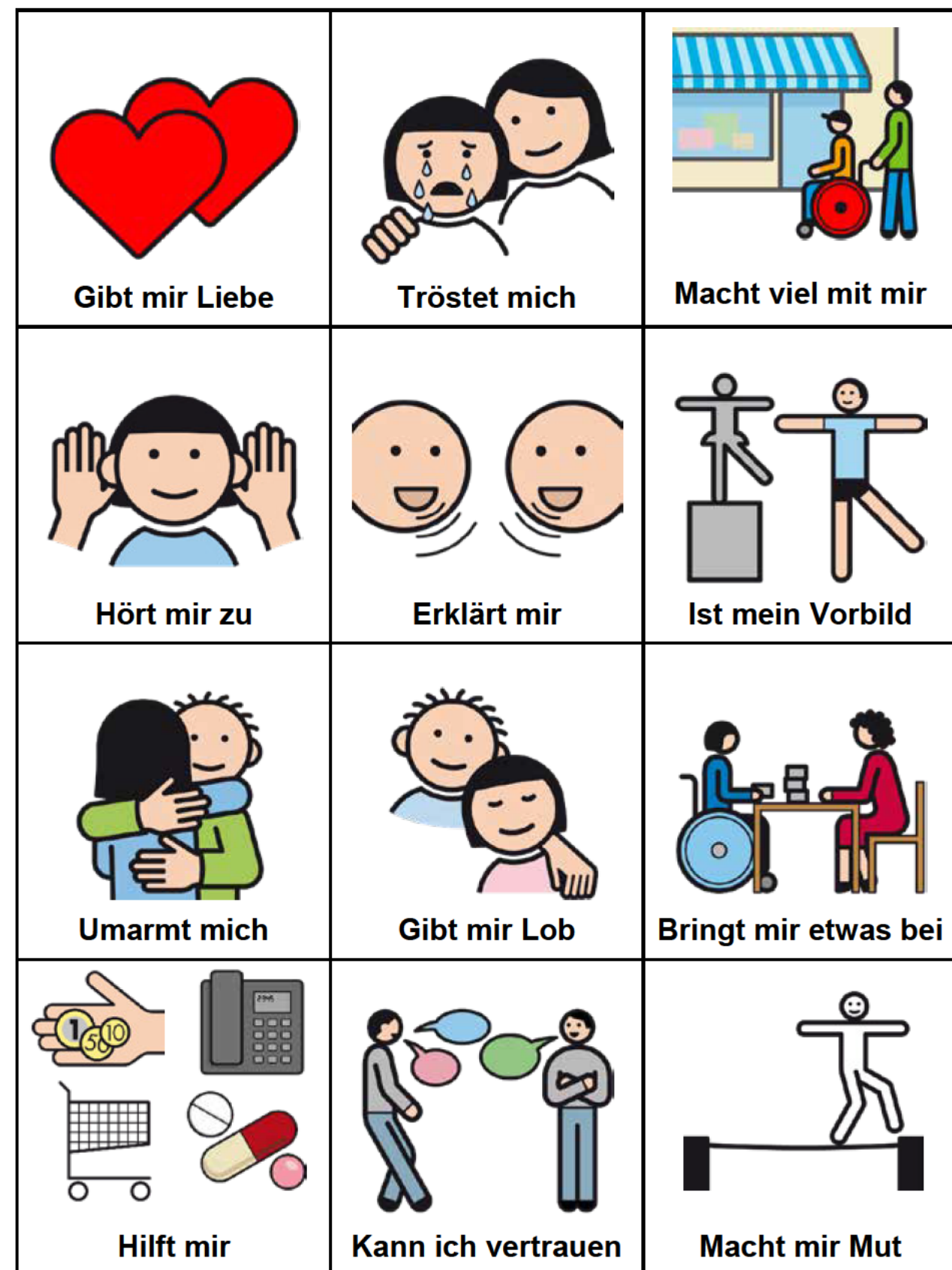
Seite 1 von 1

METACOM Symbole © Annette Kitzinger

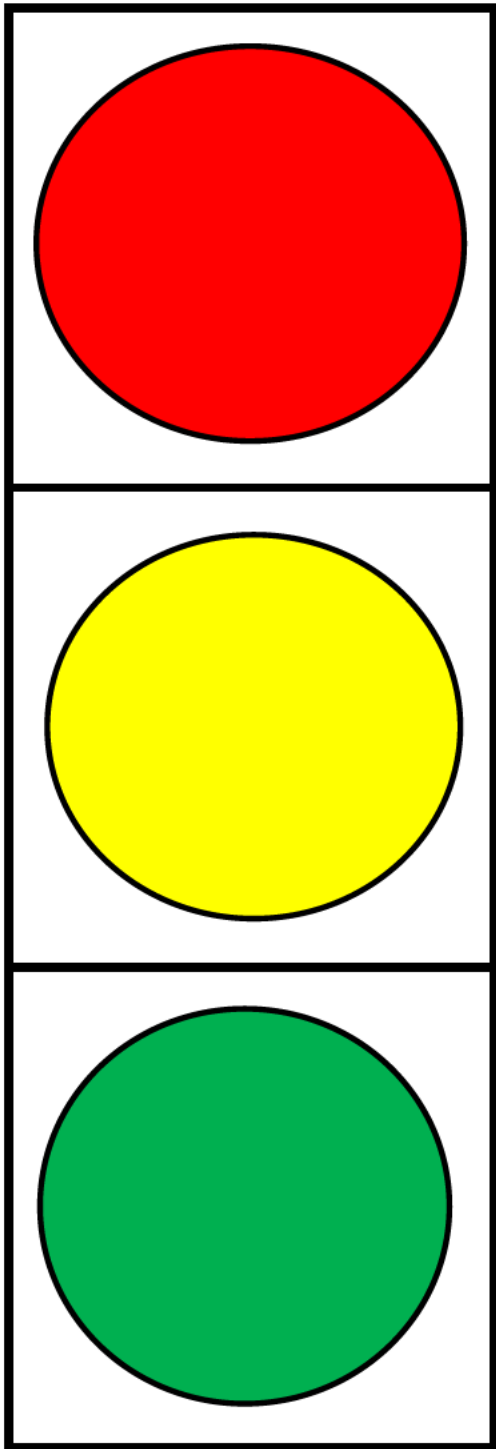


Was bekomme ich von wem?

Name der Person: _____



METACOM Symbole © Annette Kitzinger



Wie gesund lebe ich?

Mache ein Kreuz, wenn du der Aussage zustimmst.



Ernährung	Ich stimme zu
Ich esse wenig Gemüse. 	
Ich trinke wenig. 	
Ich habe immer Hunger. 	
Ich fühle mich zu dick. 	
Ich habe keine festen Essenszeiten. 	
Ich kann nicht gut kochen. 	
Ich weiß nicht, wie man sich gesund ernährt. 	
Ich esse, wenn es mir nicht gut geht. 	
Ich esse, wenn ich Langeweile habe. 	



Wie gesund lebe ich?

Mache ein Kreuz, wenn du der Aussage zustimmst.



Bewegung	Ich stimme zu
Ich habe wenig Kraft.	
Ich bin schnell aus der Puste.	
Ich sitze viel.	
Ich habe Rückenprobleme.	
Ich bin unbeweglich.	
Ich habe Schmerzen bei Bewegung.	



Wie gesund lebe ich?

Mache ein Kreuz, wenn du der Aussage zustimmst.



Stress	Ich stimme zu
Ich kann mich schwer entspannen.	
Ich bin oft erschöpft und müde.	
Ich kann mich nicht gut organisieren.	
Ich habe oft Angst.	
Ich bin oft traurig.	
Ich habe wenig Freunde.	
Ich habe wenig Geld.	
Ich habe Probleme mit anderen Menschen.	
Ich schlafe schlecht.	
Die Hausarbeit stresst mich.	
Ich fühle mich in meiner Wohnung nicht wohl.	
Ich fühle mich einsam.	



Wie gesund lebe ich?

Mache ein Kreuz, wenn du der Aussage zustimmst.



Sucht	Ich stimme zu
Ich esse viel Zucker oder viele Süßigkeiten.	
Ich sitze viel vor dem Computer, Fernseher oder Handy.	
Ich muss mein Geld immer sofort ausgeben.	
Ich trinke viel Cola oder Energy-Drinks.	
Ich rauche viel.	
Ich trinke viel Alkohol.	
Ich trinke viel Kaffee.	



Anleitung Ampel-Methode

Material:

- Arbeitsblätter „Wie gesund lebe ich“
- Stift
- Ampel
- Bildkarten zu den Aussagen des Arbeitsblattes „Wie gesund lebe ich“
- Dokumentation Ampel-Methode

Vorgehen:

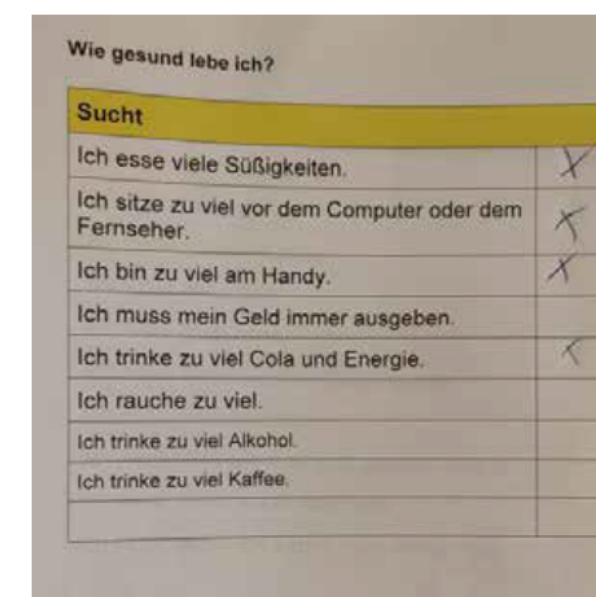
Anhand der ersten Ziele des Teilnehmenden (Motivationskarte) und der Ergebnisse der Assessments werden relevante Themenbereiche ermittelt und das jeweilige Arbeitsblatt „Wie gesund lebe ich“ bereitgelegt.

Die Arbeitsblätter „Wie gesund lebe ich“ werden nacheinander bearbeitet. Jede Aussage die zutrifft wird angekreuzt.

Anschließend werden alle angekreuzten Punkte nacheinander durchgegangen. Die/der Teilnehmende erhält zu jedem angekreuzten Thema die entsprechende Bildkarte. Er wird aufgefordert sie auf die Ampel zu legen, je nachdem ob das Verhalten als „gut“ (grün), „mittel“ (gelb) oder „schlecht“ (rot) bewertet wird und ob eine Veränderung gewünscht ist.

Anschließend werden die Bildkarten im roten und gelben Bereich durchgesprochen und für jedes Thema gemeinsam eine passende Maßnahme überlegt, die dann auf den Präventionsplan übertragen wird.

Bei den Bildkarten im grünen Bereich gilt es mehr über die Hintergründe herauszufinden, diese zu notieren und eventuell im späteren Verlauf zu thematisieren. Z.B. Jemand raucht, bewertet das Verhalten aber als „gut“ (grün) und möchte nichts daran verändern.





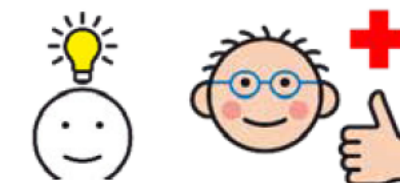
METACOM Symbole © Annette Kitzinger



Tipps - Das kann ich für meine Gesundheit tun

Hier sind Tipps, wie Du weiter gesund leben kannst.

Hole Dir Hilfe beim Telefonieren oder mit dem Internet, wenn etwas nicht klappt.



Präventions-Kurse der Krankenkassen

1 bis 2 mal im Jahr bezahlt deine Krankenkasse einen Teil von einem Gesundheitskurs.

Der Gesundheitskurs kann ein:

- Entspannungskurs,
- Bewegungskurs,
- Ernährungskurs
- Suchtkurs sein.



Die Krankenkasse muss einen Vertrag mit der Kursleitung haben.

Die Gesundheitskurse findest Du im Internet unter:

www.gkv-spitzenverband.de/service/praeventionskurse/primaerpraeventionskurse.jsp

Du kannst auch direkt bei Deiner Krankenkasse anrufen und nach Kursen fragen.

Deine Krankenkasse:

METACOM Symbole © Annette Kitzinger

Seite 1 von 2



Vorsorgeuntersuchungen

Gehe regelmäßig zu den
Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt.

Dein Hausarzt kann Dir sagen, wann Du:

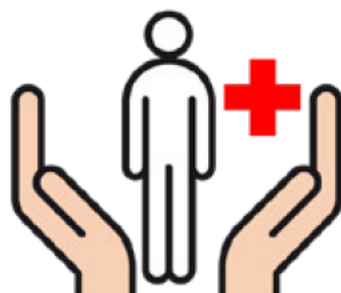
- Zur Krebsfrüherkennung,
- Zur Zahnvorsorge,
- Zum Augenarzt,
- Zum Ohrenarzt gehen sollst.

Du kannst auch Deine Krankenkasse fragen.

Mehr Infos gibt es im Internet zum Beispiel unter:

[Informationen zur Gesundheit in leichter Sprache](http://www.gesundheit-leicht-verstehen.de)
(www.gesundheit-leicht-verstehen.de)

[Früherkennung von Krankheiten](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)
(www.bundesgesundheitsministerium.de)



Regionale Angebote:

Wo/ Was/ Webseite/ Kontakt/ Etc.

Anlaufstellen im Bezirk/ im Stadtteil:

Gemeinsam besuchte Angebote:

Weitere passende Angebote:



IMPRESSUM

Herausgeberin: Evangelische Stiftung Alsterdorf
Elisabeth-Flügge-Str. 1
22337 Hamburg

Arbeitsbereich: Gesundheit für alle – jetzt!

Gesamtredaktion: Kerstin Gemes, Birgit Pohler

Autor*innen: Lisa Behrens, Janina Kranert,
Pia Khan, Annika Lehmann,
Wiebke Rodewald, Katharina Wilharm,
Tabea Zillmann

Grafik: Andrea Lühr

Druck: RESET ST. PAULI Druckerei GmbH

Hamburg, März 2025



Fallmanagement und Pflegeexpertise als Präventionsansatz für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung (FaPP-MgB) Förderkennzeichen 01NVF20007

gefördert durch



Dieses Handbuch ist Teil des Ergebnisberichtes.



www.gesundheit-fuer-alle.jetzt