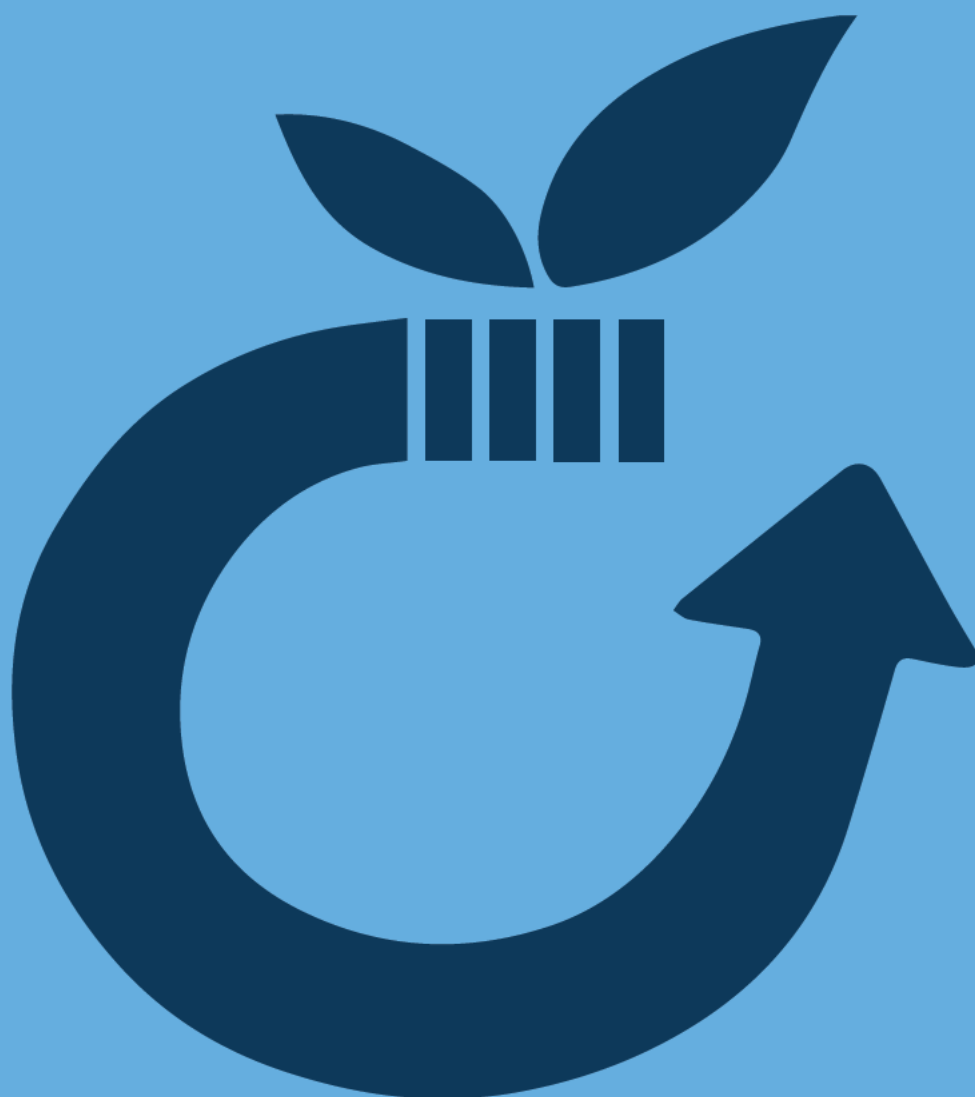




BESSER gesund leben

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

alsterdorf

Evangelische Stiftung Alsterdorf





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).

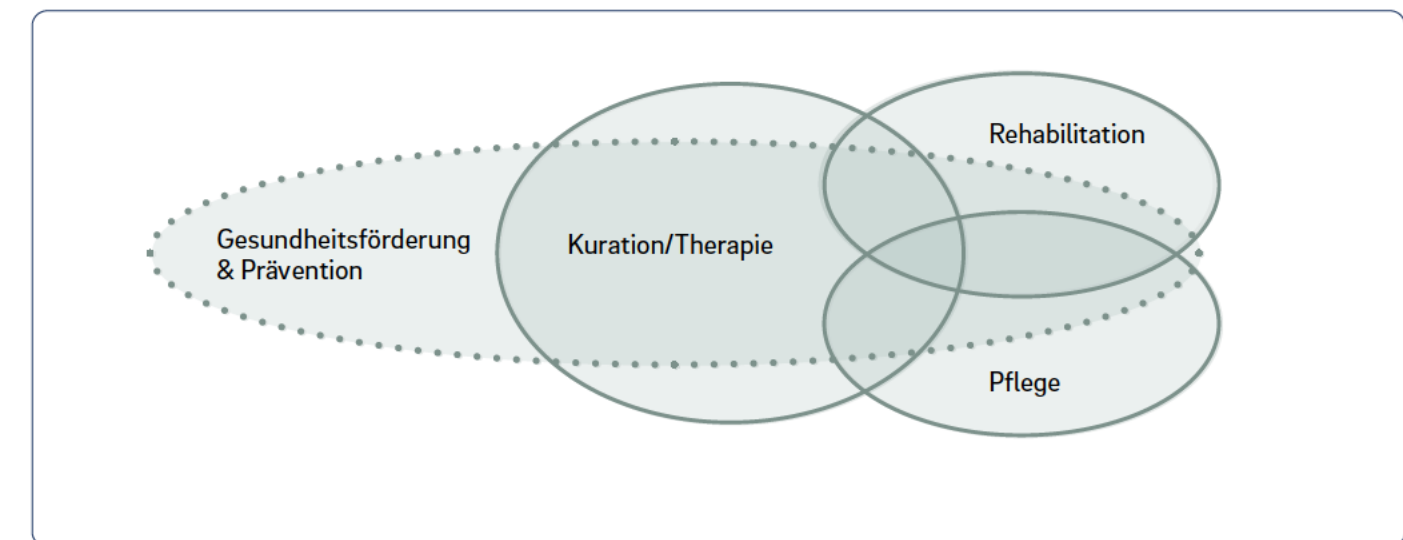


Abbildung 3: Prävention und Gesundheitsförderung als integrale Bestandteile der gesundheitlichen Versorgung, Quelle: modifiziert nach (31)

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.

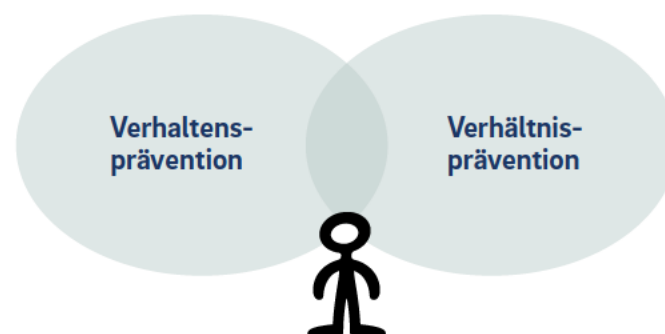
PRIMÄR-, SEKUNDÄR- UND TERTIÄRPRÄVENTION

	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).

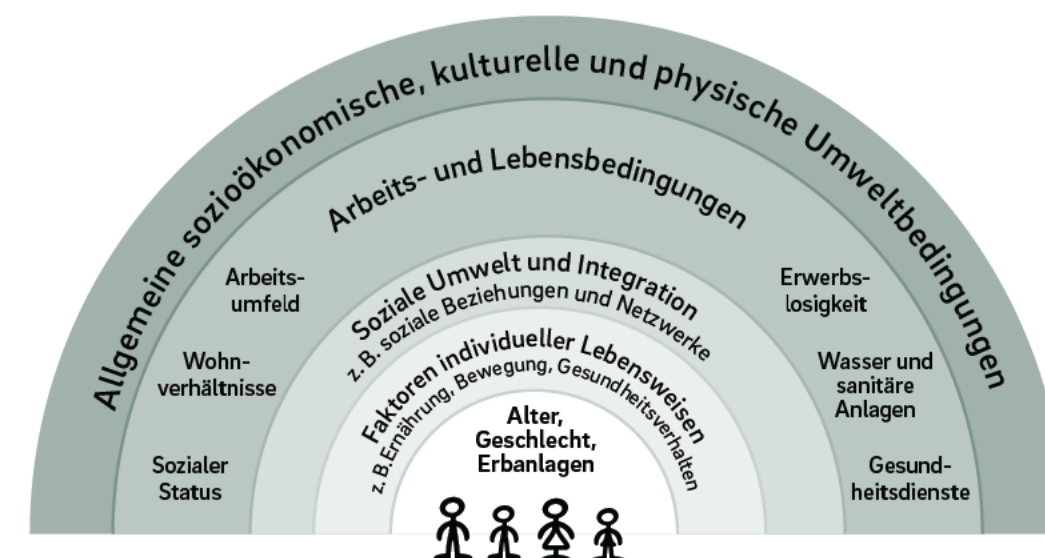


Abbildung 4: Modell der Determinanten von Gesundheit, Quelle: modifiziert nach (18)

→ 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.

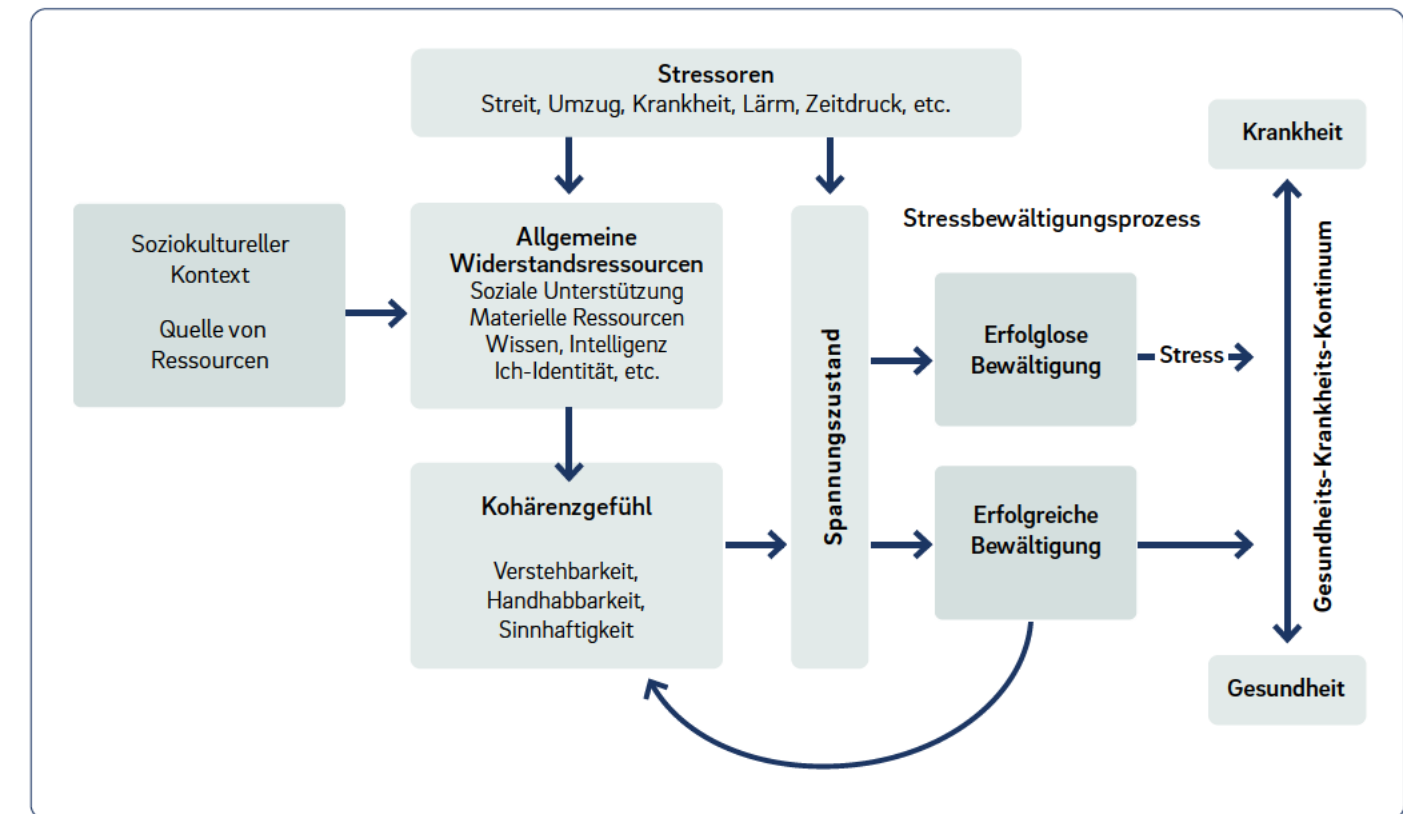


Abbildung 6: Das Modell der Salutogenese, Quelle: angelehnt an (20)

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).

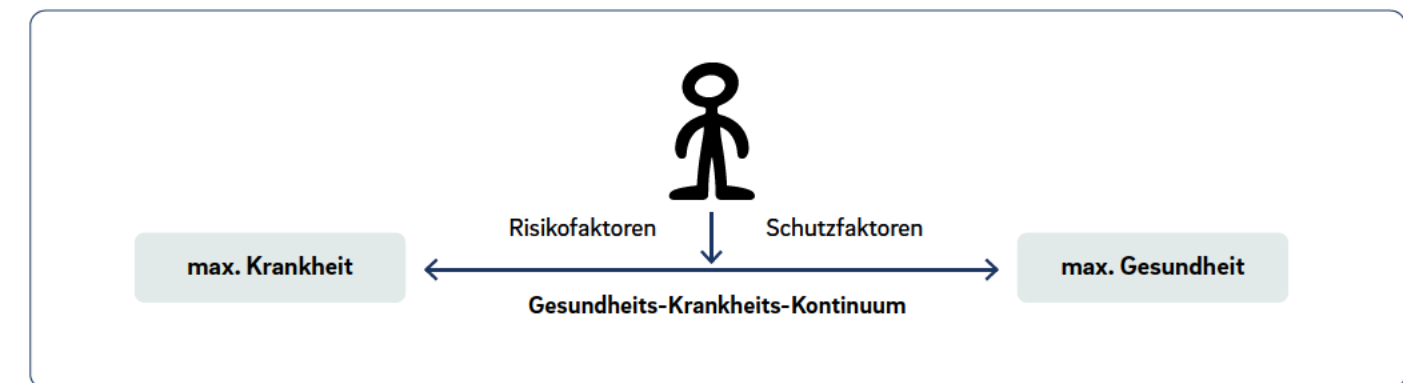


Abbildung 7: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, Quelle: eigene Darstellung nach (20)

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).

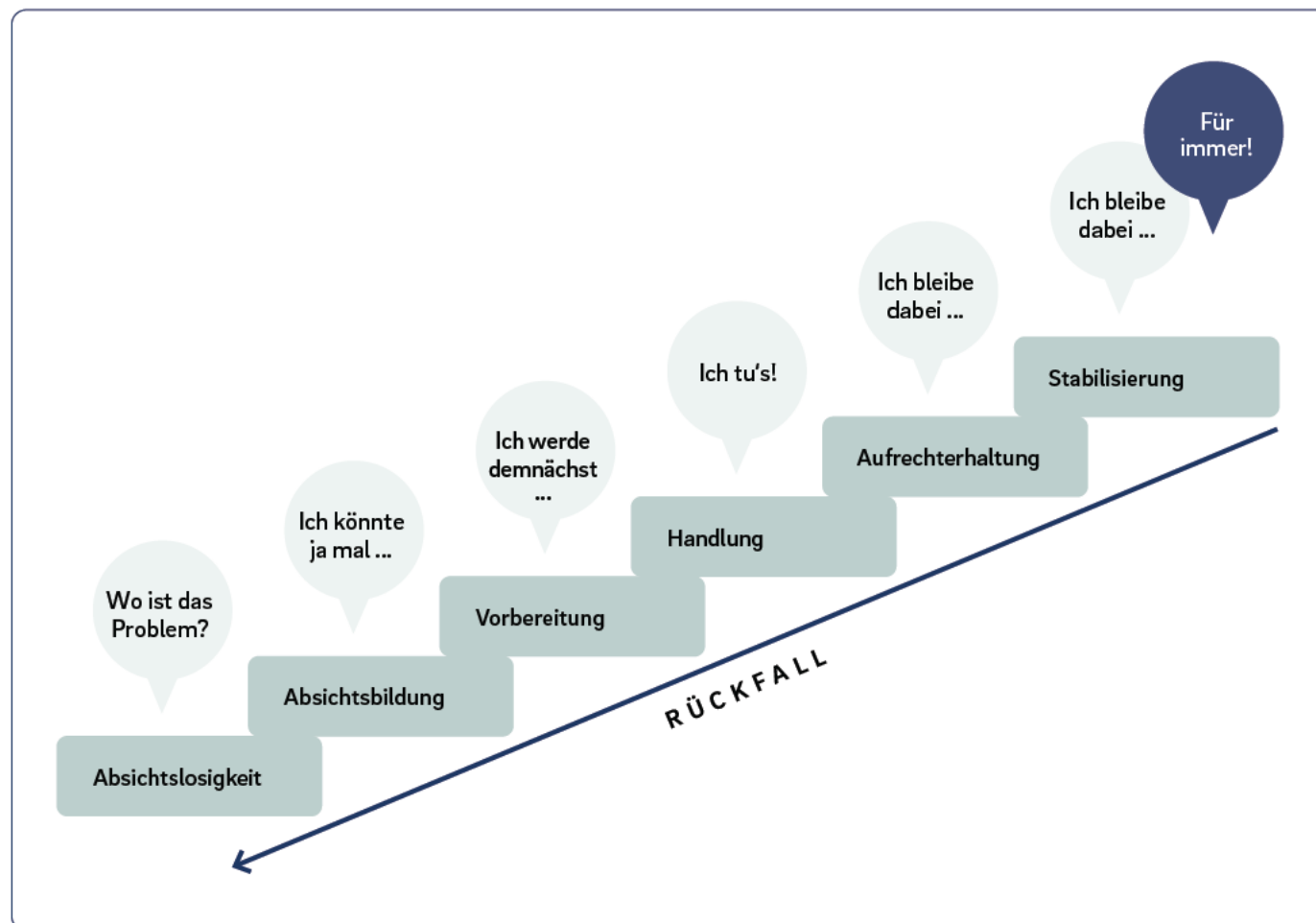


Abbildung 8: Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung, Quelle: angelehnt an (42)

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 Intensionsbildung 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).

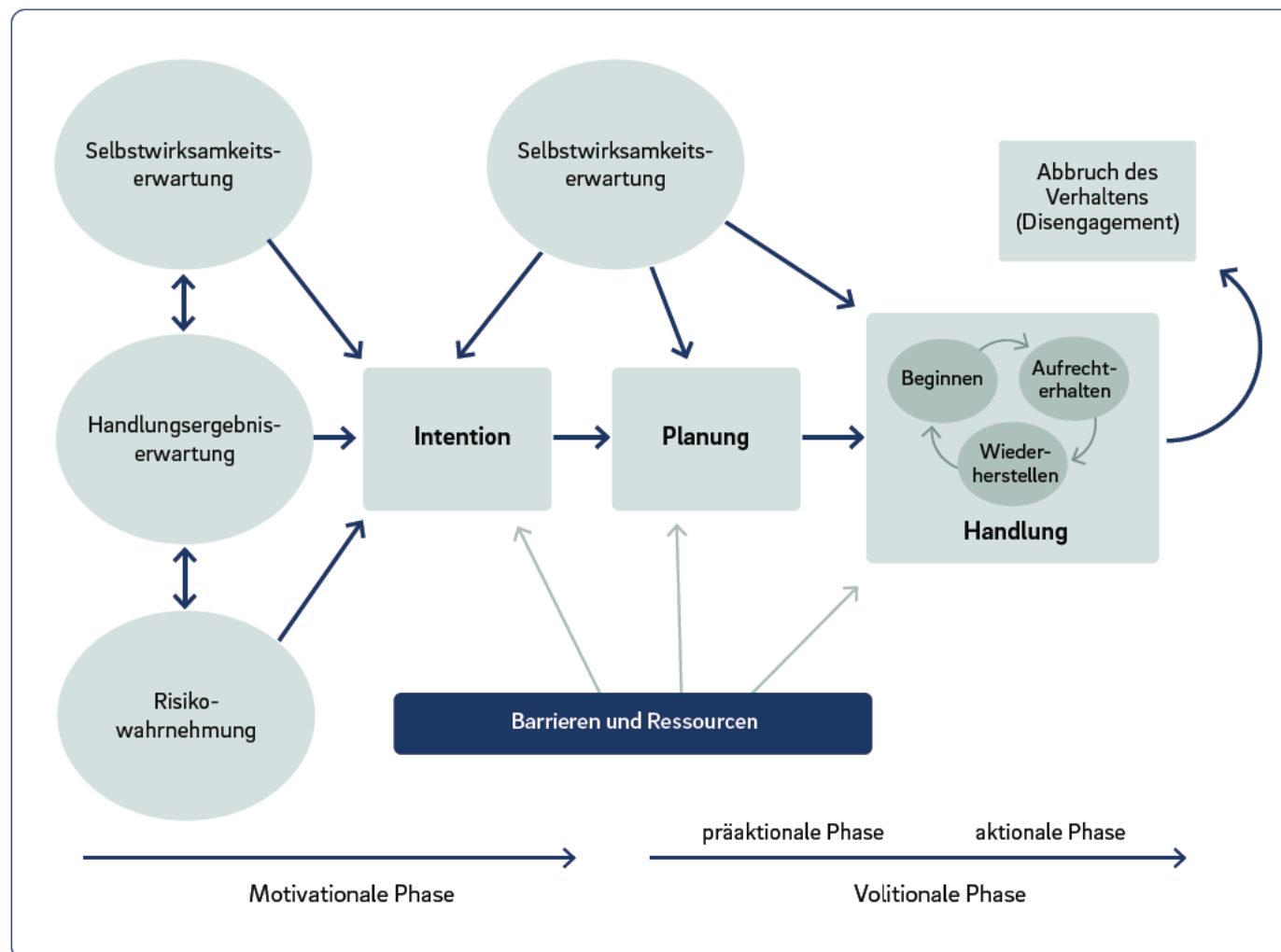


Abbildung 9: Das HAPA-Modell, Quelle: angelehnt an (42)

→ 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, niedrighschwellig 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).

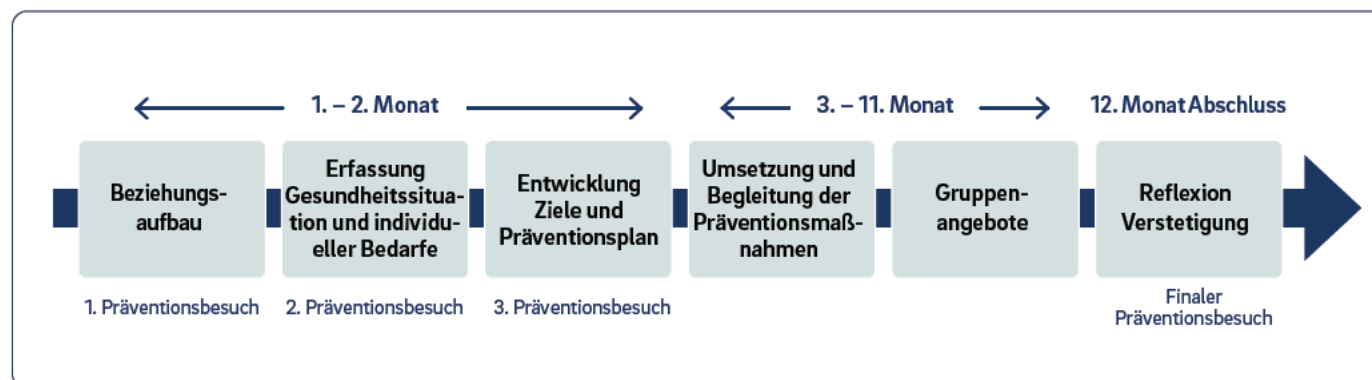


Abbildung 13: Ablauf der Intervention von BESSER gesund leben

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.

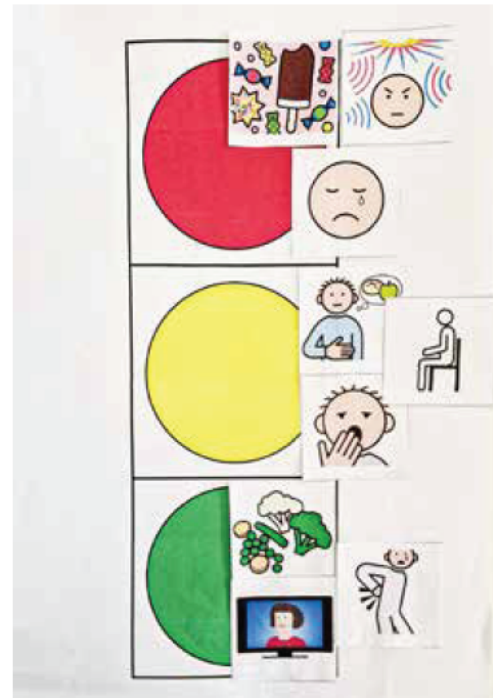
Ampel-Methode

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 unterstützen 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*r 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 Problembereiche 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 Lämmlein. 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/gesundheits-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-SYMBOLE. Verschiedenes Material. [Online] METACOM, 2025 .
[Zugriff am: 06. 03. 2025.] https://www.metacom-symbole.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

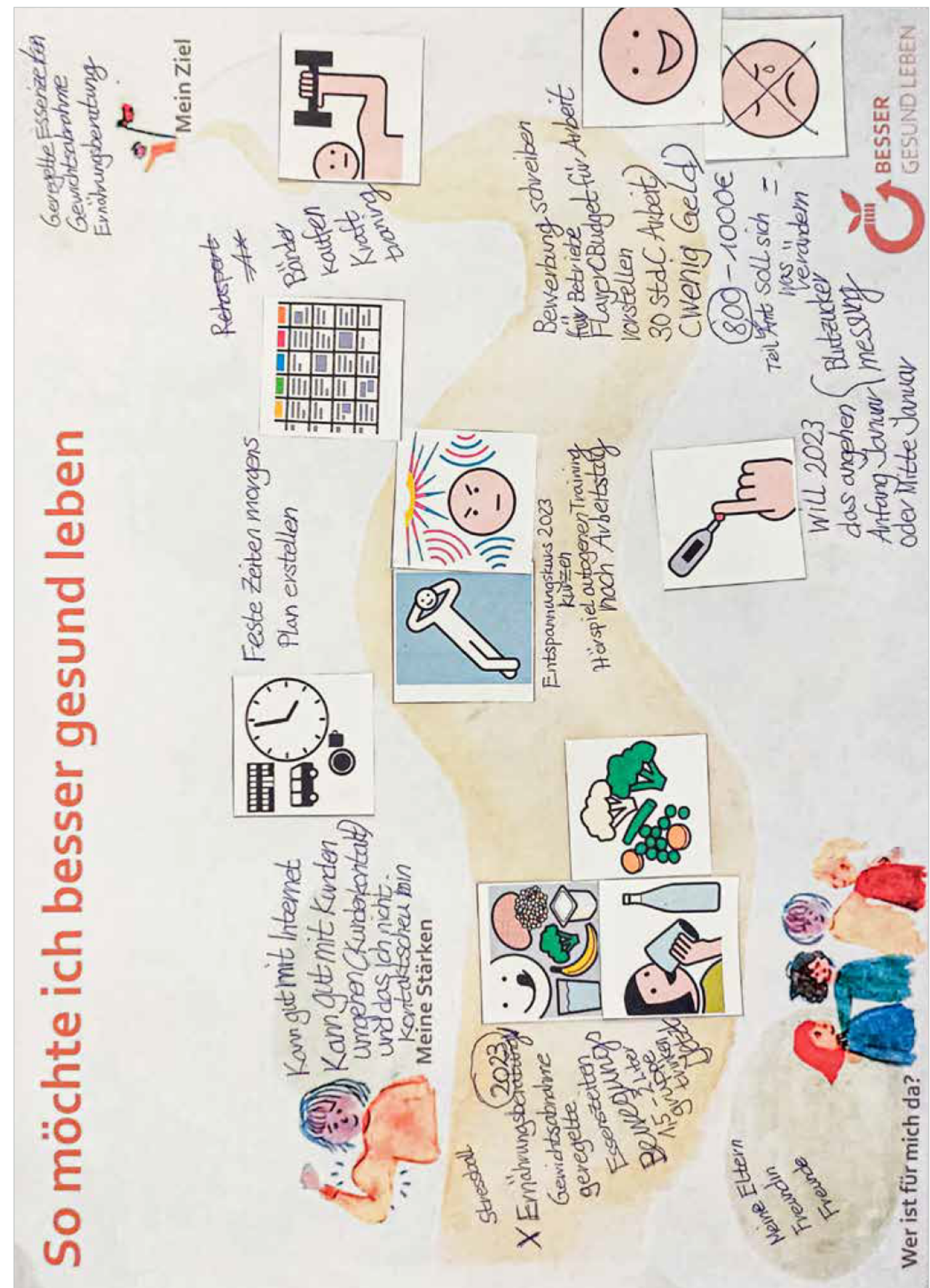
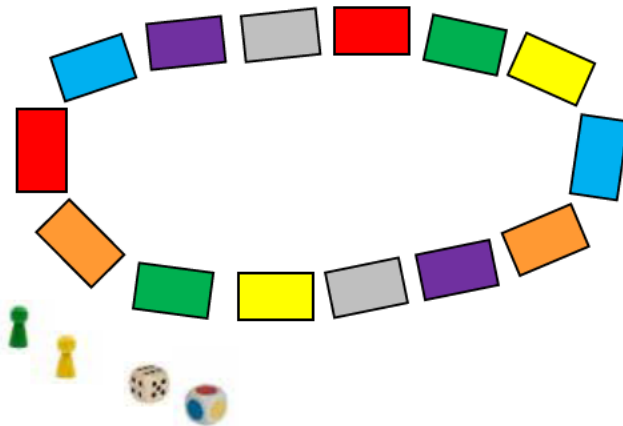
- Welche Gedanken habe ich dabei gedacht?
- Welche Gefühle habe ich dabei erlebt?
- Welche Willensimpulse hatte ich dabei?

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: Lebensmittellisten 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				
Dauer	Einheit	Ziel	Methode	Material
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 Metacom-Bilder für Regeln Apfelbaum und Apfelkarten mit Gesundheitsthemen sowie leere Apfelkarten (einlaminiert) Apfelscheiben, Gurkenscheiben Brettchen, Messer Metacom-Symbole Stressoren
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
				Anleitung für Übungen
				Lebensmittelkarten und Zeitangaben für Spiel 1
				Zuckerwürfel in Gefrierbeuteln
				Bilder von Lebensmitteln
				Merkblatt 10 Regeln der DGE in in leichter Sprache
				Bilder von Getränken (A4) und Zuckerwürfel
				Metacom Sucht
				Flipchart
				Apfelbaum/ Metacom Symbole groß
				Handouts
4.	5 min	Bewegte Pause	Aktivierung	Danach werden die Bilder gemischt und umgedreht. Das Spiel wird jetzt als Memory gespielt. Im Anschluss werden mit den TN weitere Möglichkeiten gesammelt
5.	10 min	Pause	Pause	5 min Bewegungsübungen in der Gruppe 10 min Pause zur freien Verfügung
6.	20 min	Wissensvermittlung III Ernährung	Sensibilisierung Wissens- vermittlung	- Auf dem Apfelbaum schauen welche Äpfel zum Thema Ernährung am Ast „Ernährung“ hängen und gemeinsam besprechen. Bei Unklarheiten darf die*der jeweilige TN seine Entscheidung begründen. Entscheidung wird angenommen. - 1. Spiel: Wie viel Bewegung, um wie viele Kalorien abzubauen. (TN sollen Zeitangaben zu Lebensmitteln zuordnen: max. 50 Gramm Zucker am Tag= 16 Zuckerwürfel) - 2. Spiel: Zuckerwürfel-Spiel + theoretischer Input, wie viel Zucker ist in einem Lebensmittel (Lebensmittel auf Karten ausdrucken, Zuckerwürfel in Zippbeutel; TN sollen Zuckerwürfel zu Lebensmitteln zuordnen) - Thema Zucker: Bezug auf die Übung „Zucker-Spiel“ von Wissensvermittlung Ernährung - Erweiterung auf Getränke und Zucker: Getränkebilder ausgedruckt auslegen (z.B. Cola/ Apfelschorle/ Kakao/ Brause o.Ä. und Zuckerwürfel zuordnen lassen Überleitung Diskussionsfrage: „Was kann man zu viel benutzen/ essen/ trinken?“ Auslegen der Metacom Symbole als Unterstützung - Gesprächsrunde (Alternativ: Sammeln auf einem Flipchart) - 5 Merkmale einer Sucht in leichter Sprache vorstellen - Alternative „gesunde Möglichkeiten“ gegen „ungesundes Verhalten → Sucht“ auf den Äpfeln an den Apfelbaum hängen und gemeinsam besprechen. - Auf dem ganzen Baum nach weiteren Möglichkeiten schauen.
7.	20 min	Wissensvermittlung IV Gesundes Verhalten (Suchtprävention)	Aktivierung Wissens- vermittlung	- Apfelbaum gemeinsam zum Abschluss besprechen, Handouts austreten (1 Seite/Thema) und ggf. in einer Individualberatung aufnehmen. Zusätzlich in der nächsten Individualberatung das Foto vom Apfelbaum austreten. - Wie war der Tag? - Was wurde aus dem Tag mitgenommen? - Verabschiedung
8.	15 min	Abschluss		

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



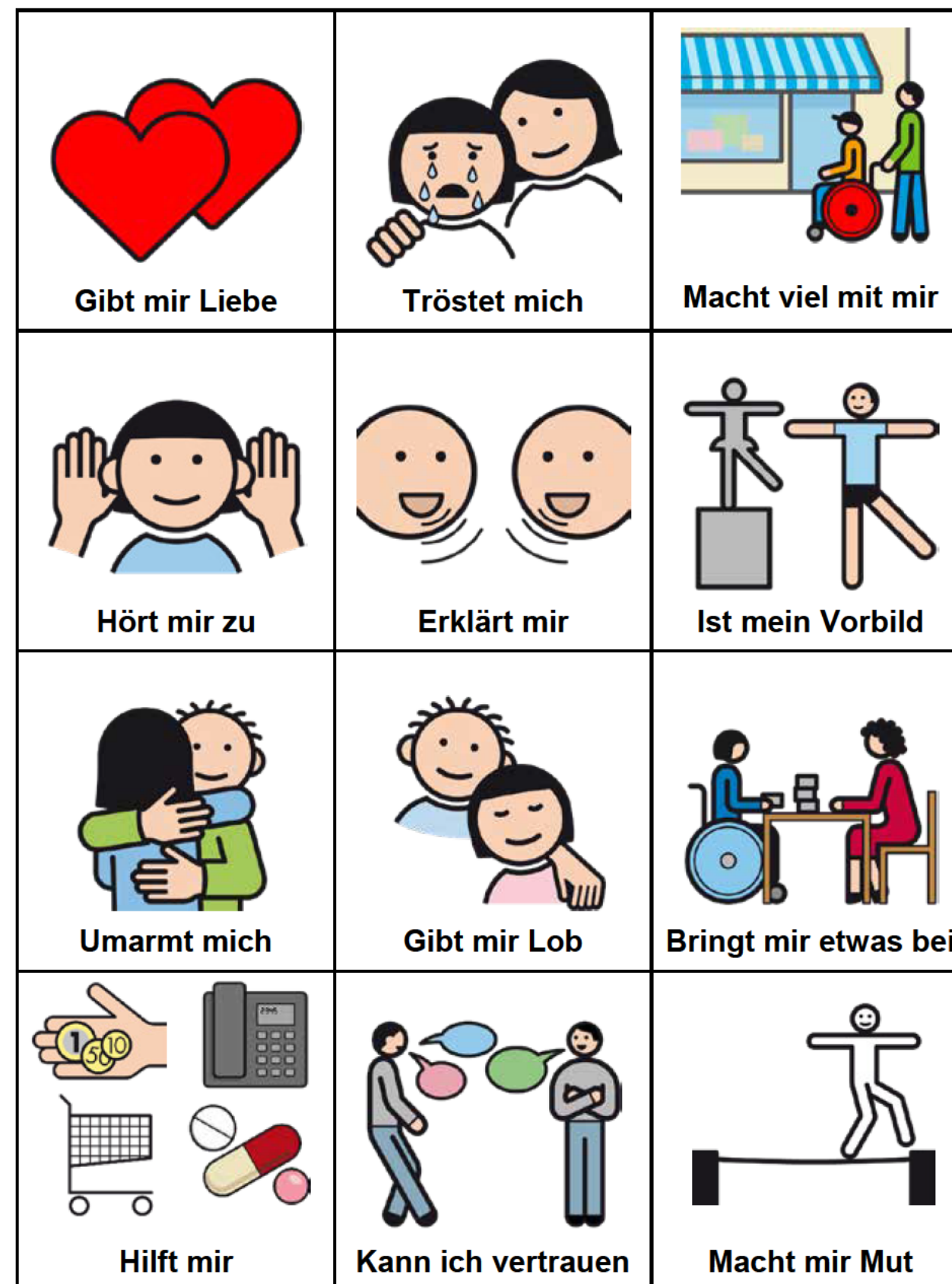
Seite 1 von 1

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:

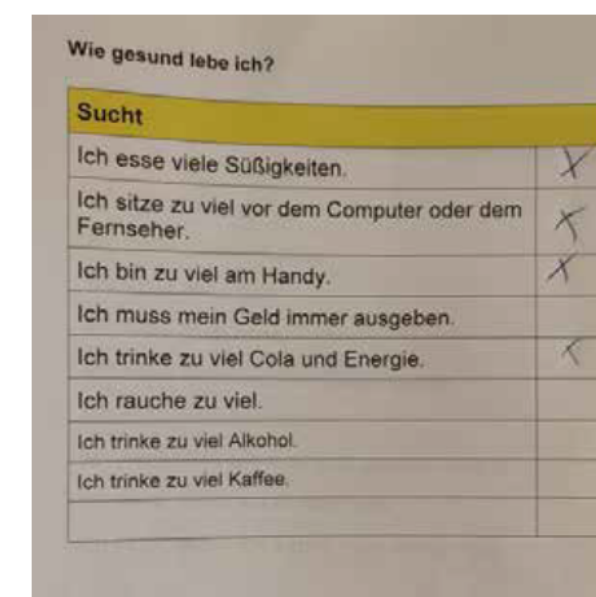
Anhand der ersten Ziele des Teilnehmenden (Motivationskarte) und der Ergebnisse der Assessments werden relevante Themenbereiche ermittelt und das jeweilige Arbeitsblatt „Wie gesund lebe ich“ bereitgelegt.

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.





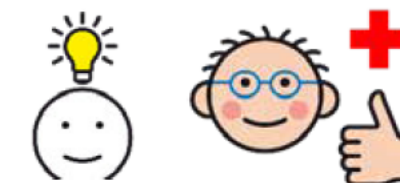
METACOM Symbole © Annette Kitzinger



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:

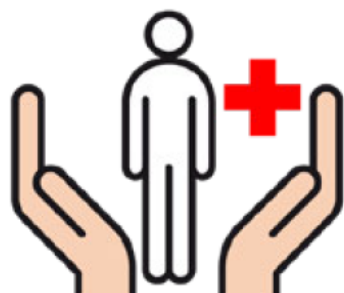
- Zur Krebsfrüherkennung,
- Zur Zahnvorsorge,
- Zum Augenarzt,
- Zum Ohrenarzt gehen sollst.

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