

HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN

HAMBURG

FAKULTÄT LIFE SCIENCES

Studiengang Gesundheit

**Übergewicht und Adipositas bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung:  
Handlungsempfehlungen für die Gestaltung von Beratungsprogrammen**

DIPLOMARBEIT

vorgelegt am 05.07.2006

von

Nicole Peterberns



Referent: Prof. Dr. Michael Hamm, HAW Hamburg

Korreferentin: Dr. med. Petra Schulz, Ev. Stiftung Alsterdorf, Hamburg

*„ ... das ist ein großer Blödsinn, warum kann man nicht auf die Kalorien pfeifen. Scheiße auf meinen niedrigen Grundumsatz. Ich möchte gerne so viele Spaghetti Bolognese essen können ohne zu Zunehmen, warum kann man nicht soviel essen wie man will.“*

*Michaela Koenig: „Michaelas Lieblingsspeise!“ (1999)*

## **INHALTSVERZEICHNIS**

<b>1. EINLEITUNG .....</b>	<b>5</b>
<b>2. BEHINDERUNG UND GEISTIGE BEHINDERUNG .....</b>	<b>7</b>
2.1 Definition von Behinderung.....	7
2.2 Definition von geistiger Behinderung .....	10
2.3 Prävalenz von Schwerbehinderung und geistiger Behinderung in Deutschland ...	12
<b>3. ÜBERGEWICHT UND ADIPOSITAS.....</b>	<b>15</b>
3.1 Definition von Übergewicht und Adipositas.....	15
3.2 Prävalenz .....	17
3.2.1 Adipositas in der Allgemeinbevölkerung.....	17
3.2.2 Adipositas, soziale Benachteiligung und geistige Behinderung .....	18
3.2.3 Adipositas in einer Stichprobe von Erwachsenen mit Intelligenzminderung .....	19
3.3 Ätiologie .....	21
3.3.1 Allgemeine Entstehungsfaktoren .....	21
3.3.2 Besondere Risiken bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung .....	24
3.3.2.1 Genetische Faktoren.....	24
3.3.2.2 Nebenwirkung von Medikamenten.....	25
3.3.2.3 Essen als Lebensgenuss .....	26
3.3.2.4 Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit .....	27
3.3.2.5 Bewegung und Behinderung.....	30
3.4 Begleit- und Folgeerkrankungen.....	31
3.5 Prävention.....	32
3.6 Therapieansätze und ihre Eignung für Menschen mit geistiger Behinderung .....	35
3.6.1 Diätetische Maßnahmen .....	35
3.6.2 Körperliche Aktivität .....	38
3.6.3 Psychotherapie und Verhaltensmodifikation.....	40
3.6.4 Medikamentöse Therapie .....	43
3.6.5 Operative Ansätze .....	44
3.7 Leitlinien, Konzepte und Qualitätskriterien.....	44

<b>4. PRAXISBEISPIELE: GESUNDHEITSPROGRAMM UND ERNÄHRUNGSBERATUNG FÜR ÜBERGEWICHTIGE UND ADIPÖSE ERWACHSENE MIT GEISTIGER BEHINDERUNG .....</b>	<b>47</b>
4.1 Beispiel einer Adipositas therapie für Menschen mit Behinderung (Moby Dick)....	47
4.2 Hochschulprojekt „Ernährungsberatung für Menschen mit Intelligenzminderung“	51
<b>5. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN FÜR DIE GESTALTUNG VON BERATUNGSPROGRAMMEN .....</b>	<b>56</b>
5.1 Checkliste .....	57
5.2 Konzept.....	58
5.3 Beratungsprozess .....	60
5.4 Programmstruktur .....	62
5.5 Dokumentation und Evaluation .....	64
<b>6. ZUSAMMENFASSUNG / ABSTRACT .....</b>	<b>66</b>
<b>7. ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>68</b>
<b>8. LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>69</b>
<b>9. DANKSAGUNG .....</b>	<b>77</b>
<b>10. EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG.....</b>	<b>78</b>

## 1. Einleitung

Die Anzahl übergewichtiger und adipöser Menschen in den westlichen Industrienationen ist alarmierend hoch und sie nimmt trotz intensiver Forschung und angestrebter Gegenmaßnahmen stetig zu. So hat in Deutschland inzwischen fast jede(r) Zweite Übergewicht (Statistisches Bundesamt 2004). Nach Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation stellt die Adipositasepidemie eine der größten Herausforderungen des 21. Jahrhunderts dar. Kinder und Jugendliche sind von diesem für die Gesundheit bedrohlichen Trend besonders betroffen und finden als Zielgruppe von präventiven und therapeutischen Interventionen besondere Beachtung (Benecke/Vogel 2003, S.7). Weitestgehend unberücksichtigt hingegen bleibt in Bezug auf das Gesundheitsrisiko Adipositas die Gruppe der erwachsenen Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, obwohl sie wahrscheinlich im gleichen Ausmaß betroffen ist wie die Allgemeinbevölkerung, möglicherweise sogar noch stärker. Die gängigen Aktivitäten, Medien und Maßnahmen zur Prävention und Behandlung sind für diese Zielgruppe nicht geeignet. Spezielle Angebote wiederum gibt es bislang nur sehr vereinzelt.

Menschen mit Intelligenzminderung haben – wie jeder andere Bürger auch – einen Anspruch auf gesundheitsförderliche Maßnahmen und eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung. Dieser Anspruch lässt sich u.a. aus dem Benachteiligungsverbot herleiten, das im Jahr 1994 in das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland aufgenommen wurde (vgl. BMGS 2005, S. 4). Doch gesetzliche Vorschriften allein verändern nicht die Wirklichkeit. Im Verlauf meiner langjährigen Tätigkeit in der Pflege von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung und im Rahmen meines gesundheitswissenschaftlichen Studiums habe ich erlebt, dass das soziale Hilfesystem für Menschen mit geistiger Behinderung, das System der medizinisch-therapeutischen Versorgung und der Bereich Gesundheitsförderung/Prävention bislang zu wenig miteinander vernetzt sind. Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag zur Verknüpfung der genannten Bereiche leisten. Sie ist von Interesse für Angehörige aller Berufsgruppen, die mit der Betreuung, Assistenz oder gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung betraut sind.

Die grundlegende Zielsetzung dieser Arbeit besteht in der Identifikation von Aspekten, die bei der Gestaltung von Beratungsprogrammen berücksichtigt werden sollten, damit übergewichtige oder adipöse Erwachsene mit geistiger Behinderung ihr Ernährungs- und Bewegungsverhalten verändern und ihr Gewicht dauerhaft reduzieren können.

Die Arbeit ist in drei Teile untergliedert. Im ersten Teil (Kapitel 2 und 3) werden die Themenbereiche „geistige Behinderung“ und „Adipositas“ beleuchtet und zueinander in Beziehung gesetzt. Es wird u.a. analysiert, in welchem Ausmaß Menschen mit geistiger Behinderung von Übergewicht und Adipositas betroffen sind und welche allgemeinen und zielgruppenspezifischen Faktoren dafür ursächlich sind. Die anerkannten Ansätze zur Behandlung der Adipositas werden beschrieben und hinsichtlich ihrer Eignung für Menschen mit Intelligenzminderung untersucht. Im zweiten Teil der Arbeit (Kapitel 4) werden zwei Praxisbeispiele aus Hamburg vorgestellt, die die ambulante Behandlung adipöser Menschen mit geistiger Behinderung zum Gegenstand haben. Im letzten Teil (Kapitel 5) werden aus den theoretischen Gesichtspunkten und praktischen Erfahrungen Handlungsempfehlungen für die Gestaltung von Beratungsprogrammen abgeleitet. Es wird erläutert, wie Programme gestaltet sein sollten, damit adipöse Erwachsene mit geistiger Behinderung von ihnen profitieren können.

Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf einem verknüpfenden Überblick und auf der Entwicklung einer Planungshilfe für die Gestaltung von Beratungsprogrammen. Aufgrund des begrenzten Umfangs und der überblicksorientierten Themenstellung dieser Arbeit werden die einzelnen Therapieansätze nicht in ihrer Ausführlichkeit behandelt. Einzelne Aspekte, wie z.B. der „Jo-Jo-Effekt“, bleiben ganz unberücksichtigt, weil sich mit Blick auf die Zielgruppe keine Besonderheiten im Vergleich zu adipösen Menschen ohne geistige Behinderung ergeben.

In dieser Arbeit könnte dort, wo die männliche Schreibweise benutzt wird, ebenso die weibliche Form verwendet werden. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit und Kürze wird jedoch auf die zusätzliche Verwendung der weiblichen Form oder Verdopplungen verzichtet.

## 2. Behinderung und geistige Behinderung

Der Begriff „Behinderung“ erscheint im allgemeinen Sprachgebrauch zunächst eindeutig; entsprechende Piktogramme als Hinweis auf behindertengerechte Einrichtungen werden problemlos als Synonym für den Begriff erkannt (vgl. Pfäfflin/Wolf 2000, S. 525 f.)



**Abbildung 1: Behinderten-Piktogramm**

Bei näherer Betrachtung zeigt sich allerdings, dass es „die Behinderung“ nicht gibt, sondern dass in dem Begriff sehr unterschiedliche individuelle und funktionelle Einschränkungen zusammengefasst sind. In diesem Kapitel wird zunächst der Oberbegriff „Behinderung“ und im Anschluss die „geistige Behinderung“ als eine Form von Behinderung genauer betrachtet. Es wird erläutert, wie viele Menschen in Deutschland von einer geistigen Behinderung betroffen sind und wie sich die Gruppe der Betroffenen zusammensetzt.

### 2.1 Definition von Behinderung

Die Definition des Begriffs „Behinderung“ ist problematisch, denn es besteht dabei die Gefahr von Defizit-Orientierung, Stigmatisierung und Diskriminierung. Sehr treffend erscheint folgende Begriffsklärung aus Sicht von Betroffenen:

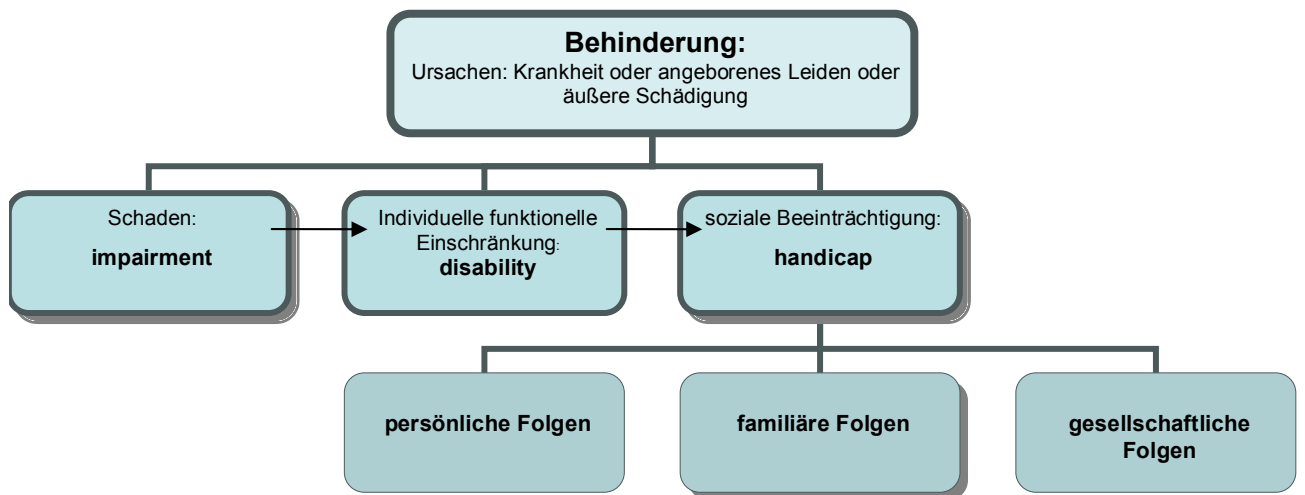
*„Eine Behinderung ist jede Maßnahme oder Verhaltensweise, die Menschen mit Beeinträchtigungen Lebensmöglichkeiten nimmt, beschränkt oder erschwert“* (Forum behinderter Juristinnen und Juristen, in: Evangelische Stiftung Alsterdorf 2000, S.6).

Demnach *sind* Menschen nicht behindert, sondern sie *werden* behindert! Dieser Unterschied ist gravierend mit Blick auf seine praktischen Konsequenzen: Gegenstand von Veränderungen müssen die Bedingungen sein, die behindern, und nicht „die Behinderten“ selbst.

Die gebräuchlichste Definition von Behinderung stammt aus dem Sozialgesetzbuch IX, §2, Absatz 1. Dort heißt es: „*Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.*“ Die Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft werden als Grad der Behinderung (GdB) festgestellt. Schwerbehinderte Menschen sind behinderte Menschen, deren GdB mindestens 50 beträgt.

Im Jahr 1980 setzte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit einem dreistufigen Modell von Behinderung einen internationalen Definitionsstandard. Er entstand aufgrund der Kritik am bis dahin vorherrschenden, rein defektorientierten medizinischen Erklärungsansatz. In der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps“ (ICIDH; Abbildung 2) von 1980 wurde unterschieden zwischen *impairment* (physische Schädigung, z.B. Bruch der Wirbelsäule), daraus folgender *disability* (Funktionsbeeinträchtigung, etwa Beeinträchtigung der Lauffähigkeit) und dem sich daraus ergebenden *handicap* (soziale Beeinträchtigung, etwa wenn der Zugang zu bestimmten Gebäuden nicht möglich ist).





**Abbildung 2: ICIDH/nach Matthesius (1995)**

Auch dieses Modell wurde kritisiert, insbesondere weil es davon ausgeht, dass Behinderung ihren Ausgangspunkt in einer angeborenen oder erworbenen Schädigung der Person hat – die soziale Bedingtheit von Behinderung wird ausgeblendet (vgl. Pfäfflin/Wolf 2000, S. 526). Auf diese Kritik hat die WHO reagiert:

In der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF; Abbildung 3) von 2001 verankert die WHO Behinderung auch sozial. Das lineare Krankheitsfolgenmodell der ICIDH wird überwunden; stattdessen werden in der ICF die komplexen Wechselwirkungen aller Ebenen von Gesundheitsproblemen und Behinderung herausgestellt. Im Gegensatz zur ICIDH ist in der ICF der Ausgangspunkt einer Behinderung nicht grundsätzlich eine Schädigung der Person. Vielmehr kann jedes Element des Modells der Ausgangspunkt für eine Behinderung sein. Beispielsweise kann eine längere Bettlägerigkeit (Aktivitätseinschränkung) zu einer Muskelatrophie (Strukturschaden mit Funktionsstörung) führen (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2006, S. 11). In diesem Beispiel ist die Schädigung nicht der Ausgangspunkt der Behinderung, sondern die Folge einer Einschränkung der Aktivität.

Die ICF als bio-psycho-soziales Modell verfolgt einen integrativen Ansatz; sie vereint bislang kontrovers diskutierte Konzepte von Behinderung und setzt sie in Beziehung zueinander.

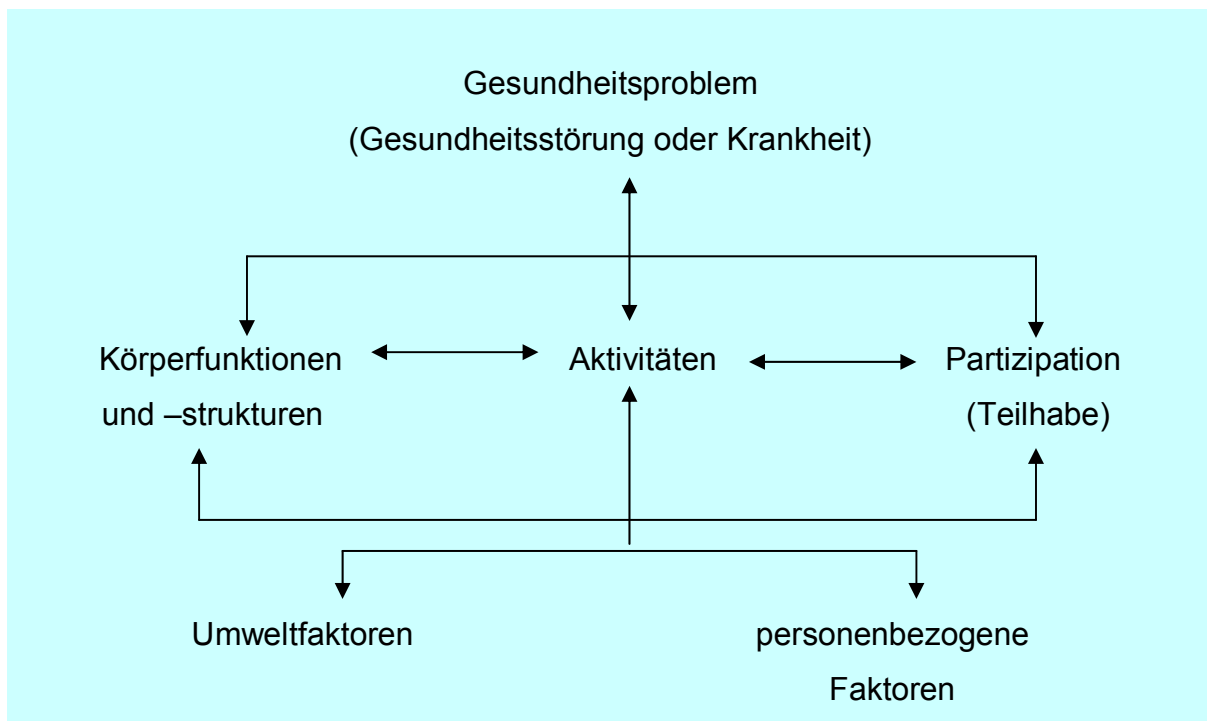


Abbildung 3: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF / nach DIMDI (2004)

## 2.2 Definition von geistiger Behinderung

Der Begriff „geistige Behinderung“ beschreibt einen andauernden Zustand deutlich unterdurchschnittlicher kognitiver Fähigkeiten. Als Diagnoseinstrument werden standardisierte Intelligenztests eingesetzt, weshalb synonym zu „geistiger Behinderung“ auch der Begriff „Intelligenzminderung“ verwendet wird.

Nach den WHO-Definitionen der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD; deutsch: „Internationale Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen“) werden die in Tabelle 1 dargestellten Ausprägungen unterschieden.

**Tabelle 1: Einteilung der geistigen Behinderung nach ICD / WHO**

<b>Geistige Behinderung</b>	<b>ICD-10</b>	<b>IQ</b>	<b>Anteile</b>
leicht <sup>1</sup>	F70	70 - 50	80 %
mittel	F71	49 - 35	12 %
schwer	F72	34 - 20	7 %
schwerste	F73	19 - 0	< 1 %

Die im allgemeinen Sprachgebrauch übliche Formulierung „ein geistig Behinderter“ betont die Behinderung vor dem Menschen. Im Sinne eines integrativen Ansatzes spricht man treffender von „Menschen mit einer geistigen Behinderung“, um den Menschen in den Vordergrund zu stellen. Schließlich ist die geistige Behinderung nur eine von vielen Eigenschaften der betroffenen Person. Genauer – wenn auch etwas umständlich – erscheint die Formulierung „Menschen unter den Bedingungen einer geistigen Behinderung“, die beispielsweise am Institut für Behindertenpädagogik der Universität Hamburg gebräuchlich ist.

Um sich eine Vorstellung von den intellektuellen Fähigkeiten eines Betroffenen machen zu können, wird das Entwicklungsalter oft mit dem Alter von Kindern angegeben (Mattke 2004, S.48). Derartige Vergleiche sollen dazu dienen, den Betroffenen bzw. seine geistigen Fähigkeiten besser einschätzen zu können. Tatsächlich ist der Informationsgehalt dieser Vergleiche eher gering. Die Gefahr besteht darin, dass die Betroffenen wie Kinder behandelt und nicht als Erwachsene anerkannt werden: *„Als besonderes Kennzeichen geistig behinderter Menschen galt bis vor wenigen Jahren ein lebenslanges Kindsein (...). Erst im Zusammenhang mit der Normalisierungs- und Selbstbestimmungsdiskussion*

---

<sup>1</sup> Oberhalb dieser Kategorie ist der Bereich der Lernbehinderung mit einem IQ zwischen 70 und 84 angesiedelt.

*entstand ein Verständnis dafür, dass auch geistig behinderte Menschen psychosoziale Prozesse des Erwachsenseins erleben ...“ (ebd.).*

Wesentlich aussagekräftiger als Altersvergleiche ist das „individuelle Kompetenzinventar“ eines Menschen mit geistiger Behinderung (siehe hierzu: Holtz et al. 2005). Es beschreibt seine Fähigkeiten und Ressourcen sowie seine Beeinträchtigungen und Schwierigkeiten im täglichen Leben. Die Fähigkeiten und der Assistenzbedarf der Betroffenen in verschiedenen Lebensbereichen werden konkret dargestellt. Beispielhaft für die verschiedenen Kompetenzbereiche können die Basisversorgung inkl. Körperpflege, die Gestaltung sozialer Beziehungen, kognitive Kompetenzen / Orientierung sowie die Kommunikation genannt werden.

### **2.3 Prävalenz von Schwerbehinderung und geistiger Behinderung in Deutschland**

In Deutschland lebten Ende des Jahres 2003 insgesamt 6,64 Millionen Menschen mit gültigem Schwerbehindertenausweis, davon waren 52,5% männlich (3,49 Millionen) und 47,5% weiblich (3,15 Millionen). Der Anteil der Menschen mit einer Schwerbehinderung an der Gesamtbevölkerung beträgt etwas über 8% (Statistisches Bundesamt 2005, S. 5).

Ein Blick auf die Altersverteilung (Abbildung 4) verdeutlicht, dass die Wahrscheinlichkeit, schwerbehindert zu sein, mit zunehmendem Alter ansteigt: In der Altersgruppe ab 65 Jahren ist fast ein Viertel der Menschen in Deutschland von einer Schwerbehinderung betroffen.

#### Anteil Schwerbehinderter Menschen nach Altersgruppen

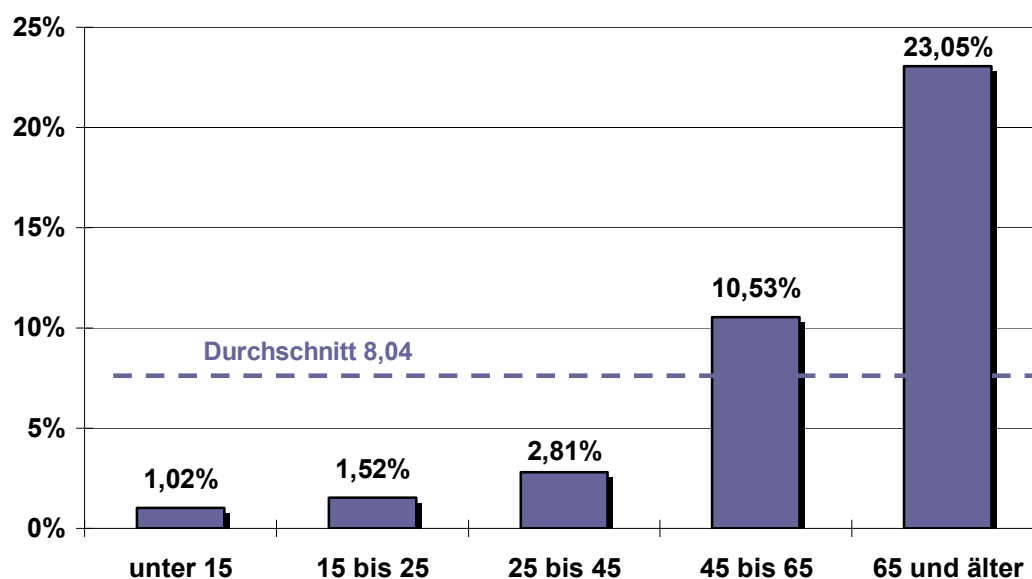


Abbildung 4: nach BMGS (2005)

Bei 8,8% der Menschen mit einer Schwerbehinderung (also bei knapp 600.000 Menschen) wurden geistige oder seelische Behinderungen diagnostiziert, wobei anzumerken ist, dass in der Schwerbehindertenstatistik bei mehreren vorhandenen Behinderungen (Mehrfachbehinderung) nur die schwerste Behinderung ausgewiesen wird. Die Statistik unterscheidet zudem nicht zwischen geistiger und seelischer Behinderung, weshalb nicht zuverlässig festgestellt werden kann, wie viele Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland leben (Janitzek 2002, S. 43).

Internationale Studien haben recht übereinstimmend ergeben, dass die Anteile der wenig sozialschichtabhängigen schweren geistigen Behinderung (IQ < 50) bei 0,3-0,5% der Bevölkerung liegen (Steinhausen 2005, S. 9 f.). Für die Bundesrepublik Deutschland „wird von einer Prävalenzrate von 0,43% ausgegangen, das sind rund 300.000 Menschen mit geistiger Behinderung“ (Janitzek 2001, S. 3). Dabei ist das männliche Geschlecht bei allen Ausprägungen der geistigen Behinderung aufgrund biologischer Faktoren häufiger als das weibliche Geschlecht betroffen.

**Individualität:** Menschen mit einer geistigen Behinderung bilden keine homogene Gruppe. Die betroffenen Menschen unterscheiden sich neben Alter und Geschlecht beispielsweise durch Art, Ursache und Grad der Behinderung sowie durch ihre Wohnsituation und ihren Status im Erwerbsleben.

**Veränderte Altersstruktur:** In der Zeit des Nationalsozialismus sind mehrere Hunderttausend Menschen mit einer Behinderung gefoltert, missbraucht und ermordet worden. Insbesondere Menschen mit einer geistigen Behinderung wurden zu „lebensunwertem Leben“ erklärt und umgebracht. Aus diesem Grund gibt es erst jetzt eine zunehmende Zahl älterer und alter Menschen mit geistiger Behinderung – sie wurden nach 1945 geboren. Außerdem profitieren Menschen mit Behinderung, genau wie die Allgemeinbevölkerung, von verbesserten Lebensbedingungen und medizinischem Fortschritt, was zu einer höheren Lebenserwartung führt.

**Menschen mit erworbenen Hirnschäden:** Die Fortschritte in der Medizin und Früherkennung haben dazu geführt, dass die Anzahl der Kinder mit einer genetisch bedingten, perinatalen oder frühkindlichen Hirnschädigung in den letzten Jahrzehnten zurückgegangen ist. Parallel zu dieser Entwicklung führten die Fortschritte in der Notfall- und Intensivmedizin in den vergangenen 50 Jahren dazu, dass immer mehr Erwachsene schwerste Unfälle und andere lebensbedrohliche Situationen immer länger überleben (siehe hierzu: Deutscher Bundestag 2004, S. 51). Die Schattenseite dieser an sich positiven Entwicklung ist eine stetig wachsende Zahl von Menschen mit erworbenem Hirnschaden. *„Ein wesentlicher Unterschied zu manchen behinderten Kindern ist in der Tat, dass die betroffenen Erwachsenen eine andere Lebensform vorher kennen und diese meist wieder haben wollen. Ein solches Leben ist aber unerreichbar fern“* (Wedel-Parlow 2005, S. 18).

### 3. Übergewicht und Adipositas

Auf den folgenden Seiten wird beschrieben, was unter Übergewicht und Adipositas zu verstehen ist und wie viele Menschen betroffen sind. Es wird erklärt, wie Übergewicht entsteht und warum Menschen mit geistiger Behinderung besonders gefährdet sind. Eine Übersicht über die Therapieverfahren schließt sich an die Punkte Begleit- und Folgeerkrankungen sowie Prävention an. Abgerundet wird das Kapitel mit einer Untersuchung der relevanten Leitlinien, Konzepte und Qualitätskriterien bezüglich ihrer Aussagen zu Menschen mit geistiger Behinderung.

#### 3.1 Definition von Übergewicht und Adipositas

Im allgemeinen Sprachgebrauch werden die Begriffe Übergewicht und Adipositas oft synonym verwendet, was aus medizinischer Sicht nicht korrekt ist. Tatsächlich handelt es sich um Übergewicht, wenn das körpergrößenbezogene Körpergewicht eines Menschen ein bestimmtes Maß übersteigt. So kann ein Athlet aufgrund seiner Muskelmasse im Verhältnis zu seiner Größe überdurchschnittlich schwer sein. Eine Adipositas im gesundheitsgefährdenden Sinn hingegen liegt erst dann vor, wenn der Anteil des Fettgewebes an der Gesamtkörpermasse kritisch erhöht ist; ausschlaggebend ist hier also die erhöhte Körperfettmasse.

Es gibt verschiedene Messmethoden zur Ermittlung von Übergewicht und Adipositas. International hat sich ein um die Körpergröße korrigiertes Maß des Körpergewichtes, der Body-Mass-Index (BMI), durchgesetzt, u.a. weil er als das beste indirekte Maß für die Körperfettmasse gilt (95% Korrelation) (Benecke/Vogel 2003, S. 7). Der BMI ist definiert als das Körpergewicht (in Kilogramm) dividiert durch das Quadrat der Körpergröße (in Meter):

$$BMI = \frac{\text{Gewicht}(kg)}{\text{Größe}(m)^2}$$

Bei einem BMI  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> spricht man bei Erwachsenen von Übergewicht, ab einem BMI von  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> liegt eine Adipositas vor (Tabelle 2).

**Tabelle 2: Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen anhand des BMI**

Kategorie	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Risiko für Begleiterkrankungen
Normalgewicht	18,5 – 24,9	durchschnittlich
Übergewicht	≥25,0	
Präadipositas	25,0 – 29,9	gering erhöht
Adipositas Grad I	30,0 – 34,9	erhöht
Adipositas Grad II	35,0 – 39,9	hoch
Adipositas Grad III	≥40	sehr hoch

nach: WHO 2000/Deutsche Adipositas-Gesellschaft et al. 2006

Ein BMI  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup> ist mit einem deutlich erhöhten gesundheitlichen Risiko und folglich mit einem deutlich erhöhten Mortalitätsrisiko verbunden. Dies bedeutet allerdings nicht, dass leichtes Übergewicht gesundheitlich grundsätzlich unbedenklich ist. Bereits bei einem BMI zwischen 25,0 und 28,9 ist das relative Risiko, an einer Koronaren Herzerkrankung zu erkranken, doppelt so hoch wie bei Normalgewicht (Benecke/Vogel 2003, S. 16). Insbesondere bei mäßigem Übergewicht spielt nämlich die Fettverteilung eine entscheidende Rolle. *„Bevorzugt beim abdominalen (stammbezogenen) Übergewicht besteht ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen über eine vermehrte Freisetzung von Fettsäuren aus diesen Fettdepots“* (ebd., S. 15). Aus diesem Grund sollte bei Personen mit einem BMI  $\geq 25$  auch stets der Taillenumfang gemessen werden. Liegt dieser  $\geq 88$  cm bei Frauen bzw.  $\geq 102$  cm bei Männern, so liegt eine abdominale Adipositas mit entsprechend erhöhten Gesundheitsrisiken vor.



## **3.2 Prävalenz**

In den westlichen Industrienationen – und auch in den so genannten „Schwellenländern“ – nimmt die Zahl von übergewichtigen und adipösen Menschen in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten stetig zu. Während in Entwicklungsländern Armut die Ursache für Unter- und Mangelernährung darstellt, ist es in den Industrienationen umgekehrt; hier sind vergleichsweise arme und sozial benachteiligte Menschen besonders stark von Adipositas betroffen. Ob und in welchem Ausmaß Erwachsene mit geistiger Behinderung betroffen sind, wird unter Punkt 3.2.3 an einer Stichprobe untersucht.

### **3.2.1 Adipositas in der Allgemeinbevölkerung**

In Deutschland ist inzwischen fast jede(r) Zweite von Übergewicht betroffen. Die Mikrozensus-Zusatzbefragung des Statistischen Bundesamtes von Mai 2003 hat ergeben, dass 49% der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland einen BMI >25 hatten und somit übergewichtig waren (ein Prozentpunkt und somit circa 800.000 Menschen mehr als 1999) (Statistisches Bundesamt 2004). In allen Altersgruppen waren Männer häufiger betroffen als Frauen: Insgesamt waren 58% der Männer (1999: 56%) und 41% der Frauen übergewichtig (1999: 40%). Eine Adipositas (BMI > 30) lag bei 13% der Bevölkerung vor; 14% der Männer und 12% der Frauen waren adipös.

Übergewicht bzw. Adipositas ist ein Risikofaktor, der eine Reihe von Erkrankungen auslösen kann (siehe Punkt 3.4: Begleit- und Folgeerkrankungen). Aufgrund ihres chronischen Verlaufs bzw. ihrer Schwere ist die Behandlung dieser Krankheitsbilder sehr kostenintensiv. Insofern stellt der epidemiologisch steigende Trend bei der Adipositas nicht nur ein gravierendes Gesundheitsrisiko und eine psychische Belastung für jeden Betroffenen, sondern auch eine enorme ökonomische Herausforderung für die Gesundheitssysteme und Volkswirtschaften dar (Wechsler 2003, S. 65 ff.; Petermann/Pudel 2003, S. 41 ff.).

### **3.2.2 Adipositas, soziale Benachteiligung und geistige Behinderung**

Neben geschlechtsspezifischen und altersgruppenbezogenen Unterschieden lässt sich für Deutschland eine negative Korrelation zwischen dem sozioökonomischen Status und der Prävalenz von Übergewicht und Adipositas feststellen: je niedriger der soziale Status, desto höher ist das Risiko, Übergewicht oder Adipositas zu entwickeln und desto ungesünder ist das Ernährungsverhalten (Helmert et al. 1997, S.159-170; Benecke/Vogel 2003, S. 11 f.; Wabitsch et al. 2005, S. 20 f.).

In den Gesundheitswissenschaften stellt der Zusammenhang zwischen Armut, sozialer Benachteiligung und Gesundheit einen wichtigen Forschungs- und Interventionsschwerpunkt dar. Bei der Auflistung von Bevölkerungsgruppen mit besonders großen sozialen und gesundheitlichen Belastungen und entsprechend großem Interventionsbedarf werden Menschen mit geistiger Behinderung meist nicht ausdrücklich genannt (vgl. BZgA 2003, S. 12). Tatsächlich sind Menschen mit einer geistigen Behinderung allerdings in mehrfacher Hinsicht von sozialer Benachteiligung betroffen, beispielsweise durch sehr niedrige Schulbildung, sehr niedrigen beruflichen Status und durch ein sehr niedriges Einkommen.

Menschen mit geistiger Behinderung haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine geringere Lebenserwartung, die sich nicht vollständig mit gesundheitlichen Problemen im Kontext der Behinderung erklären lassen: *„Als Ursache gelten vermutlich, neben intrinsisch-medizinischen Problemen, die Lebensumstände der Betroffenen. An dieser Stelle gibt es Parallelen aus der Armutsforschung, die auch den Zusammenhang von sozialer Lage und Erkrankungshäufigkeit herausstellt“* (Abendroth/Naves 2003, S. 13 f.). Erschwerend kommt hinzu, dass insbesondere die leichteren Formen der Intelligenzminderung deutlich mit der sozialen Schicht korrelieren (Janitzek 2001, S. 3; Steinhausen 2005, S. 10).

Es ist daher zu vermuten, dass Menschen mit geistiger Behinderung mindestens genauso häufig von Übergewicht und Adipositas betroffen sind wie die Allgemeinbevölkerung, eventuell sogar noch öfter. Diese Annahme, die auch durch eine australische Studie aus dem Jahr 1990 (Beange/Baumann 1991) gestärkt wird, wird im Folgenden anhand einer aktuellen Stichprobenanalyse überprüft.

### **3.2.3 Adipositas in einer Stichprobe von Erwachsenen mit Intelligenzminderung**

In der Allgemeinmedizinischen Ambulanz der Ev. Stiftung Alsterdorf in Hamburg werden ausschließlich Patienten mit Intelligenzminderung, psychischen Auffälligkeiten oder Mehrfachbehinderung versorgt. Diese Praxis ist spezialisiert auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung, die ihre Krankheitssymptome häufig nicht eindeutig wahrnehmen oder sich verbal nicht entsprechend mitteilen können.

Nach Auskunft der zuständigen Internistin, Petra Schulz, werden dort rund 530 Patienten betreut. Fast alle dieser Patienten haben eine geistige Behinderung; bei Einzelnen steht eine psychiatrische Erkrankung mit Verhaltensstörungen im Vordergrund. Für alle Patienten gilt, dass sie aufgrund ihrer Behinderung besondere Bedürfnisse haben, die insbesondere auch bei der medizinischen Versorgung und bei der Gestaltung von Präventionsmaßnahmen berücksichtigt werden müssen.

Eine Analyse des Patientendokumentationssystems hat ergeben, dass bei insgesamt 110 Patienten die Diagnose *Adipositas* gestellt worden ist. Bezogen auf die Gesamtzahl von 531 Patienten entspricht das einer Quote von 20,7% (zum Vergleich: In der Allgemeinbevölkerung lag diese Quote im Mai 2003 bei knapp 13%). 61 der insgesamt 247 weiblichen Patientinnen sind adipös, das entspricht einer Quote von 24,7 % (in der Allgemeinbevölkerung 12 %). Bei den Männern sind 49 der 284 Patienten und somit 17,3% von Adipositas betroffen (in der Allgemeinbevölkerung 14%). Anders als in der deutschen Allgemeinbevölkerung sind in der Stichprobe Frauen häufiger übergewichtig als Männer.

Die Untersuchung der Stichprobe basiert auf Aggregatdaten, d.h. die erhobenen Daten wurden bei der Auswertung in Gruppen zusammengefasst. Rückschlüsse auf Einzelpersonen sind dementsprechend nicht möglich.

Einschränkend muss festgestellt werden, dass bei der Diagnosestellung in der Stichprobe nicht durchgängig ein BMI  $\geq 30$  festgestellt wurde; unter den Betroffenen mit der Diagnose Adipositas befindet sich auch eine nicht definierte Anzahl übergewichtiger Personen mit einem BMI zwischen 25 und 30. Die

Vergleiche mit den Adipositas-Quoten aus der Allgemeinbevölkerung sind daher vorsichtig zu bewerten; vermutlich sind die z.T. stark erhöhten Quoten in der Stichprobe teilweise auf die Einbeziehung von Personen mit einem BMI von 25 bis 30 zurückzuführen.

Grundsätzlich sind Übergewicht und Adipositas in der untersuchten Stichprobe ähnlich verbreitet wie in der Allgemeinbevölkerung; tendenziell sogar noch stärker.

Dieses Ergebnis deckt sich mit der Einschätzung der behandelnden Fachärztin. Auch die Autorin dieser Arbeit, die seit 1989 in der Behindertenhilfe und seit 1992 in der Ev. Stiftung Alsterdorf als Krankenschwester tätig ist, teilt den Eindruck, dass Erwachsene mit geistiger Behinderung in zunehmendem Maße von Übergewicht/Adipositas und von entsprechend assoziierten Erkrankungen betroffen sind. Diese Entwicklung scheint insbesondere Menschen mit einer vergleichsweise leichten Behinderung zu betreffen, deren Lebensbedingungen sich seit Anfang der 1990er Jahre in vielen Bereichen in Richtung „Normalität“ und Selbstbestimmung verändert haben. Statt in einer Wohngruppe leben viele Betroffene jetzt in einer eigenen Wohnung. Sie verfügen über eigenes Geld und versorgen sich viel selbständiger als früher. Das Stiftungsgelände wurde baulich stark verändert und in den Stadtteil integriert; der neu entstandene Alsterdorfer Markt lockt mit verschiedenen Lebensmittelgeschäften, Restaurants und einem Wochenmarkt. Die gesundheitsförderliche Auswahl beim Lebensmitteleinkauf, das Zubereiten einer kalorienarmen Mahlzeit oder das Entsagen, wenn es am Imbiss köstlich duftet – all das sind relativ neue Aufgaben im Leben der Betroffenen, die ihnen oft sichtlich schwer fallen.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> An dieser Stelle gibt es Parallelen zum Thema „Alkoholismus und geistige Behinderung“, denn im Zuge der Deinstitutionalisierung ist auch die Prävalenz von Alkoholproblemen bei Menschen mit geistiger Behinderung gestiegen. Allerdings betrifft dieses Problem nicht Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. „Als besonders gefährdet gelten Menschen mit leichter geistiger Behinderung (...), die weitgehend alleine wohnen, gesundheitlich labil sind und ein eigenständig-verantwortliches, selbstbestimmtes Leben führen“ (Theunissen 2004, S. 218). Die Ursachen für diese Entwicklung sind vielschichtig. Ein Grund besteht vermutlich darin, dass die Betroffenen früher in Wohngruppen mit striktem Alkoholverbot gelebt haben und folglich keine Möglichkeit hatten, einen angemessenen Umgang mit Alkohol zu erlernen.

### 3.3 Ätiologie

Jahrzehntlang wurde adipösen Menschen die Verantwortung für ihr Übergewicht persönlich zugeschrieben. Man ging irrtümlicherweise davon aus, dass die Ursache der Adipositas maßgeblich in einer Willensschwäche der Betroffenen zu suchen sei. Inzwischen wurden die Betroffenen moralisch „entlastet“. Übergewicht und Adipositas werden nunmehr als Resultat verschiedener Faktoren betrachtet, die nur eingeschränkt einer willentlichen Steuerung unterliegen. Nachfolgend werden die aktuellen Erkenntnisse zur Entstehung von Übergewicht und Adipositas erläutert.

#### 3.3.1 Allgemeine Entstehungsfaktoren

Wenn die Energiezufuhr über einen längeren Zeitraum den individuellen Energieverbrauch übersteigt, entstehen Übergewicht und Adipositas. Dieser Entstehungsmechanismus erscheint auf den ersten Blick simpel – tatsächlich handelt es sich um sehr komplexe Zusammenhänge. Die Adipositas ist eine multifaktorielle Erkrankung, d.h. sowohl genetische Faktoren als auch Umweltbedingungen und Verhalten wirken ursächlich zusammen. In vergleichsweise seltenen Fällen liegen einer Adipositas hypothalamische oder endokrine Störungen zugrunde (Vögele 2003, S. 283).

**Genetische Faktoren:** Zwillings-, Adoptions- und Familienstudien haben ergeben, dass genetische Faktoren einen beachtlichen Einfluss auf das Körpergewicht haben. In den Adoptionsstudien beispielsweise fand sich praktisch kein Zusammenhang zwischen dem Körpergewicht der Kinder und dem der Adoptiveltern, wohingegen sich eine deutliche Ähnlichkeit zwischen den Kindern und ihren leiblichen Eltern nachweisen ließ (Hebebrand et al. 2003, S. 60 f.; Wabitsch et al. 2005, S. 20; Hamann et al. 2003, S. 114). Neben der familiären Prädisposition existiert auch ein grundlegendes evolutionsbiologisches Fettspeicherprogramm: Fast im gesamten Verlauf der Menschheitsgeschichte war es von Vorteil, wenn überschüssige Energie aus der Nahrung in Fettdepots gespeichert wurde – dadurch hatte der Mensch in Notzeiten entsprechende Reserven. In unserer heutigen Wohlstandsgesellschaft mit Nahrungsüberfluss und

Bewegungsarmut wirkt dieses Programm allerdings wie ein „genetischer Bumerang“; unsere genetische Ausstattung ist nicht für die modernen Lebensgewohnheiten geschaffen (Wabitsch et al. 2005, S.28 und 62). Abbildung 5 verdeutlicht, dass eine genetische Prädisposition nicht zwangsläufig zu Übergewicht führt, sondern erst im Zusammenspiel mit einem ungesunden Lebensstil (Ernährung, Bewegung, psychische Bewältigungsmuster) und anderen ungünstigen Verhältnissen in der Umwelt (z.B. in der Schule, am Arbeitsplatz oder eingeschränkte Möglichkeiten der Freizeitgestaltung) (siehe hierzu Hurrelmann 2005, S. 2 und Warschburger et al. 1999, S. 28).

		Genetische Disposition	
		fördernd	hemmend
<b>Umweltbedingungen</b> (Bewegung, Ernährung, psychische Faktoren)	fördernd	+ / +  Adipositas höchst wahrscheinlich	+ / -  Adipositas fraglich
	hemmend	- / +  Adipositas fraglich	- / -  Adipositas nicht wahrscheinlich

**Abbildung 5: Interaktion zwischen Umweltbedingungen und genetischer Disposition bei der Manifestation einer Adipositas (nach Pudel 2003 a)**

**Ernährung:** Menschen mit Übergewicht und Adipositas nehmen in Anbetracht des heute üblichen, bewegungsarmen Alltags zuviel Energie zu sich. Doch die Betroffenen essen meist nicht nur zuviel, sondern sie essen auch das Falsche (zu fett, zu süß) und sie sind zu träge. Laut Ernährungsbericht 2004 der DGE liegt beispielsweise der Anteil von Fett an der Energiezufuhr der Deutschen mit Werten zwischen 33 und 38 % weiterhin zu hoch; optimal wären 30 %.

**Bewegung:** Übergewichtige und adipöse Personen bewegen sich im Schnitt weniger als normalgewichtige Menschen. Bei einer körperlichen Anstrengung, z.B. Treppensteigen, verbraucht ein adipöser Mensch aufgrund seines massiv erhöhten Gewichts allerdings mehr Energie als ein Normalgewichtiger. Unklar ist nach heutigem Stand der Forschung, ob die reduzierte körperliche Aktivität Ursache oder Folge der Adipositas ist (Platte 2003, S. 51).

**Psychische Aspekte:** Neben Fragen der Nahrungsmenge und -zusammensetzung sowie der körperlichen Aktivität beeinflussen auch ernährungspsychologische Aspekte die Entstehung von Übergewicht und Adipositas. Beispielhaft können hier das in der Kindheit erlernte Essverhalten, individuelle Diät-Gewohnheiten oder eine gestörte Regulation der Nahrungsaufnahme<sup>3</sup> genannt werden (siehe hierzu: Westenhöfer 1996; Pudiel/Westenhöfer 2003). Besonders hervorzuheben ist der Aspekt, dass die natürliche Regulation des Essverhaltens gestört wird, wenn Nahrungsmittel als Belohnung oder deren Entzug als Bestrafung eingesetzt werden. Sätze wie *„wenn du jetzt schön brav bist, dann bekommst du nachher auch ein Eis“* bewirken, dass ein Nahrungsmittel zum Symbol oder zum Ersatz für emotionale Zuwendung wird (Petermann/Häring 2003 b, S. 263 f.). Erfahrungsgemäß setzen nicht nur manche Eltern kleiner Kinder, sondern auch Angehörige und Betreuer von Erwachsenen mit geistiger Behinderung Nahrung mitunter als Instrument ein. Deshalb erleben Betroffene den Verzicht auf die „leckere Belohnung“ als schmerzhaften Verlust von emotionaler Zuwendung.

---

<sup>3</sup> Normalerweise regulieren die Gefühle Hunger und Sättigung die Nahrungsaufnahme. Wird diese innere Regulation (z.B. infolge rigider Ernährungsvorschriften wie „den Teller leer essen müssen“) gestört, kommt es zu einem von Außenreizen gesteuerten Essverhalten.

### **3.3.2 Besondere Risiken bei Erwachsenen mit geistiger Behinderung**

Menschen mit einer geistigen Behinderung sind wahrscheinlich mindestens genauso häufig von Übergewicht und Adipositas betroffen wie die Allgemeinbevölkerung. Neben den bereits dargestellten Entstehungsfaktoren können dafür die nachfolgenden Aspekte ausschlaggebend sein.

#### **3.3.2.1 Genetische Faktoren**

Die Neigung zu Übergewicht und Adipositas kann in einer genetischen Schädigung begründet sein, die gleichzeitig die Ursache der Intelligenzminderung darstellt. Ein Beispiel dafür sind Menschen mit Down-Syndrom bzw. Trisomie 21. Neben der individuell unterschiedlich ausgeprägten Intelligenzminderung findet man bei Menschen mit Down-Syndrom eine allgemein reduzierte Muskelspannung (muskuläre Hypotonie), die Einschränkungen in der Motorik und Bewegungsfreude sowie einen reduzierten Grundumsatz zur Folge hat. Dies führt – in Verbindung mit der deutlich unterdurchschnittlichen Körpergröße – dazu, dass viele der Betroffenen übergewichtig oder adipös sind.

Weiterhin sind bis heute mehr als 75 genetisch bedingte Syndrome bekannt, die obligat oder fakultativ mit einer Adipositas assoziiert sind (Wabitsch et al. 2005, S. 38). In Kombination mit einer solchen syndromalen Adipositas treten häufig mentale Entwicklungsstörungen auf. Allerdings ist zu betonen, dass nur ein kleiner Teil der adipösen Menschen mit einer Intelligenzminderung an einem solchen Syndrom erkrankt ist – die syndromale Adipositas in Verbindung mit einer geistigen Entwicklungsstörung stellt einen Sonderfall dar. Beispielhaft für derartige Syndrome werden in Tabelle 3 das Prader-Willi-Syndrom sowie das Bardet-Biedl-Syndrom vorgestellt. Das Bardet-Biedl-Syndrom ist die mit einer Adipositas assoziierte Form des Laurence-Moon-Biedl-Bardet-Syndroms. Auf die Darstellung weiterer Syndrome wird hier verzichtet, da sie nur äußerst selten auftreten.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup>So wurden zum Cohen-Syndrom bisher nur etwa 100 Fälle publiziert; zur Mixoploidie (2n/3n) sind bisher weniger als 50 Fälle beschrieben.



**Tabelle 3: Syndromale Formen der Adipositas**

	<b>Häufigkeit</b>	<b>Befund bzgl. Adipositas</b>	<b>geistige Entwicklung</b>
<b>Prader-Willi-Syndrom</b>	zwischen 1:10.000 bis 1:25.000	deutliche Adipositas schon in der Kindheit / Beschaffungszwang von Nahrungsmitteln bestimmt den Alltag	geistige Entwicklungsstörung nicht obligat / weites IQ-Spektrum (im Mittel um 62)
<b>Bardet-Biedl-Syndrom</b>	1:160.000	stammbetonte Adipositas, die mit etwa 2-3 Jahren beginnt	geistige Entwicklungsstörung mit schlechterem verbalen IQ im Vergleich zum Handlungs-IQ

(nach Wabitsch et al. 2005, S. 37-49 und Wechsler 2003, S. 115)

### 3.3.2.2 Nebenwirkung von Medikamenten

Die Einnahme von Medikamenten kann in der Nebenwirkung zu einer Gewichtszunahme führen. Diese unerwünschte Arzneimittelwirkung muss ins Verhältnis zur erwünschten Hauptwirkung gesetzt werden und kann unter Umständen zur Änderung oder zum Absetzen der Therapie zwingen. Von zentraler Bedeutung in diesem Kontext sind Psychopharmaka, z.B. Neuroleptika zur Behandlung von Erregungszuständen oder Antikonvulsiva zur Behandlung bei Epilepsie, denn Menschen mit geistiger Behinderung sind zusätzlich zu ihrer Intelligenzminderung deutlich stärker von psychischen und neurologischen Störungen betroffen als die Normalbevölkerung (vgl. Gaedt 2002, S. 188 / Steinhausen 2005, S. 10). Eine Umfrage in Einrichtungen der Behindertenhilfe hat ergeben, dass 20-30% der Menschen mit geistiger Behinderung regelmäßig Psychopharmaka einnehmen<sup>5</sup> und dadurch in besonderer Weise gefährdet sind, eine Adipositas zu entwickeln.

<sup>5</sup> telefonische Auskunft der „Diakonischen Behindertenhilfe Lilienthal“ vom 28.06.2006

### 3.3.2.3 Essen als Lebensgenuss

Im November 1990 wurde in der Allgemeinbevölkerung der gesamten Bundesrepublik Deutschland eine repräsentative Erhebung durchgeführt (1.936 Befragte in West; 978 Befragte in Ost). Diese Untersuchung hat u.a. ergeben, dass Essen ein wichtiger, hochrangiger Genuss ist, der andere Freizeitaktivitäten weit überragt (Iglo-Forum-Studie '91 „*Genußvoll essen – bewusst ernähren*“; in: Pudel/Westenhöfer 2003, S. 66-71). Dadurch lässt sich der Widerstand gegen Aufklärungs- und Änderungsbotschaften zum Essverhalten gut erklären: die Adressaten befürchten eine Einschränkung des persönlichen Genusswertes.

Übertroffen wurde das „tolle Essen zu Hause“ bei der Studie nur noch von den vier Kategorien Urlaub, Familie, Freundeskreis sowie Flirten / Liebe / Sexualität.

Betrachtet man diese Bereiche in Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung, so stellt man fest, dass viele Betroffene in den vier Kategorien tendenziell weniger Genuss erleben als Menschen ohne Behinderung. Beispielhaft sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass Erwachsene mit geistiger Behinderung ein gesellschaftliches Tabu brechen, wenn sie ihre sexuellen Bedürfnisse oder den Wunsch nach einer eigenen Familie äußern bzw. ausleben. Allgemein lässt sich sagen, dass Menschen mit geistiger Behinderung in besonderer Weise gefährdet sind, Isolation und Einsamkeit zu erleben (vgl. Theunissen 2003, S. 164-188; Kendel/Thomas 2004). Dies bedeutet einen Risikofaktor in Hinblick auf die Entstehung von „Kummerspeck“, der entsteht, wenn Betroffene dauerhaft versuchen, ihren Frust oder ihre Traurigkeit mit Essen (insbesondere mit Süßigkeiten) zu kompensieren (vgl. Pudel 2003 b, S. 210).

Essen stellt für Menschen mit geistiger Behinderung mitunter das genussreichste sinnliche Erlebnis dar. Je höher ihr Stellenwert auf der „Genuss-Skala“, desto resistenter sind Verhaltensweisen allerdings gegen Veränderungen.

Die Bedeutung des Essens wird noch gesteigert, wenn Eltern / Angehörige oder Betreuer irrtümlicherweise davon ausgehen, dass Betroffene im Grunde nur beim Essen Genuss erleben können, nach dem Motto: „*Er / sie hat doch sonst keine Freude im Leben ...!*“ Diese Einstellung kann dazu führen, dass Menschen mit geistiger Behinderung von ihrem sozialen Umfeld geradezu „dick gefüttert“

werden. Mittel- und langfristig schadet dieses Verhalten allerdings der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Betroffenen. Es ist wichtig, dass alle Beteiligten frühzeitig erkennen, dass Genuss und Lebensfreude in vielen Bereichen möglich sind – auch mit Behinderung.

#### **3.3.2.4 Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit**

In der Sonderpädagogik hat in den vergangenen Jahrzehnten ein grundlegender Vorzeichenwechsel stattgefunden. Leitperspektive im Rahmen des so genannten „Empowerment“ ist seither die selbstbestimmte Bewältigung und Gestaltung des eigenen Lebens (siehe hierzu: Theunissen/Plaute 1995). Menschen mit geistiger Behinderung werden nicht länger bevormundet und kontrolliert, sondern sie lernen, für sich selbst zu sorgen.

Im Zuge dieser Entwicklungen hat sich die Lebenssituation der Menschen mit geistiger Behinderung stark verändert. Viele haben die Wohngruppen und Behinderteneinrichtungen verlassen und leben jetzt mit Assistenz in einer eigenen Wohnung. Dieser Zuwachs an Selbstbestimmung und Unabhängigkeit ist grundsätzlich positiv zu bewerten.

Erfahrungen aus San Francisco / USA zeigen allerdings, dass der Wechsel ins „unterstützte Einzelwohnen“ eine kritische Phase im Leben der Betroffenen darstellt und mit ernsthaften Risiken verbunden ist. *„Hier war festgestellt worden, dass schon mehrere Wochen nach der Ausgliederung betroffener Menschen aus staatlichen Großeinrichtungen bei einigen der Projekte die Sterblichkeitsrate wesentlich höher war und mehr betroffene Personen gesundheitliche Schäden davontrugen und unter psychischen Problemen litten, als dies zuvor der Fall gewesen war“* (Theunissen 2004, S.219).

Untersuchungen, die die Gründe für das Scheitern des „gemeindenahen Wohnens“ aufdecken sollten, haben folgende Ursachen ermittelt:

- unzulänglich ausgebildetes Personal / hilflose Helfer
- fehlende soziale Stützen / unzureichende Unterstützung
- mangelnde Pflege
- Überschätzung des Kompetenzprofils betroffener Menschen mit Behinderungen
- zu wenig Beachtung der konkreten sozialen Situation

Aus dieser Auflistung geht hervor, dass die schützende Funktion eines sozialen Netzwerkes nicht unterschätzt werden darf. Für Erwachsene mit geistiger Behinderung bedeutet der Wechsel von der Institution/Wohngruppe in die eigene Wohnung eine enorme Umstellung; für einige sicherlich auch eine Überforderung.

An dieser Stelle sei betont, dass bei Menschen mit geistiger Behinderung Selbstbestimmung und Autonomie nicht mit Selbständigkeit verwechselt werden dürfen. Abhängig von der Ausprägung der geistigen Behinderung können Betroffene trotz ihrer grundsätzlichen Wahl- und Entscheidungsautonomie in einigen Bereichen ihres alltäglichen Lebens nicht selbständig handeln. *„Selbstbestimmt leben bedeutet für mich ..., frei entscheiden zu können, wo und unter welchen Bedingungen ich leben möchte ..., aber auch, frei entscheiden zu können, von wem und vor allem wie ich mir helfen lasse ... Ich will meine täglichen Bedürfnisse selbst organisieren“* (Osbaahr 2000, S. 119). Eltern, Angehörige und professionelle Betreuer stehen vor der Aufgabe, eine Balance zwischen ihrer Fürsorgepflicht und Verantwortung für die Betroffenen einerseits und deren Autonomie und Recht auf Selbstbestimmung andererseits finden.

Mit Blick auf adipöse Erwachsene mit geistiger Behinderung sind folgende Einstellungen als jeweiliges Extrem denkbar:

- Fremdbestimmung: „der Betroffene versteht die Zusammenhänge nicht, deshalb entscheide ich für ihn, was, wann und wie viel er isst“
- Laisser-faire-Haltung: „der Betroffene hat ein Recht auf Selbstbestimmung und kann essen und trinken was, wann und wie viel er will – auch wenn es seiner Gesundheit schadet“

Keines dieser Extreme wird den Bedürfnissen der Betroffenen gerecht. Vielmehr muss die Aufgabe darin bestehen, den Betroffenen das Themengebiet (Übergewicht, Ernährung, Folgeerkrankungen etc.) auf eine Art und Weise zu erklären, die ihren intellektuellen Fähigkeiten entspricht. Betroffene sollten auch hier „empowert“, d.h. befähigt werden, z.B. indem sie ernährungsrelevantes Wissen oder praktische Fertigkeiten (wie beispielsweise „schälen und zerschneiden von Obst und Gemüse“) erwerben.

Im Unterschied zu früher ist der Zugang zu Nahrungsmitteln für die Betroffenen wesentlich einfacher, was hohe Anforderungen an die Selbstverantwortlichkeit und Selbstkontrolle der Einzelnen bedeutet (vgl. Punkt 3.6.3: Psychotherapie und Verhaltensmodifikation).

Die Frage, ob tendenziell das Recht auf Selbstbestimmung oder die Verpflichtung zur Gesundheitsassistenz höher zu bewerten ist, wird von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen unterschiedlich bewertet. Während Professionelle aus Gesundheitsberufen erfahrungsgemäß eine lebenslang eingeschränkte Eigenverantwortlichkeit der Betroffenen und die daraus resultierende Verpflichtung zur Gesundheitsassistenz in den Vordergrund stellen, betonen Heilerzieher und -pädagogen oftmals das Recht auf Selbstbestimmung. Der Erfolg eines Adipositas-Programms für Erwachsene mit geistiger Behinderung hängt stark von der Bereitschaft zur interdisziplinären Kommunikation und Kooperation des sozialen Umfelds ab.

### 3.3.2.5 Bewegung und Behinderung

Die körperliche Aktivität von Menschen mit geistiger Behinderung ist häufig und aus unterschiedlichen Gründen begrenzt. Liegt beispielsweise neben der Intelligenzminderung zusätzlich eine körperliche Behinderung vor (z.B. eine Sehbehinderung oder eine Lähmung), so schränkt dieser Umstand die Bewegungsmöglichkeiten des Betroffenen deutlich ein. Hinzu kommt, dass Menschen mit Intelligenzminderung sich teilweise von Kindheit an weniger bewegen: *„Familiäre Ängste und enge personelle Ressourcen können dazu führen, dass Kinder mit Behinderung weniger Gelegenheit haben, ihr Bedürfnis nach Bewegung (...) auszuleben. (...) Neben der individuellen Schädigung entsteht Behinderung ganz wesentlich auch durch Vorenthaltung von Bewegungs- und Lernmöglichkeiten. In diesem Sinne kommt Spiel- und Sportangeboten für behinderte Kinder und Erwachsene eine immens hohe, grundlegende Bedeutung zu“* (Niehoff-Dittmann 1999, S. 1 u. 4).

Das Vorenthalten von Bewegungsmöglichkeiten hat u.a. zur Folge, dass viele Erwachsene mit geistiger Behinderung nicht Fahrrad fahren oder schwimmen können, obwohl sie eigentlich über die dafür notwendigen körperlichen und geistigen Ressourcen verfügen.

Das Thema Sport und Bewegung ist ein wichtiger Bestandteil der Erwachsenenbildung für Menschen mit geistiger Behinderung. Von 1997 bis 1999 wurde beispielsweise in Halle/Saale ein „Fahrradprojekt“ mit acht geistig schwer behinderten Erwachsenen durchgeführt (Theunissen 2003, S.149 ff.). Bis auf einen Teilnehmer hatte keiner Erfahrungen mit dem Radfahren. Die Betroffenen hatten im Laufe ihres Lebens bislang kaum Anregungen oder Hinführungen zu körperlich-sportlichen Betätigungen erhalten. In die wöchentlichen Projektstunden wurden u.a. Übungen mit dem Therapierad, mit dem Roller und mit einem so genannten Laufrad (Fahrrad ohne Pedale) integriert. Die Teilnehmer haben im Verlauf des Projekts große Fortschritte im Bereich der (Senso-)Motorik, der Selbständigkeit sowie im sozialen und umweltbezogenen Verhalten gemacht. Alle haben deutlich an Selbstvertrauen gewonnen. Abschluss des Projekts war eine gemeinsame einwöchige Radtour nach Österreich.

### 3.4 Begleit- und Folgeerkrankungen

Das individuelle Gesundheitsrisiko hängt nicht nur vom Ausmaß des Übergewichts ab, sondern wird auch vom Fettverteilungsmuster bestimmt. Dabei stellt insbesondere die abdominale (androide) Adipositas mit regionaler Fettansammlung im Bauchbereich ein gesundheitliches Risiko dar.

Die nachfolgend aufgelisteten Begleit- und Folgeerkrankungen der Adipositas werden teilweise auch von anderen gesundheitsschädlichen Lebensgewohnheiten (z.B. Tabakkonsum oder Bewegungsmangel) beeinflusst; allerdings stellt die Adipositas ein herausragendes Risiko für diese Erkrankungen dar. Je höher der BMI und je ungünstiger das Fettverteilungsmuster, desto höher ist das individuelle Erkrankungsrisiko für

- Kardiovaskuläre Erkrankungen
- Stoffwechselstörungen: Diabetes mellitus Typ 2 und andere Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels / Fettstoffwechselstörungen, z.B. Hyperlipidämie
- Pulmonale Komplikationen, z.B. Schlafapnoe-Syndrom
- Gastrointestinale Erkrankungen, z.B. Gallenblasenerkrankungen
- Bestimmte Krebserkrankungen (Karzinome): bei Frauen z.B. Endometrium-, Zervix-, Ovarial- oder postmenopausaler Brustkrebs / bei Männern z.B. Darm- und Prostatakrebs
- Hormonelle Störungen, z.B. erniedrigter Testosteron-Spiegel bei Männern
- Orthopädische Erkrankungen, z.B. Arthrosen oder Wirbelsäulensyndrome
- Metabolisches Syndrom

Kommt es in Zusammenhang oder in Folge von Übergewicht und Adipositas (noch) nicht zu diesen Erkrankungen, so treten bei den Betroffenen sehr häufig körperliche Beschwerden wie Kurzatmigkeit, schnelle körperliche Erschöpfbarkeit, starkes Schwitzen oder Rücken- und Gelenkschmerzen auf. Hinzu kommt die seelische Belastung, denn Dicksein widerspricht dem allgegenwärtigen

Schlankheitsideal und wird von der Gesellschaft negativ bewertet.<sup>6</sup> Vermutlich als Folge (und nicht als Ursache) des Übergewichts leiden die Betroffenen etwa doppelt so häufig an Depressionen und Angststörungen.

Übergewichtige Menschen mit geistiger Behinderung trifft es hieraus folgend doppelt hart: aufgrund ihrer Behinderung werden sie gesellschaftlich ohnehin schon zurückgewiesen – das Dicksein kommt als weiterer Makel im wahrsten Sinne des Wortes „erschwerend“ hinzu.

### **3.5 Prävention**

Vorbeugen ist besser als heilen – dieser Satz trifft auf Übergewicht und Adipositas aus verschiedenen Gründen und in besonderer Weise zu. Denn so einfach der Entstehungsmechanismus erscheint, so schwierig und für Betroffene oft frustrierend ist die Behandlung. Von einigen Experten wird der langfristige Erfolg von Therapiekonzepten sogar grundlegend angezweifelt: *„Langfristige Behandlungserfolge sind bis heute für keine einzige Behandlungsstrategie überzeugend nachgewiesen worden. Dies gilt auch für multidisziplinäre Ansätze unter Einbeziehung von Ernährungs-, Verhaltens- sowie Bewegungstherapie“* (Wabitsch et al. 2005, S. 294). Sind Menschen einmal adipös geworden, so haben sie geringe Aussichten, jemals wieder ihr Normalgewicht zu erreichen, und noch geringere Chancen, dieses dann dauerhaft zu halten. *„Wie Längsschnittstudien zeigen, haben 95 % der Betroffenen nach fünf Jahren das verlorene Gewicht wieder zugenommen“* (Stroebe 2002, S.14). Wenn man eine Krankheit nicht oder nur sehr schwer heilen kann, ist es besonders wichtig, dafür zu sorgen, dass möglichst wenige Menschen überhaupt erkranken.

Je länger und je stärker ausgeprägt die Adipositas eines Betroffenen ist, desto schwieriger wird es, ihn zu behandeln. Besonders bei Kindern und Jugendlichen ist Adipositasprävention daher besonders wichtig, um dem lebenslangen „Dicksein“ vorzubeugen. Doch selbst, wenn es einem Betroffenen gelingt, sein Gewicht dauerhaft zu reduzieren, sind die einmal erworbenen gesundheitlichen

---

<sup>6</sup> Zum Schlankheitsideal siehe: Pudel / Westenhöfer 2003, Kapitel 6.8: Das Schlankheitsideal als gesellschaftliche Bedingung gezügelten Essverhaltens.



Folgeerscheinungen nicht immer reversibel. Zusätzlich zum individuellen Leid kommt ein gesundheitsökonomisches Problem hinzu: Die Prävalenz der Adipositas ist in vielen Industrienationen inzwischen so hoch, dass die finanziellen Mittel nicht mehr ausreichen, um die Adipositas therapie für alle Betroffenen zu bezahlen.

In Abhängigkeit ihrer Zielsetzung und Zielgruppe setzen Angebote zur Adipositasprävention auf verschiedenen Ebenen an (Primär-/Sekundär- und Tertiärprävention). Besonders umfassend, wenn auch eher unspezifisch sind gesundheitsförderliche Programme, die die Prävention der Adipositas in thematisch breiter angelegte Strategien integrieren. *„Es spricht vieles dafür, die Prävention von Übergewicht und Adipositas in ein breites salutogenes<sup>7</sup> und sozialisationsbezogenes Konzept einzubeziehen, das die gesamte persönliche Entwicklung (...) stärkt und vielfältige Lebenskompetenzen trainiert“* (Hurrelmann 2005, S.3). Als Beispiel für ein solch umfassendes Konzept kann das Projekt „Primakids“ der HAW Hamburg genannt werden (siehe hierzu: [www.primakids.de](http://www.primakids.de)).

Die Interventionen zur Behandlung von Übergewicht und Adipositas für Erwachsene mit geistiger Behinderung, die im Rahmen dieser Arbeit vorgestellt werden und auf die sich die abschließenden Handlungsempfehlungen beziehen, gehören in den Bereich der tertiären Prävention. Die Zielgruppe ist von Übergewicht oder Adipositas betroffen und leidet in vielen Fällen bereits an entsprechenden Begleit- und Folgeerkrankungen. Diese Einordnung ist bedeutsam in Hinsicht auf die Finanzierung der Interventionsprogramme.

**Derzeitige Situation bzgl. der Finanzierung von Patientenschulungsprogrammen (Tertiärprävention):** In §43 SGB V

---

<sup>7</sup> Das Modell der Salutogenese geht zurück auf den amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1923-1994) und ist ein zentrales Konzept der Gesundheitsförderung (siehe hierzu: BZgA 2001).

(Gesetzliche Krankenversicherung/Fassung vom 21.07.2004; hier: Ergänzende Leistungen zur Rehabilitation) heißt es: *„Die Krankenkasse kann (...) wirksame und effiziente Patientenschulungsmaßnahmen für chronisch Kranke erbringen; Angehörige und ständige Betreuungspersonen sind einzubeziehen, wenn dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist (...)“*. Wenn es also gelingt, die Wirksamkeit (Effektivität) eines Programms für übergewichtige Erwachsene mit geistiger Behinderung nachzuweisen und wenn die Kosten in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen stehen (Wirtschaftlichkeit und Effizienz) – dann ist eine Finanzierung durch die Gesetzliche Krankenkasse möglich. Ein großes Problem besteht darin, dass die Wirksamkeit von den Kostenträgern hauptsächlich am Indikator Gewichtsreduktion festgemacht wird. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ist dem entgegenzusetzen, dass es erst dann zu einer dauerhaften Veränderung des Verhaltens und zu einer mittel- bis langfristigen Gewichtsreduktion kommen kann, wenn im Vorfeld bestimmte Entwicklungsschritte<sup>8</sup> erfolgreich durchlaufen wurden. So müssen beispielsweise in einem ersten Schritt ernährungs- und bewegungsbezogene Informationen aufgenommen und verarbeitet werden. Auch die persönliche Motivation zur Änderung des Verhaltens wird möglicherweise erst im Verlauf der Intervention entwickelt. Derartige Erfolge kommen zwar noch nicht in einem reduzierten Gewicht zum Ausdruck, aber man kann sie evaluieren, indem man beispielsweise das Ernährungswissen oder die persönliche Einstellung der Teilnehmer vor und nach der Intervention miteinander vergleicht. *„Für die einen, die das medizinische Modell der Gesundheit gutheißen, sind die Daten über Morbiditäten, Behinderungen und Mortalitäten die geeigneten Messgrößen zur Evaluierung der Gesundheitsförderung. (...) Und für jene, die das Modell der gesundheitlichen Aufklärung und Bildung favorisieren, stehen die Erfassung der Wissens- und Einstellungsveränderung ganz im Vordergrund“* (Naidoo/Wills 2003, S. 377). Derartige positive Effekte blenden Krankenkassen aus, solange sie sich bei der

---

<sup>8</sup>Die typischen Phasen der Verhaltensänderung werden im Transtheoretischen Modell beschrieben (auch Stages-of-Change-Modell genannt). Gemeinsam mit sieben weiteren Theorien ging dieses Modell im so genannten Pantheoretischen Modell auf, welches die Prozesse und Faktoren beschreibt, die eine gesundheitsförderliche Einstellungs- und Verhaltensänderung herbeiführen. Hier stellen die beiden Faktoren „Informationsvermittlung“ und „Trainieren von Fähigkeiten“ den grundlegenden ersten Kernprozess dar (siehe hierzu: BZgA 2003, S. 233 ff. und S. 167 ff.).

Bewertung der Effektivität einer Maßnahme ausschließlich auf eine medizinisch-naturwissenschaftliche Messgröße (z.B. den BMI) beziehen.

### **3.6 Therapieansätze und ihre Eignung für Menschen mit geistiger Behinderung**

*„Das Körpergewicht kann nur reduziert werden, wenn die Energieaufnahme geringer ist als der Energieverbrauch, wenn eine negative Energiebilanz besteht“* (Platte 2003, S. 52). So einfach der Grundsatz der negativen Energiebilanz erscheint, so ernüchternd sind die Resultate gängiger Diätprogramme. Aus diesem Grund ist von Experten in den letzten Jahren diskutiert worden, inwieweit eine negative Energiebilanz und eine dauerhafte Gewichtsabnahme nicht besser über eine Erhöhung des Energieverbrauchs als über eine Einschränkung der Energiezufuhr zu erzielen sind.

Aktuelle Forschungsergebnisse deuten darauf hin, *„dass eine isolierte (...) Steigerung der Aktivität (...) nicht zu einer Gewichtsabnahme führt. Um eine solche zu erzielen, müssen zusätzlich diätetische Maßnahmen ergriffen werden“* (Wabitsch et al. 2005, S. 54). Ganz ohne „Diät“ im Sinne einer Ernährungsumstellung kann eine dauerhafte Gewichtsabnahme also nicht erreicht werden. Als „state of the art“ in der Adipositasbehandlung gilt gegenwärtig eine multimodale Therapie, die auf eine langfristige Veränderung im Ernährungs- und Bewegungsverhalten abzielt (Basisprogramm bzw. „Life-Style-Therapie“; vgl. Petermann/Pudel 2003, S. 25). Jedes Gewichtsmanagement sollte die Komponenten Ernährung, Bewegung und Verhaltenstherapie umfassen.

#### **3.6.1 Diätetische Maßnahmen**

In den Leitlinien zur Prävention und Therapie der Adipositas werden unterschiedliche Strategien berücksichtigt, mit deren Hilfe der Energiegehalt der täglich verzehrten Nahrung reduziert werden kann (Deutsche Adipositas-Gesellschaft et al. 2006, S. 12 f.). Die Auswahl der geeigneten Kostform erfolgt in Abhängigkeit vom Risikoprofil des Betroffenen und anderen individuellen Gegebenheiten. Als Standardtherapie hat sich die mäßig kalorienreduzierte

Mischkost durchgesetzt, da sie die Nährstoffversorgung sicherstellt und langfristig wirksam ist. Ein weiterer Vorteil dieser „low calorie diet“ (LCD) besteht darin, dass konventionelle Lebensmittel zum Einsatz kommen, was die dauerhafte Umsetzbarkeit erleichtert.

Im Rahmen einer LCD nimmt der Patient täglich 1.000-2.000 kcal zu sich. Die exakte Kalorienmenge muss individuell bestimmt werden; sie ist z.B. abhängig vom Bewegungsverhalten des Betroffenen. Um Gewicht zu reduzieren, sollte die mit der Nahrung aufgenommene Energiemenge 500-800kcal unter dem individuellen täglichen Kalorienverbrauch liegen. Die aufgenommenen Kalorien stammen zu 50-55% aus Kohlenhydraten (vorzugsweise komplexe Kohlenhydrate), zu 15-20% aus Eiweiß und zu 30-35% aus Fett (davon maximal 10% gesättigte, etwa 7% mehrfach ungesättigte Fettsäuren; der Rest entfällt auf einfach ungesättigte Fettsäuren).

Im Ernährungskreis der DGE (Abbildung 6) werden diese Richtwerte auf die Ebene der Lebensmittel herunter gebrochen. Die DGE empfiehlt mit diesem Kreis, in welchen Mengenverhältnissen die verschiedenen Lebensmittelgruppen in einer gesunden Mischkost enthalten sein sollten. Im Vergleich zu früheren Versionen stehen seit 2003 die kalorienarmen bzw. kalorienfreien Getränke im Zentrum des Ernährungskreises; das Wasserglas symbolisiert die Wichtigkeit einer hohen Flüssigkeitszufuhr.



**Abbildung 6: DGE-Ernährungskreis 2003 (DGE aktuell 25/2003)**

Der Ernährungskreis der DGE basiert auf den von den zuständigen Fachgesellschaften in Deutschland, Österreich und in der Schweiz empfohlenen Referenzwerten für die Nährstoffzufuhr (D-A-CH Referenzwerte). Eine kalorienreduzierte Mischkost, die sich in ihrer Zusammensetzung an diesen Empfehlungen orientiert, ist als diätetische Maßnahme für Menschen mit geistiger Behinderung gut geeignet. Sie hat insbesondere den Vorteil, dass sie im Vergleich zu anderen Maßnahmen wie etwa Formula-Diäten nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden ist, die von den Betroffenen oft nicht bezahlt werden können. Außerdem werden bereits während der Gewichtsreduktionsphase die Grundlagen einer gesunden Ernährung erlernt; das Ernährungsverhalten wird positiv und alltagstauglich beeinflusst.

Bei der kalorienreduzierten Mischkost gibt es keine rigiden Verbote in Bezug auf einzelne Lebensmittel. Auch dieser Aspekt ist in Anbetracht der Anwendbarkeit bei Menschen mit Behinderung von besonderer Bedeutung. Folgender Auszug aus einem Text einer Autorin mit Down-Syndrom verdeutlicht, welchen hohen Stellenwert eine bestimmte Speise einnehmen kann:

**„Michaelas Lieblingsspeise! Meine Lieblingsspeise ist Spaghetti Bolognese, sie schmeckt mir leider sehr gut, ob wohl es ein Dickmacher ist. Da nimmt man leider sehr viel zu, das sind leider sehr viele Kalorien enthalten (...) Spaghetti Bolognese wird immer meine Lieblingsspeise bleiben, das wird sich niemals ändern. Weil es blöder weise lecker schmeckt, es schmeckt mir so gut, das ich niemals darauf verzichten könnte.“** (Michaela Koenig, in: Ohrenkuss 02/1999).

Bei der kalorienreduzierten Mischkost müssen die Betroffenen auf ihre besonderen Genüsse nicht rigoros verzichten, sondern sie lernen, wie oft und in welchen Mengen sie davon essen dürfen und auch, welche kalorienarmen Alternativen es zu ihren favorisierten Lebensmitteln gibt.

Viele Erwachsene mit geistiger Behinderung nehmen ihre Mahlzeiten in Gruppenverbänden ein (z.B. in der Wohngruppe oder in der Kantine einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung). Adipösen Personen fällt es oft schwer, auf bestimmte Lebensmittel zu verzichten, wenn der Rest der Gruppe davon essen darf oder wenn bestimmte Speisen innerhalb der Gruppe zum Ritual geworden sind (z.B. *„freitags gibt es Kartoffelsalat und Würstchen“*). Auch hier bietet die energiereduzierte Mischkost den Vorteil, dass die Betroffenen nicht gänzlich verzichten müssen, sondern auf kleinere Portionen oder kalorienreduzierte Varianten ausweichen können.

### **3.6.2 Körperliche Aktivität**

Die Steigerung der körperlichen Aktivität ist ein wesentlicher Bestandteil in der Adipositas-therapie und -prävention, weil regelmäßige Bewegung dem Absinken der Grundumsatzrate während einer kalorienreduzierten Diät entgegenwirken und die Körperzusammensetzung zugunsten der Muskelmasse positiv beeinflussen kann. Der Beitrag der körperlichen Aktivität zum absoluten Gewichtsverlust ist zwar eher zu vernachlässigen, aber für den Erhalt eines reduzierten Gewichts ist sie von größter Bedeutung (Vögele 2003, S. 284).

Der Begriff „körperliche Aktivität“ bezieht sich als Oberbegriff auf jede Art von körperlicher Bewegung. Neben sportlichen Aktivitäten werden in das Konzept von gesundheitsfördernder körperlicher Aktivität auch die alltäglichen körperlichen

Aktivitäten (z.B. Treppensteigen) sowie eine Verringerung der Inaktivität (z.B. Fernsehen oder Computerspiele) gleichgewichtig mit einbezogen (vgl. Rütten et al. 2005, S. 7).

Die Steigerung der Alltagsaktivität ist im Rahmen der Adipositasbehandlung von besonderer Bedeutung. Während sportliche Aktivitäten von adipösen Personen aus verschiedenen Gründen oft abgelehnt werden, wird Aktivität im Alltag besser toleriert. Die geringere Intensität der körperlichen Belastung wird als angenehmer empfunden und die relativ hohe Frequenz solcher Aktivitäten (z.B. täglich oder mehrmals täglich) gleicht die geringere Intensität der Belastung aus (Wabitsch et al. 2005, S. 318; Vögele 2003, S. 297). Insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung, die bislang keinen Zugang zu körperlich-sportlichen Aktivitäten hatten, ist es praktikabler, Bewegung in den Alltag zu integrieren, als mit einer bestimmten Sportart zu beginnen.

Genau wie in der Allgemeinbevölkerung polarisiert Sport auch Menschen mit geistiger Behinderung. Während die einen gerne Sport treiben und dabei Spaß haben, empfinden die anderen körperliche Anstrengung als unangenehm und sie bevorzugen einen trägen, bewegungsarmen Lebensstil. Die beiden folgenden Texte wurden von Autoren mit Down-Syndrom verfasst und illustrieren die unterschiedlichen Haltungen. Die Texte sind in der Schreibweise zitiert, in der sie von den Autoren verfasst wurden.

*„Das macht viel Spaß einfach so: Ich gehe zu Fuß zum Jazz-Unterricht im Fitnestudio bei Motionline. Es findet immer Montags statt. Von 18-19 Uhr. Meine Freunde treffe ich da: Anja Wigant, Anna Ring, Alexandra Wirtz, Florian Tiedemann, Damian. Trixi Schüttler ist unsere Trainerin. Danach ist es so weit mit der Körperlichen Bewegung. Danach beginnen wir beim Stoptanzen und danach mit der Liegestütze. Wir drehen zum Beispiel den Kopf und machen andere Gymnastik-Übungen. Wir hören Musik und wir holten die Matten aus der Ecke raus. Wir hüpfen durch den Raum herum. Das macht Spaß einfach so. Wir sind in 2 Reihen eingeteilt, Mädchen sind vorne und die Jungs sind hinten. Weihnachten haben wir einen Lichtertanz getanzt und ein Märchen zu gehört. Macht mir Spaß bei der Sportveranstaltung.“ (Julian Göpel, in: Ohrenkuss 08/2002)*

*„Sport ist was für Verrückte: ansonsten bin ich keine Sportskanone ich bin wohlgenährt, da ist das nicht so einfach, aber ich bin auch kein Fernsehsportler, ich kann gut leben so, ein bisschen träge, aber aufmerksam in den Gedanken, es gib ja auch Denksportarten, die das Gehirn trainieren, ich neige aber auch dazu nicht, Sport ist was für verrückte, ich meine extremvarianten, ich halte das für lebensgefährlich und etwas unverantwortlich seiner Gesundheit gegenüber, ich bin ja auch extrem, wenn es ums Essen geht, aber Essen hält Leib und Seele zusammen und Sport ist Mord, das reicht, für heute habe ich genug Fingersport betrieben“ (Bernd, in: Ohrenkuss 08/2002)*

Es ist wichtig, dass man der Persönlichkeit eines Erwachsenen mit geistiger Behinderung mit Respekt begegnet und seine Vorlieben und Abneigungen respektiert. Medizinisch-therapeutische Ziele sind keine Rechtfertigung, wenn den Betroffenen gegen ihren Willen Sport „verordnet“ wird. *„Sie wollen sich in der Regel nicht mehr und nicht weniger verändern und dazulernen wie nicht-behinderte Menschen auch. Allein die Tatsache, dass sie eine Behinderung haben, ist kein Grund, ihren Sport immer pädagogisch-therapeutisch auszurichten“* (Niehoff-Dittmann 1999, S. 4). Bei der Gestaltung von Bewegungsprogrammen für adipöse Menschen mit geistiger Behinderung müssen die individuell sehr unterschiedlichen Bewegungsfähigkeiten sowie die Vorlieben und Abneigungen der Betroffenen berücksichtigt werden.

### **3.6.3 Psychotherapie und Verhaltensmodifikation**

Die Kompetenz zur Kontrolle des eigenen Essverhaltens ist eine sehr entscheidende Determinante für Körpergewicht, Energieaufnahme und Zusammensetzung der Nahrung. Um die Fähigkeit der Selbstkontrolle beim Essen zu steigern, werden in der verhaltenstherapeutischen Behandlung der Adipositas verschiedene Instrumente eingesetzt.



Besonders gebräuchliche Techniken sind beispielsweise

- Selbstbeobachtung und Ernährungsprotokoll
- positive Verstärkung (z.B. Token-Programme<sup>9</sup>)
- Verhaltensverträge
- Stimuluskontrolle
- Selbstverstärkung
- Gedankenstopp

(siehe hierzu: Warschburger et al. 1999; Petermann/Häring 2003 a; Pudiel/Westenhöfer 2003)

Grundsätzlich sind diese Instrumente auch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung von Menschen mit Intelligenzminderung geeignet. Allerdings müssen sie den Fähigkeiten und Bedürfnissen der Teilnehmer angepasst werden. So ist beispielsweise beim Ernährungsprotokoll zu beachten, dass nicht alle Betroffenen lesen und schreiben oder ihre Gefühle in Worte fassen können. Möglicherweise muss auf Piktogramme und Strichlisten zurückgegriffen werden oder die Betroffenen benötigen Assistenz beim Führen eines Ernährungstagebuches. Mit Blick auf die positive Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen haben auch die Betreuer und Familienangehörigen eine wichtige Aufgabe zu erfüllen. Sie können den Betroffenen unterstützen, indem sie positive Verhaltensweisen unmittelbar loben (soziale Verstärkung).

**Flexible Kontrolle:** Um das übergeordnete Prinzip der Selbstkontrolle zu realisieren, setzen zeitgemäße Ernährungsprogramme auf die „flexible Kontrolle“ (vgl. Pudiel/Westenhöfer 2003, S. 215 f., 264, 267 f.). Hintergrund zu dieser psychologischen Strategie ist die Feststellung, dass unflexible Verhaltensregeln

---

<sup>9</sup> Der Begriff „Token-Economies“ stammt aus der Verhaltenstherapie und lässt sich mit „Eintausch-Verstärker“ übersetzen. Ein „Token“ ist ein Tauschobjekt, das gesammelt und gegen eine Belohnung eingetauscht werden kann. Im Rahmen der Adipositasbehandlung bei Kindern werden beispielsweise selbstklebende „Smilies“ als Verstärker eingesetzt. Eine bestimmte Anzahl „Smilies“ kann z.B. gegen einen Kinobesuch eingetauscht werden (Warschburger et al. 1999, S.62).

(z.B. *„ich esse nie wieder Schokolade!“*) in der Regel nicht dauerhaft eingehalten werden können. Bei der kleinsten Verletzung des rigiden Vorsatzes bricht alles zusammen; der Betroffene reagiert nach dem Motto *„jetzt ist ja eh alles egal ...“* und greift unkontrolliert zu. In der Psychologie wird diese Reaktion als „Gegenregulation“ oder „disinhibition effect“ bezeichnet; in der Suchttherapie spricht man vom „Abstinenzverletzungseffekt“. Bei der flexiblen Kontrolle gibt es keine strikten Verbote – stattdessen werden Spielräume formuliert, z.B. *„in der nächsten Woche esse ich höchstens zwei (statt wie bisher vier) Tafeln Schokolade“*. Diese Form des guten Vorsatzes erlaubt Alternativen wie *„zwei Tafeln Schokolade hintereinander essen und danach für den Rest der Woche keine Schokolade mehr“* oder *„die Tafeln über die Woche verteilen“* oder *„gar keine Schokolade essen“*. In jedem Fall führt Schokoladenverzehr jetzt nicht mehr dazu, dass die Kontrolle vollkommen zusammenbricht und vor Frust und Resignation der gute Vorsatz komplett verworfen wird (vgl. Pudel / Schlicht 2006, S. 93).

Um sein Essverhalten flexibel kontrollieren zu können, braucht man viele Informationen, z.B.

- welches sind meine „kritischen“ Lebensmittel?
- wie viel davon sollte ich höchstens innerhalb eines bestimmten Zeitraums zu mir nehmen?
- wie viel davon habe ich bereits „verbraucht“?
- wie viel ist folglich noch „erlaubt“?

Die flexible Kontrolle kann Menschen mit geistiger Behinderung zunächst kognitiv überfordern. Strikte Regeln und Kategorisierungen wie z.B. die Einteilung in „erlaubte“ und „verbotene“ Lebensmittel erscheinen ihnen auf den ersten Blick meist einfacher. In vielen Fällen benötigen Betroffene bei der flexiblen Kontrolle Training und Assistenz.

### 3.6.4 Medikamentöse Therapie

Grundsätzlich sollten Übergewicht und Adipositas nur dann ergänzend mit Medikamenten behandelt werden, wenn Patienten bei einem BMI >30 mit einem Basisprogramm (Diät + Bewegung + Verhaltenstherapie) keinen ausreichenden Erfolg haben oder wenn zusätzlich ernsthafte Begleiterkrankungen vorliegen (Deutsche Adipositas-Gesellschaft et al. 2006, S. 15 f.). Derzeit sind in Deutschland zwei Substanzen zur Gewichtssenkung zugelassen, die unterschiedliche Wirkmechanismen nutzen. Der Wirkstoff Sibutramil (Reductil®) wirkt im zentralen Nervensystem und verstärkt das Sättigungsgefühl. Der Wirkstoff Orlistat (Xenical®) hingegen wirkt im Darm und hemmt teilweise die Fettresorption. Beide Wirkstoffe sollten immer nur vorübergehend und nur zusätzlich zu einem Basisprogramm eingesetzt werden (Ellrott 2003, S. 198).

Der Einsatz dieser Medikamente bei Menschen mit geistiger Behinderung ist nicht grundsätzlich ausgeschlossen, erscheint aber aus unterschiedlichen Gründen wenig sinnvoll. Neben medizinischen Kontraindikationen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sollten folgende Aspekte berücksichtigt werden:

**Eingeschränkte Compliance:** Unter *Compliance* versteht man die Fähigkeit und Bereitschaft des Patienten, am Therapieverlauf aktiv und zuverlässig mitzuwirken. Die Compliance kann infolge einer Intelligenzminderung herabgesetzt sein, z.B. weil der Patient die therapeutischen Zusammenhänge nicht verstehen kann. Die Behandlung mit Orlistat etwa setzt voraus, dass der Patient seine Ernährung zuverlässig umstellt und auf bestimmte fetthaltige Lebensmittel verzichtet, da es sonst u.a. zu fettigen Durchfällen (Steatorrhoen) kommen kann.

**Fixierung des Betroffenen auf Medikamente:** Viele Menschen mit geistiger Behinderung leiden an chronischen Erkrankungen und sind dadurch an eine regelmäßige Medikamenteneinnahme gewöhnt. Anders als bei anderen Gesundheitsproblemen kommt es bei der Behandlung der Adipositas allerdings nicht vorrangig auf die medikamentöse Therapie, sondern in erster Linie auf das Ernährungs- und Bewegungsverhalten des Betroffenen an. Aus diesem Grund sollte der Eindruck vermieden werden, man könne allein durch die Einnahme einer Tablette sein Körpergewicht reduzieren.

**Kosten:** In der Regel werden die Kosten für die beschriebenen Medikamente (Antiadiposita) von der Krankenkasse nicht übernommen. Personen mit geistiger Behinderung verfügen meist über ein geringes Einkommen und können sich daher die gewichtssenkenden Medikamente nicht leisten.

### **3.6.5 Operative Ansätze**

Chirurgische Methoden (z.B. Magenband) sollen nur bei extrem übergewichtigen Erwachsenen (BMI > 40 bzw. BMI > 35 mit schweren Begleiterkrankungen) eingesetzt werden, bei denen die konservative Therapie nachweislich gescheitert ist. Die Patientenauswahl muss nach sehr strengen Kriterien erfolgen (vgl. Husemann 2003, S. 321 f.; Deutsche Adipositas-Gesellschaft et al. 2006, S. 16ff.). Erwachsene mit geistiger Behinderung erfüllen diese Kriterien größtenteils nicht, z.B. wenn sie an einer Mehrfachbehinderung leiden und dadurch das Operationsrisiko deutlich erhöht ist, wenn sie zusätzlich zu ihrer Intelligenzminderung auch psychiatrisch erkrankt sind (Kontraindikation) oder wenn sie die für die Operationsverfahren notwendige Compliance infolge ihrer Intelligenzminderung nicht aufbringen können.

### **3.7 Leitlinien, Konzepte und Qualitätskriterien**

Für die Prävention und Therapie der Adipositas stehen sehr begrenzte finanzielle Ressourcen zur Verfügung – das gilt mit Blick auf die Allgemeinbevölkerung und auf Kinder und Jugendliche genau so wie für Menschen mit Intelligenzminderung. Aus diesem Grund ist es wichtig, die knappen Mittel so einzusetzen, dass möglichst viele Betroffene einen wirklichen Nutzen daraus erzielen.

Die Fragestellung, welche Schritte zur Behandlung der Adipositas wirklich geeignet sind und welche Maßnahmen als ungesichert oder überflüssig zu betrachten sind, wird u.a. im Rahmen der „*Evidenzbasierten Leitlinie: Prävention und Therapie der Adipositas*“ (Deutsche Adipositas-Gesellschaft et al. 2006) bearbeitet. Herausgeber sind die Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG), die Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG), die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) sowie die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM). Bei der

Erstellung dieser Leitlinie wird insbesondere auf die Erfüllung der Anforderungen der evidenzbasierten Medizin geachtet. Die hier ausgesprochenen Empfehlungen für ein individuell abgestimmtes Präventions- bzw. Therapieprogramm orientieren sich am Grad des Körpergewichts und an der Gesundheitsgefährdung des Betroffenen. Erwachsene mit Intelligenzminderung und ihre speziellen Bedürfnissen werden nicht gesondert berücksichtigt, allerdings auch nicht explizit von einzelnen Empfehlungen ausgeschlossen.

Anders stellt sich die Situation in den *Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter* (AGA) dar. Hier werden Kinder und Jugendliche mit intellektuellen Handicaps ausdrücklich aus Gruppenschulungsprogrammen ausgeschlossen. Zur Begründung heißt es lediglich: *„Für diese Personengruppe sind individuelle Interventionen erforderlich“* (AGA 2004, S. 43). Wie diese individuellen Interventionen aussehen sollen, wird nicht weiter ausgeführt.

Auch das *„Trainermanual: Leichter, aktiver, gesünder“* (aid Infodienst und Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2004) als interdisziplinäres Konzept für die Schulung übergewichtiger oder adipöser Kinder und Jugendlicher grenzt Personen mit geistiger Behinderung aus, indem „normale Schulfähigkeit“ als Zugangsvoraussetzung zum Schulungs-Konzept verlangt wird (ebd., S. 10). Diese Ausgrenzung ist verwunderlich, denn im Trainermanual wird Bezug zur ICF und zum Teilhabekonzept aus dem SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) genommen. Das Schulungs-Konzept hat sich ausdrücklich zum Ziel gesetzt, Barrieren in der Gesellschaft abzubauen – tatsächlich führt die Ausgrenzung von Menschen mit geistiger Behinderung aber zu Ungleichheit und Benachteiligung.

Auch in den Qualitätskriterien für Adipositasprogramme werden intellektuelle Handicaps entweder als Kontraindikation für die Teilnahme genannt (BZgA 2005, S. 43) oder sie bleiben als mögliche Eigenschaft der Teilnehmer völlig unberücksichtigt (Hauer et al. 2000).

Die Leitlinien, Konzepte und Qualitätskriterien zur Prävention und Behandlung der Adipositas sind ein gutes Beispiel dafür, dass die besonderen gesundheitlichen Hilfebedarfe von Menschen mit geistiger Behinderung meist übersehen oder

bewusst vernachlässigt werden, wenn es darum geht, „*das Leistungsgeschehen in der medizinischen Versorgung immer straffer, effektiver und standardisierter zu gestalten*“ (Verband für Anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und Soziale Arbeit et al. 2002, S. 10). In Deutschland gibt es – verglichen mit Ländern wie den Niederlanden – einen deutlichen Nachholbedarf bei der spezialisierten gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung (Janitzek 2002, S. 49). Dieses betrifft nicht nur die Medizin, sondern auch andere Gesundheitsberufe; insbesondere auch die Gesundheitsförderung und Prävention (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege et al. 2002, S.17 ff.).

## **4. Praxisbeispiele: Gesundheitsprogramm und Ernährungsberatung für übergewichtige und adipöse Erwachsene mit geistiger Behinderung**

Übergewichtigen Erwachsenen mit geistiger Behinderung stehen in Deutschland bislang fast keine passenden Adipositas-Therapieangebote zur Verfügung. Die herkömmlichen Aktivitäten, Medien und Maßnahmen zur Prävention und Behandlung der Adipositas sind für diese Zielgruppe meist nicht geeignet, z.B. wenn die Betroffenen nicht lesen können oder wenn ihre besondere Lebenssituation und ihre speziellen Bedürfnisse nicht berücksichtigt werden. Im folgenden Kapitel werden zwei Pilotprojekte vorgestellt: ein multimodales Gesundheitsprogramm sowie ein ernährungsbezogenes Kurzprogramm für übergewichtige und adipöse Erwachsene mit Intelligenzminderung. Bei beiden Interventionen wurde auf Methoden und Materialien aus dem Kinder- und Jugendbereich zurückgegriffen, die mit Blick auf die Zielgruppe umgestaltet wurden.

### **4.1 Beispiel einer Adipositas therapie für Menschen mit Behinderung (Moby Dick)**

Moby Dick wurde 1998 als ambulantes Langzeitprogramm für übergewichtige Kinder und Jugendliche in Hamburg gegründet. Im Verlauf der Jahre hat sich Moby Dick bundesweit verbreitet und ist zu einem Netzwerk mit Partnern in Deutschland und Österreich herangewachsen. Moby Dick ist keine Schlankheitsdiät, sondern ein einjähriges ambulantes Therapieangebot für übergewichtige Kinder und deren Eltern (siehe: Petersen/Hamm 2003). Zentrale Elemente des Gesundheitsprogramms sind die drei Bereiche

- Ernährung
- (Alltags-) Bewegung & Sport
- Psychosoziales (z.B. Stärkung von Selbstvertrauen und Eigenverantwortlichkeit)

**Moby Dicks Programm für übergewichtige Menschen mit Behinderung:** Da es (fast) keine Angebote für übergewichtige Erwachsene mit intellektuellem Handicap gibt, haben Betroffene sich an Moby Dick gewandt und angeregt, ein spezielles Programm anzubieten. Diesem Bedürfnis wurde entsprochen; das Kinder- und Jugendprogramm wurde modifiziert und auf diesem Weg entstand ein neues, zielgruppenspezifisches ambulantes Therapieangebot für Erwachsene mit geistiger Behinderung (Informationsblatt im Internet unter [www.behindertenratgeber-hamburg.de/vereine/moby.htm](http://www.behindertenratgeber-hamburg.de/vereine/moby.htm); gesehen am 17.03.2005). Das „Moby Dick Gesundheitsprogramm für übergewichtige Menschen mit Behinderung“ startete im Oktober 2003 in Hamburg und lief über ein Jahr (Pape et al. 2004, S. 294). Die Teilnahme kostete pro Person monatlich € 103,-. Bei einzelnen Teilnehmern erfolgte eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse. Die Ziele waren eine langfristige Gewichtsstabilisierung bzw. -reduzierung, nachhaltige Verhaltensänderungen (Ernährung / Bewegung & Sport) sowie gesundheitsfördernde Veränderungen im sozialen Umfeld.

Teilnahmevoraussetzungen:

- Adipositas *oder* Übergewicht plus Risikofaktor
- geistige Behinderung
- kognitive Voraussetzungen auf dem Niveau von 6 – 16 Jährigen
- Eigenmotivation
- Reflexion des Übergewichts
- Gruppenfähigkeit
- Mitarbeit der Angehörigen und / oder Betreuer

**Konzeption:** Methodische Grundlage war ein für die Zielgruppe modifiziertes Curriculum<sup>10</sup>, das sich an den Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im

---

<sup>10</sup> Bedauerlicherweise wurde das Curriculum nicht veröffentlicht. Auf Nachfrage war man bei Moby Dick nicht zur Herausgabe bereit, was mit urheberrechtlichen Bedenken begründet wird. Die hier dargestellten Informationen wurden im Telefongespräch am 09.03.2006 mit Liane Neumann von



Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft anlehnt (siehe hierzu: AGA 2004). Das Konzept wurde von einem interdisziplinären Team umgesetzt, in dem Professionelle aus den Bereichen Ökotrophologie, Sport, Sozial- bzw. Sonderpädagogik sowie Medizin vertreten waren.

Im Vergleich zum Kinder- und Jugendprogramm wurden folgende, an den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Menschen mit geistiger Behinderung orientierte Modifikationen vorgenommen:

- reduzierte Dauer der Einheiten auf 2x60 min pro Woche (statt 2x90 min pro Woche; Dauer insgesamt: 50 Wochen)
- Beschränkung der Gruppengröße auf maximal 8 Teilnehmer
- homogene Gruppenzusammensetzung bezüglich der intellektuellen Fähigkeiten (statt Altershomogenität)
- Berücksichtigung der individuellen Lebenssituationen (z.B. verschiedene Wohn- und Arbeitsverhältnisse)
- eingeschränkte Eigenverantwortlichkeit
- zusätzlich zu Eltern und Angehörigen werden Betreuer, Mitbewohner und Arbeitgeber mit einbezogen

**Programmverlauf:** Es nahmen neun Betroffene teil (2 m / 7 w), die wöchentlich in zwei Kleingruppen (eine in HH - Altona; eine in HH - Bergedorf) für zwei Stunden zusammenkamen. In der ersten Stunde standen jeweils Sport und Bewegung auf dem Programm; anschließend ging es eine Stunde lang um Theorie und Praxis der Ernährung. Ergänzend wurden Themen aus dem psychosozialen Bereich behandelt. Bei der Zusammensetzung der beiden Gruppen wurden die

---

Moby Dick sowie in mehreren Gesprächen mit Niels Pape gesammelt. Beide haben seinerzeit das Moby Dick Gesundheitsprogramm für übergewichtige Menschen mit Behinderung federführend betreut.

unterschiedlichen intellektuellen Fähigkeiten (Kompetenzinventare) der Teilnehmer sowie der Aspekt Wohnortnähe berücksichtigt.

Um den Eltern, Angehörigen und Betreuern einen Einblick in die Gruppenarbeit zu ermöglichen, nahmen diese – gemeinsam mit den Betroffenen – an sechs Gruppentreffen teil. Genau wie bei den Programmen für Kinder und Jugendliche sind auch beim Programm für Menschen mit geistiger Behinderung das Einbeziehen und die aktive Mitarbeit der relevanten Bezugspersonen von enormer Bedeutung für den Erfolg der Maßnahme.

Zusätzlich zu den Gruppenterminen fanden sechs Fortbildungen für Eltern, Angehörige und Betreuer statt. Diese Einheiten waren ausdrücklich nicht für die Teilnehmer gedacht, sondern hatten u.a. die Verbesserung der Rahmenbedingungen im privaten Haushalt, in der Wohngruppe und / oder in der Behinderteneinrichtung zum Ziel.

**Ergebnisse:** Die Ausgangssituation sowie der Verlauf und die Ergebnisse sollten mittels Fragebogenerhebung zu drei Zeitpunkten erfasst werden (Eingangsfragebogen vor Programmstart / Zwischenerhebung nach sechs Monaten / Abschlusserhebung nach zwölf Monaten). Nach sechs Monaten konnte bei einigen Teilnehmern eine tendenziell positive Entwicklung des BMI verzeichnet werden. Während sich das Verhalten im Bereich Bewegung & Sport nur geringfügig verändert hatte, wurden im Ernährungsverhalten deutliche Verbesserungen erreicht. Auch im sozialen Umfeld wurden gesundheitsfördernde Veränderungen bewirkt (Rumpold et al. 2004, S. 297).

**Diskussion:** Die Ergebnisse der Fragebogenerhebungen lassen keine fundierte Analyse im statistischen Sinne zu; dafür ist insbesondere die Stichprobe mit neun Teilnehmern zu klein. Zur Beurteilung der Effekte der Intervention fehlt zudem der Vergleich mit einer interventionsfreien Kontrollgruppe. Dennoch geben die Ergebnisse insgesamt einen Hinweis darauf, dass das Programm zu einer deutlichen Verbesserung im Ernährungsverhalten und zu positiv veränderten Rahmenbedingungen beigetragen hat. Dies kann mittel- und langfristige zu einer Gewichtsstabilisierung bzw. -reduzierung der Teilnehmer beitragen.

**Fazit:** Moby Dicks Programm für übergewichtige Menschen mit Behinderung ist aus Sicht der Durchführenden und der Teilnehmer insgesamt erfolgreich verlaufen. Motor für das Programm waren der Idealismus und das persönliche Engagement der Gruppenleiter sowie die hohe Motivation der Teilnehmer. Die Durchführenden haben ein spezielles Konzept entwickelt und konnten wichtige Erfahrungen in der präventiven bzw. therapeutischen Arbeit mit der Zielgruppe sammeln.

Bedauerlicherweise wurde das Programm für Menschen mit Behinderung nach Abschluss der ersten beiden Gruppen von Moby Dick nicht wieder angeboten und entsprechend nicht weiterentwickelt. Ein Abschlussbericht über die beiden Pilotgruppen wurde in Ermangelung personeller Ressourcen nicht verfasst. Die ursprünglich geplanten Nachuntersuchungen der Teilnehmer (ein Jahr und drei Jahre nach Abschluss des Programms) können aus diesem Grund nicht durchgeführt werden. Es wäre empfehlenswert gewesen, wenn die Initiatoren des Programms im Vorfeld Kooperationspartner (z.B. einen Einrichtungsträger der Behindertenhilfe oder ein wissenschaftliches Forschungsinstitut) gesucht hätten, die das Projekt hätten unterstützen können. Möglicherweise hätte eine solche Kooperation auch die Strukturen für ein dauerhaftes Angebot geschaffen.

#### **4.2 Hochschulprojekt „Ernährungsberatung für Menschen mit Intelligenzminderung“**

Im Sommersemester 2005 haben Studierende des Fachbereichs Ökotrophologie an der HAW Hamburg im Rahmen eines fächerübergreifenden Projekts unter Leitung von M. Hamm und C. Behr-Völtzer ein Konzept für Ernährungsberatung entwickelt und praktisch umgesetzt, das sich an übergewichtige und adipöse Menschen mit Intelligenzminderung richtet (Projektbericht unter [www.haw-hamburg.de/Fachbereich\\_Oekotrophologie.15.0.html](http://www.haw-hamburg.de/Fachbereich_Oekotrophologie.15.0.html)). N. Pape, der seinerzeit das „Moby Dick Gesundheitsprogramm für übergewichtige Menschen mit Behinderung“ federführend betreut hatte, unterstützte das Projekt durch seine Mitarbeit.

Das Projekt wurde durch die Ärztin Petra Schulz angeregt und begleitet, die die Allgemeinmedizinische Praxis für Menschen mit geistiger Behinderung der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg leitet. Auf der Suche nach einem adäquaten Beratungsangebot für ihre zahlreichen adipösen Patienten hatte sie sich an die Zentrale für Ernährungsberatung e.V. an der HAW gewandt.

Die im Rahmen des HAW-Projektes angebotene Ernährungsberatung erfüllt die Kriterien eines niederschweligen präventiven Angebots, da die Beratung für die Teilnehmer kostenlos war und in deren vertrauten Wohnumfeld stattfand.

**Ziele des Hochschulprojekts:**

- Vermittlung von Ernährungswissen
- praktische Übungen zur Zubereitung von energiearmen Snacks und Getränken
- Verbesserung der individuellen Lebensmittel- und Getränkeauswahl
- Motivation zu einer dauerhaften Veränderung des Ernährungsverhaltens

**Teilnahmevoraussetzungen:** Alle Teilnehmer an der Ernährungsberatung waren in unterschiedlichem Ausmaß von einer Intelligenzminderung betroffen und Bewohner der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg. Sie leben entweder in einer Wohngruppe oder mit Assistenz in einer eigenen Wohnung. Ihre Teilnahme an der Ernährungsberatung erfolgte freiwillig. Aufgrund ihres Übergewichts bzw. ihrer Adipositas und entsprechenden Begleiterkrankungen wurden sie von ihrer Hausärztin in Absprache mit den zuständigen Betreuern zur Teilnahme vorgeschlagen und gezielt angesprochen.

**Konzeption:** Die Studierenden der HAW haben fünf Beratungseinheiten à 90 min Dauer entwickelt, deren Schwerpunkte sich an der Lebenswelt der Teilnehmer orientieren. Um diese Besonderheiten berücksichtigen zu können, wurden im Vorfeld der Konzeptentwicklung die teilnehmenden Wohngruppen von den

Studierenden persönlich besucht; hier fand ein wichtiger Informationsaustausch mit potentiellen Teilnehmern und den Betreuern statt.

Die fünf Ernährungsberatungs-Termine fanden im Mai und Juni 2005 in wöchentlichem Turnus im Tagesraum der Wohngruppe statt. Die Themen der fünf Sitzungen lauteten<sup>11</sup>:

- Einführung in die Lebensmittelpyramide und Auswahl nach dem „Ampelprinzip“<sup>12</sup>
- Gesunde Snacks aus Obst und Gemüse
- Energiearme Getränke
- Essen und Gefühle
- Einkaufsrallye

Zusätzlich zur Beratung der Betroffenen wurden Alltagsregeln und Tipps für die Ernährung und Freizeitgestaltung erarbeitet, die sich an die Betreuer in den Wohngruppen richten. Die individuelle Ausgangssituation jedes Teilnehmers und der Effekt des Beratungsprogramms wurden mit Eingangs- und Evaluationsbögen erfasst; das gesamte Projekt wurde in einem Abschlussbericht dokumentiert.

**Programmverlauf:** Anfangs war geplant, dass zwei Gruppen mit jeweils fünf bis sechs adipösen Teilnehmern von zwei studentischen Beratungsteams geschult werden. Doch an der ersten Beratungseinheit in der Gruppe „Sengelmannhaus“ nahmen nur zwei Betroffene teil, und es zeigte sich, dass das Beratungskonzept sie intellektuell stark überforderte. Von einer Fortsetzung des Programms in dieser Gruppe wurde deshalb abgesehen. In der „Wohngruppe 23“ hingegen nahmen insgesamt sieben adipöse Personen (1m/6w) in unterschiedlicher Regelmäßigkeit

---

<sup>11</sup> Die genauen Inhalte der einzelnen Einheiten sind im Projektbericht der HAW ([www.haw-hamburg.de/Fachbereich\\_Oekotrophologie.15.0.html](http://www.haw-hamburg.de/Fachbereich_Oekotrophologie.15.0.html)) und in einem Abschlussbericht (Petschelt 2005) dargestellt.

<sup>12</sup> Aus dem Kinderschulungsbereich wurde zur Einteilung der Nahrungsmittel in drei Energiestufen das Symbol der Verkehrsampel übernommen. Je nachdem, ob ein Nahrungsmittel in den roten, gelben oder grünen Bereich gehört, soll es selten, ab und zu oder häufig verzehrt werden (Warschburger et al. 1999, S. 68; aid Infodienst und Deutsche Gesellschaft für Ernährung 2004, S. 325).

aber mit hoher Motivation an den fünf Beratungsterminen teil. Eine große Unterstützung war die stetige Anwesenheit einer Mitarbeiterin der Wohngruppe. Zu Beginn der Einheiten wurde der bisherige Lernerfolg überprüft, indem die Teilnehmer den Inhalt der vorangegangenen Woche in eigenen Worten zusammengefasst und ihre Erfahrungen bei der Durchführung ihrer individuellen Trainingsaufgabe berichtet haben. Diese „Hausaufgaben“ wurden zum Abschluss der Einheiten mit jedem Teilnehmer persönlich vereinbart und schriftlich auf einem bebilderten Merkzettel festgehalten. Bei der Vermittlung der Themen wurden Medien und Materialien benutzt, die den intellektuellen Fähigkeiten der Teilnehmer angepasst waren. Es fand ein regelmäßiger Methodenwechsel statt; viele Inhalte wurden spielerisch vermittelt. Ein besonderer Schwerpunkt lag auf gestalterischen oder praktischen Aufgaben. Besonders wichtige oder für die Betroffenen schwierige Aspekte wie etwa das „Ampelprinzip“ wurden häufig wiederholt.

**Ergebnisse:** Bei den Teilnehmern ist das Projekt auf große Resonanz gestoßen, insbesondere auch deswegen, weil es eine willkommene Abwechslung in den Alltag gebracht hat. Erwartungsgemäß sind die praktischen Übungen am stärksten in Erinnerung geblieben (Ingwersen 2005, S. 8). Die Entwicklung des Körpergewichts war in Anbetracht der Kürze und Zielsetzung des Projekts keine geeignete Variable für eine Ergebnisevaluation. Vielmehr wurde abschließend erfragt, ob und in welcher Weise sich die Lebensmittel- und Getränkeauswahl der Teilnehmer verändert hat. Auch die Frage, ob der Teilnehmer zu einer dauerhaften Änderung des Ernährungsverhaltens motiviert wurde, war ein Indikator für den Erfolg des Programms. Die ausgefüllten Evaluationsfragebögen lagen bis zum Abschluss des Projekts nicht vor; eine abschließende Auswertung konnte dementsprechend nicht durchgeführt werden.

**Diskussion:** Nach Einschätzung des Beratungsteams haben alle Teilnehmer ihr Ernährungswissen erweitert und verfestigt. Das Programm hat den Teilnehmern viel Freude bereitet; sie haben mit großer Motivation und erstaunlicher Ausdauer teilgenommen. Eine Teilnehmerin hat nach Auskunft der behandelnden Hausärztin in zeitlicher Nähe zur Ernährungsberatung ihr Gewicht reduzieren können. Bei der

Umsetzung des Gelernten (z.B. Einschränkung des Cola-Konsums) zeigte sich bei einzelnen Betroffenen allerdings deutlicher Widerstand. Eine wissenschaftliche Bewertung des Projekts kann aus den o.g. Gründen nicht erfolgen.

**Fazit:** Insgesamt wurde das Projekt von den Teilnehmern und Durchführenden positiv beurteilt. Aus diesem Grund haben sechs Studierende unter Leitung von N. Pape ihre Arbeit fortgeführt und die Projektgruppe „Adipositas und intellektuelle Handicaps/geistige Behinderung“ gegründet, die an die Zentrale für Ernährungsberatung e.V. an der HAW Hamburg angebunden ist. In modifizierter Form wurde von diesem Team das Ernährungsberatungsprogramm im Frühjahr 2006 in einer weiteren Wohngruppe der Ev. Stiftung Alsterdorf sowie in einer Gruppe der Pestalozzi-Stiftung Hamburg durchgeführt. Die Erfahrungen aus dem Hochschulprojekt im Jahr 2005 und aus den Folgeprogrammen im Jahr 2006 zeigen, dass die Wohngruppenbetreuer stärker eingebunden werden müssen, um einen nachhaltigen Effekt zu gewährleisten. Außerdem sollten die einzelnen Teilnehmer bei ihren Übungsaufgaben stärker als bisher „in die Pflicht genommen“ werden.

## **5. Handlungsempfehlungen für die Gestaltung von Beratungsprogrammen**

Im folgenden Kapitel werden Empfehlungen gegeben, die bei der Gestaltung von Beratungsprogrammen berücksichtigt werden sollten. Nach einer stichwortartigen Darstellung in Form einer Checkliste werden die einzelnen Aspekte näher erläutert. Die dargestellten Empfehlungen ergeben sich aus praktischen Erfahrungen (insbesondere aus dem Hochschulprojekt „Ernährungsberatung für Menschen mit Intelligenzminderung“) und aus dem in den Kapiteln 2 und 3 dargestellten aktuellen Stand der Adipositas-Forschung.

Neben praktischen Hinweisen sollten auch grundsätzlichere Überlegungen beachtet werden: Solange Beratungsprogramme für übergewichtige oder adipöse Menschen mit geistiger Behinderung nicht umfassend dokumentiert und evaluiert werden, kann ihre Wirksamkeit nicht zuverlässig nachgewiesen werden. Dieser Nachweis ist aber insbesondere mit Blick auf die Qualitätssicherung und eine mögliche Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenkassen notwendig (BZgA 2005, S.29). Aus diesem Grund sollte angestrebt werden, ein entsprechendes Beratungsprogramm im Rahmen einer kontrollierten Interventionsstudie durchzuführen und zu evaluieren. Im Rahmen einer Kooperation von Einrichtungen der Behindertenhilfe mit einer wissenschaftlichen Institution und/oder einer Krankenkasse ist die Finanzierung und fachgerechte Durchführung eines solchen Forschungsvorhabens denkbar (ebd.). Insbesondere eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfB) könnte an dieser Stelle ihrer gesetzlichen Verpflichtung zu einem breiten Angebot an Fortbildungsmaßnahmen für die behinderten Menschen nachkommen (vgl. §4 der Werkstättenverordnung).

Auch die Frage, wer Patientenschulungsprogramme für adipöse Menschen mit geistiger Behinderung regelhaft anbieten kann, sollte im Rahmen einer derartigen Kooperation geklärt werden. Es wäre z.B. wünschenswert, wenn Ernährungsberatungsstellen und andere ökotrophologische Institutionen Konzepte für adipöse Menschen mit Intelligenzminderung in ihr reguläres Angebot integrieren würden. Auch Träger oder Einrichtungen der Behindertenhilfe (z.B. Werkstätten) könnten die bereits vorhandenen Konzepte aufgreifen, weiterentwickeln und als Angebot in ihrem Bildungsbereich fest verankern.



## 5.1 Checkliste

<b>Konzept:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• das Beratungsprogramm umfasst die drei Komponenten Ernährung, Bewegung und Verhaltensmodifikation</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• es wird Unterstützung bei einer dauerhaften Umsetzung gesundheitsförderlicher Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten gegeben</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• das Programm ist zielgruppenspezifisch konzipiert</li></ul>
<b>Beratungsprozess:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Betreuer, Wohngruppenmitarbeiter, Eltern bzw. Angehörige und auch der Arbeitgeber sind in das Programm mit einbezogen</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• es sind realistische und überprüfbare / messbare Ziele formuliert</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• es liegt ein schriftlicher Interventionsplan vor</li></ul>
<b>Programmstruktur:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Programm findet in Gruppen mit max. 6 bis 8 Teilnehmern statt</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• bei jeder Einheit sind mindestens zwei Berater anwesend</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Durchführende sind qualifiziert in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Verhalten &amp; Psychosoziales sowie in Sonderpädagogik</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• geeignete Räumlichkeiten und Ausstattung</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• zielgruppengerechte Materialien und Methoden</li></ul>
<b>Dokumentation und Evaluation:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• die einzelnen Einheiten werden dokumentiert</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• das Programm wird evaluiert (Prozess-, Struktur- und Ergebnisevaluation)</li></ul>
(eigene Liste, in Anlehnung an BZgA 2005, S.17)

## 5.2 Konzept

Jedes Gewichtsmanagementkonzept sollte die drei Komponenten Ernährung, Bewegung und Verhaltenstherapie umfassen und die Betroffenen bei einer dauerhaften Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen unterstützen. Dieser Grundsatz gilt für die Zielgruppe „übergewichtige oder adipöse Menschen mit geistiger Behinderung“ genau so wie für Betroffene mit durchschnittlicher Intelligenz. Außerdem sollten Konzepte für Menschen mit Intelligenzminderung in mehrererlei Hinsicht zielgruppenspezifisch ausgelegt sein.

**Ernährung:** Grundlage der Ernährungsschulung bei Menschen mit geistiger Behinderung sollte die mäßig kalorienreduzierte Mischkost sein. In Zusammenhang mit dieser Kostform können die Betroffenen u.a. grundlegendes Ernährungswissen erwerben, das bei anderen Zielgruppen weitgehend als bekannt vorausgesetzt werden kann. Extrem kalorienreduzierte oder einseitige Diäten und Formulaprodukte erscheinen für Erwachsene mit Intelligenzminderung u.a. wegen der Gefahr einer unzureichenden Nährstoffzufuhr und wegen des Nebenwirkungsrisikos ungeeignet. Wird die Kalorienzufuhr zu stark eingeschränkt, besteht beispielsweise ein erhöhtes Risiko für aggressives Verhalten bei Personen, die von psychischen oder neurologischen Störungen betroffen sind.

Die Vermittlung von Ernährungswissen sollte lebensmittelorientiert erfolgen, da die Begrifflichkeiten aus der Nährstoff- und Energieebene (wie „Kohlenhydrate“ oder „Kalorien“) für viele Menschen mit geistiger Behinderung zu abstrakt sind. Beispielsweise liefert die Anweisung *„essen Sie circa 1500-1800 kcal pro Tag und achten Sie darauf, dass gut 50% dieser Energie aus Kohlenhydraten kommen“* keine brauchbare Information für die Betroffenen. Viel sinnvoller ist eine konkrete Aussage wie *„Essen Sie fünf Portionen Obst und Gemüse am Tag. Eine Portion entspricht etwa einer Hand voll. Eine der fünf Portionen darf als Saft verzehrt werden.“* (vgl. 5 am Tag e.V. 2005) Die Erfahrung in der Ernährungsberatung für Menschen mit Intelligenzminderung zeigt, dass auch derartig konkrete Tipps ausführlich erklärt werden müssen, z.B. wenn die Betroffenen nicht wissen, welche Lebensmittel zur Gruppe „Obst“ und welche zur Gruppe „Gemüse“ gehören. Oder wenn sie die empfohlenen fünf Portionen Obst und Gemüse zusätzlich zur üblichen Nahrungsmenge verzehren, statt z.B. die gewohnten

Zwischenmahlzeiten durch Obst zu ersetzen. Außerdem müssen konkrete Vorschläge zur Umsetzbarkeit der Regel gegeben werden (z.B. *„ein Stück Obst zum Frühstück, eines als Zwischenmahlzeit, eine Portion Gemüse beim Mittagessen, ein Glas Saft am Nachmittag und ein kleiner Salat am Abend“*).

**Bewegung:** Die Reduktion inaktiver Verhaltensweisen – insbesondere des Fernsehens mit gleichzeitiger Nahrungsaufnahme – sowie die Motivation zu körperlicher Aktivität im Alltag sollten im Vordergrund der Empfehlungen zu Sport und Bewegung stehen. Dabei müssen die individuell sehr unterschiedlichen und möglicherweise eingeschränkten Bewegungsmöglichkeiten unbedingt berücksichtigt werden. Im Einzelfall ist zu prüfen, ob der Betroffene motiviert und in der Lage ist, an einem organisierten Sportangebot teilzunehmen. Dabei kann eine Unterstützung durch Betreuer oder Angehörige notwendig sein.

**Verhalten:** Bei der Vermittlung verhaltenstherapeutischer Inhalte, aber selbstverständlich auch bei den Themen Ernährung und Bewegung muss auf eine zielgruppengerechte Methodik geachtet werden. Ein gutes Beispiel für eine zielgruppengerechte Vermittlung und Assistenz bei der flexiblen Kontrolle sind die „Nasch-Dosen“, die bei einer Teilnehmerin des „Moby Dick Gesundheitsprogramms“ eingesetzt wurden. Die Betroffene aß leidenschaftlich gerne Süßigkeiten und schaffte es ohne Unterstützung zunächst nicht, ihren Süßigkeiten-Konsum zu kontrollieren. Erst die Zuteilung von sieben „süßen Dosen“ pro Woche ermöglichte, dass die Teilnehmerin Zeitpunkt und Menge ihres Verzehrs innerhalb festgelegter Grenzen flexibel gestalten konnte.

**Zielgruppe:** Beratungsprogramme für übergewichtige und adipöse Erwachsene mit geistiger Behinderung müssen in mehrfacher Hinsicht zielgruppenspezifisch konzipiert sein. Als Einschlusskriterien erscheinen z.B. ein BMI>30 in Kombination mit einer leichten oder mittelgradigen Intelligenzminderung, ein starker Eigenantrieb zur Teilnahme an einem Adipositasprogramm sowie ein definiertes Maß an Gruppen- und Konzentrationsfähigkeit sinnvoll. Mögliche Ausschlusskriterien könnten fehlende Motivation, syndromale Adipositasformen oder schwere psychiatrische Erkrankungen sein. Die Frage, ob die Teilnahme an einem zielgruppenspezifischen Gewichtsmanagementprogramm für einen

Betroffenen angezeigt ist, sollte der behandelnde Hausarzt in Absprache mit dem Patienten, seinem Betreuer bzw. seinen Angehörigen und dem Anbieter des Beratungsprogramms im Einzelfall überprüfen.

Die Beratungskonzepte müssen die besondere Lebenswelt der Menschen mit geistiger Behinderung, z.B. deren Wohn- und Arbeitssituation, und die damit verbundenen speziellen Problembereiche berücksichtigen. Bei der Zusammensetzung der Gruppen soll auf Homogenität bezüglich der intellektuellen Fähigkeiten bzw. des Kompetenzinventars geachtet werden. Aufgrund des vertrauten Umgangs miteinander und der Möglichkeit der gegenseitigen Unterstützung und Kontrolle hat es sich außerdem bewährt, wenn Betroffene, die gemeinsam wohnen und/oder arbeiten auch gemeinsam an einem Adipositasprogramm teilnehmen. Grundsätzlich sollte die Intervention in Wohnortnähe oder am Arbeitsplatz der Betroffenen stattfinden. Für eine Durchführung in der Werkstatt für behinderte Menschen (WfB) spricht u.a. deren gesetzlicher Auftrag zu umfassenden Bildungsmaßnahmen für Menschen mit Behinderung (§4 Werkstättenverordnung).

### **5.3 Beratungsprozess**

Unter dem Beratungsprozess versteht man den gesamten Verlauf einer Intervention. Er beginnt mit der Zielsetzung und Planung des Programms; anschließend erfolgt die systematische und der Gruppe angepasste Umsetzung der Interventionspläne.

Eine Einbeziehung von Betreuern, Wohngruppenmitarbeitern, Eltern bzw. Angehörigen und auch des Arbeitgebers während des gesamten Programmverlaufs ist von elementarer Bedeutung für den Erfolg eines Beratungsprogramms. Diesem Personenkreis kommt eine Schlüsselfunktion bei der Etablierung und vor allem bei einer dauerhaften Aufrechterhaltung eines energiereduzierten Ernährungsverhaltens und eines „bewegten Alltags“ zu. Während durch die Schulung der Betroffenen in erster Linie deren Wissen und Verhaltensabsichten positiv beeinflusst werden, entscheidet die Mitwirkung des sozialen Umfelds maßgeblich über eine gesundheitsförderliche Gestaltung der

Lebensverhältnisse der Betroffenen. Wenn Teilnehmer beispielsweise auf die Versorgung mit Lebensmitteln durch die Wohngruppe bzw. durch die Betreuer oder durch Familienangehörige angewiesen sind, dann ist es wichtig, dass diese geeignete Nahrungsmittel wie etwa Obst und Gemüse zur Verfügung stellen und bei Bedarf Unterstützung bei der Zubereitung geben. Andere wesentliche Funktionen der Personen aus dem sozialen Umfeld sind die unmittelbare positive Verstärkung erwünschter Verhaltensweisen durch Lob, die Assistenz bei der Umsetzung des Gelernten und nicht zuletzt das Vorleben gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen (Vorbildfunktion).

Die Zielsetzungen eines Programms für übergewichtige oder adipöse Menschen mit geistiger Behinderung sollen im Vorfeld konkret und vor allen Dingen realistisch benannt werden. Die Zielkriterien müssen sowohl mit Blick auf die intellektuellen Fähigkeiten der Teilnehmer als auch in Abhängigkeit von Alter, Ausmaß des Übergewichts sowie möglicher Begleit- und Folgeerkrankungen sowie der individuellen Problemlage festgelegt werden. Grundsätzlich sollten ein gewichtsbezogenes Ziel und verhaltensbezogene Ziele formuliert werden.

**Gewichtsbezogene Zielsetzung:** Da zahlreiche Studien nachgewiesen haben, dass nicht die Gewichtsabnahme, sondern die mittel- und langfristige Stabilisierung eines reduzierten Körpergewichts das Hauptproblem in der Behandlung der Adipositas darstellt, betrachtet man ein Programm dann als erfolgreich, wenn ein Teilnehmer sein Gewicht über mindestens ein Jahr fünf Prozent unter dem Ausgangsgewicht halten kann (Stern / Hirsch 1995, S. 591-604). Bereits diese relativ geringe Reduktion des Gewichts führt zu einer Verringerung der Morbidität und Mortalität (Wabitsch et al. 2005, S. 305). Weiterhin muss festgestellt werden, dass die meisten übergewichtigen Menschen Jahr für Jahr weiter zunehmen – deshalb muss in vielen Fällen bereits in einer dauerhaften Gewichtsstabilität ohne Gewichtsabnahme ein Erfolg gesehen werden (Pudel 2003 b, S. 208). In jedem Fall müssen Betroffene vor unrealistischen Erwartungen und daraus resultierenden Frustrationserlebnissen geschützt werden.

**Verhaltensbezogene Zielsetzung:** Im Zentrum eines Adipositas-Programms für Menschen mit geistiger Behinderung sollten das Erlernen und Aufrechterhalten einer energiebewussten Ernährungsweise, eine verstärkte körperliche Aktivität, eine erhöhte Lebensqualität und die Verbesserung von mit dem Übergewicht assoziierten Risikofaktoren (z.B. Diabetes mellitus oder Bluthochdruck) stehen.

Die Inhalte, Methoden und geplanten Abläufe eines Beratungsprogramms sollten schriftlich in Form eines detaillierten Curriculums oder Kursleiter-Manuals vorliegen. Die darin enthaltenen konkreten Handlungsanweisungen stellen sicher, dass relevante Inhalte vollständig, mit geeigneten Methoden und in sinnvoller Reihenfolge vermittelt werden. Bei der Erstellung eines Interventionsplans ist zu berücksichtigen, dass Gruppen von übergewichtigen oder adipösen Erwachsenen mit geistiger Behinderung inhomogen bezüglich der intellektuellen Fähigkeiten und mit Blick auf die personenspezifischen Entstehungsfaktoren der Adipositas sind. Daher kann ein Beratungsprogramm nicht „standardmäßig“ und für alle Teilnehmer gleich durchgeführt werden – der Interventionsplan muss flexibel sein und der jeweiligen Gruppe sowie den individuellen Lernfähigkeiten angepasst werden. Außerdem ist zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Beratungseinheiten bzw. die Dauer des Beratungsprogramms den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit geistiger Behinderung und dem Tempo ihres Lernfortschritts angemessen ist. Ein Programm mit weniger als sechs Einheiten, verteilt über mehrere Wochen, erscheint wenig zweckmäßig (vgl. BZgA 2005, S. 24). Besteht das Programmziel in einer nachhaltigen Gewichtsreduktion und umfangreichen Verhaltensmodifikation, sollten Programme sich über wenigstens 6-12 Monate erstrecken (Hauer et al. 2000, S. 7).

#### **5.4 Programmstruktur**

Genau wie bei adipösen Kindern und Jugendlichen hat sich auch bei übergewichtigen Erwachsenen mit geistiger Behinderung eine Beratung in Gruppenform als sinnvoll erwiesen (vgl. Wabitsch et al. 2005, S. 304). Die Anzahl der Teilnehmer pro Beratungsgruppe ist abhängig vom Grad der geistigen Behinderung und der Gruppenfähigkeit der Teilnehmer; sie sollte allerdings grundsätzlich 6-8 Personen nicht überschreiten. Erfahrungsgemäß sollte jede

Beratungseinheit von mindestens zwei Mitgliedern des Beratungsteams durchgeführt werden, da sowohl die Gruppe als auch die Vermittlung der Inhalte hohe Anforderungen an die Durchführenden stellen. Auch die oft erforderliche Assistenz bei praktischen Übungen begründet einen erhöhten personellen Bedarf.

Die Prävention bzw. Behandlung der Adipositas bei Erwachsenen mit Intelligenzminderung stellt eine Querschnittsaufgabe dar, die nur in interdisziplinärer Zusammenarbeit und mit entsprechend breit gefächelter fachlicher Qualifikation im Team gelöst werden kann. Neben Professionellen aus den Bereichen Ernährung, Bewegung und Psychologie sollte im besten Falle auch eine Person mit sonderpädagogischer Ausbildung im Beratungsteam vertreten sein. Unabdingbar erscheint die kontinuierliche Mitarbeit eines Betreuers oder Wohngruppenmitarbeiters, der die Teilnehmer und ihre besonderen Bedürfnisse besonders gut einschätzen kann.

Bei der Auswahl des Ortes bzw. der Räumlichkeiten ist neben der erforderlichen Ausstattung auch der Aspekt der Erreichbarkeit („Barrierefreiheit“) für die Teilnehmer von großer Wichtigkeit. In jedem Falle sollte das Programm in räumlicher Nähe zum Wohnort oder zum Arbeitsplatz der Betroffenen angeboten werden, damit der Weg zum Veranstaltungsort kein Teilnahmehindernis darstellt. Werden die Beratungseinheiten bei den Teilnehmern zu Hause, z.B. in den Räumen ihrer Wohngruppe durchgeführt, ist der Aufwand für die Teilnehmer besonders niedrig. Allerdings muss man sich dort mit der vorhandenen Ausstattung und anderen Gegebenheiten arrangieren. Wird das Programm in einer Werkstatt für behinderte Menschen durchgeführt, stehen i.d.R. geeignete Räume und eine entsprechende Ausstattung zur Verfügung.

Sowohl für die Teilnehmer als auch für die einbezogenen Personen aus dem sozialen Umfeld (z.B. Betreuer oder Eltern) sollen zielgruppengerechte Materialien entwickelt und vorgehalten werden, die die Themen der Beratungseinheiten aufgreifen und bei einer dauerhaften Umsetzung des Erlernten im Alltag helfen. Bei der Gestaltung und Auswahl der Medien und Materialien für Erwachsene mit geistiger Behinderung stellt sich grundsätzlich die Frage, ob man sich nach dem tatsächlichen Alter oder nach der aktuellen Handlungskompetenz der Betroffenen

richten soll (Theunissen/Plaute 1995, S. 182). Orientiert man sich am Alter, so hat dies den Vorteil, dass die Teilnehmer sich als Erwachsene ernst genommen und angesprochen fühlen. Allerdings besteht dann das Risiko von Unverständnis und Überforderung der Teilnehmer. Eine Orientierung am Kompetenzinventar bietet den Vorteil einer entwicklungsgemäßen Beratung, trägt aber andererseits das Risiko einer Infantilisierung in sich. *„Die pädagogische Kunst besteht darin, Medien oder Materialien einzusetzen, die beide Anforderungen erfüllen (...)“* (ebd., S. 182); das bedeutet, dass sie einerseits für die Zielgruppe verständlich und andererseits erwachsenengerecht gestaltet sein müssen. Beim „Moby Dick Gesundheitsprogramm für übergewichtige Menschen mit Behinderung“ und auch im Rahmen des HAW- Hochschulprojekts „Ernährungsberatung für Menschen mit Intelligenzminderung“ wurden positive Erfahrungen mit zielgruppengerecht modifizierten Medien und Materialien aus ambulanten Kinder- und Jugendprogrammen gemacht (z.B. modifizierte „aid-Kinderpyramide“<sup>13</sup>).

## **5.5 Dokumentation und Evaluation**

Um den Verlauf und die Ergebnisse eines Programms sichtbar zu machen, müssen bestimmte Variablen bei jedem Teilnehmer und zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben werden. Zielt ein Beratungsprogramm in erster Linie auf Wissensvermittlung, Motivation und Veränderung von Ernährungs- und Bewegungsverhalten ab, so sollten Kategorien wie beispielsweise „Mahlzeitenfrequenz“, „Lebensmittelauswahl“ oder „Fernsehkonsum“ mindestens zu Beginn, zum Ende und ein Jahr nach Beendigung des Programms in Form von Fragebogenerhebungen oder Interviews erfasst werden (BZgA 2005, S. 26). Bei der zuverlässigen Ermittlung dieser Daten sollen Betreuer und andere Personen im sozialen Umfeld mithelfen. Es ist zu erwarten, dass die Teilnehmer selbst ihr Verhalten u.U. anders wahrnehmen als die Betreuer – derartige Abweichungen sind entsprechend zu dokumentieren. Will man ferner das Erreichen gewichtsbezogener Ziele und eine Senkung der adipositasassoziierten

---

<sup>13</sup> Der „aid infodienst Verbraucherschutz, Ernährung, Landwirtschaft“ ist ein eingetragener Verein und seit mehr als 50 Jahren in den Bereichen Landwirtschaft, Verbraucherschutz, Ernährung und Umwelt tätig. Die Abkürzung „aid“ geht zurück auf die ursprüngliche Bezeichnung des Vereins als „Auswertungs- und Informationsdienst für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten e.V.“



Risikofaktoren untersuchen, müssen zu den genannten Zeitpunkten außerdem die Variablen Alter, Geschlecht, Körpergröße und -gewicht, BMI sowie ggf. Laborwerte oder andere Untersuchungsbefunde erfasst werden.

Eine gewissenhafte Dokumentation des Beratungsprogramms bildet die Grundlage für eine Evaluation, die notwendig ist, um die prinzipielle Wirksamkeit der Maßnahme nachzuweisen und um einen planmäßigen Verlauf des Programms sicherzustellen. Auch aus diesem Grund sollte jede Beratungseinheit sorgfältig protokolliert werden. Ein großes Problem bezüglich der Dokumentation und noch stärker mit Blick auf eine abschließende Evaluation besteht in den üblicherweise knappen personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen. Das „Moby Dick Gesundheitsprogramm für übergewichtige Menschen mit Behinderung“ und auch das HAW-Hochschulprojekt „Ernährungsberatung für Menschen mit Intelligenzminderung“ wurden aus eben diesen Gründen nicht abschließend evaluiert. Evaluation ist personalintensiv und erfordert Mittel und personelle sowie zeitliche Kapazitäten, die nicht unterschätzt werden dürfen und bereits bei der Planung eines Beratungsprogramms berücksichtigt werden sollten.

## 6. Zusammenfassung / Abstract

**Aufgabenstellung:** Diese Arbeit gibt einen Überblick über die Themenkomplexe „geistige Behinderung“ und „Adipositas“ und setzt sie in Beziehung zueinander. Es wird u.a. untersucht, wie stark Menschen mit geistiger Behinderung von Übergewicht und Adipositas betroffen und welche Faktoren dafür ursächlich sind. Die übergeordnete Zielsetzung der Arbeit besteht in der Identifikation von Aspekten, die bei der Gestaltung von Beratungsprogrammen berücksichtigt werden sollten, damit übergewichtige oder adipöse Erwachsene mit geistiger Behinderung ihr Ernährungs- und Bewegungsverhalten verändern und ihr Gewicht dauerhaft reduzieren können.

**Vorgehensweise:** Die Übersicht über die Themen „geistige Behinderung“ und „Adipositas“ (Kapitel 2 und 3) basiert im Schwerpunkt auf einer Analyse der aktuellen Fachliteratur. Ergänzend wird unter Punkt 3.2.3 eine Stichprobe untersucht. In Kapitel 4 werden zwei Beratungsprogramme für übergewichtige und adipöse Menschen mit geistiger Behinderung vorgestellt. Die Informationen zum „Moby Dick Gesundheitsprogramm für übergewichtige Menschen mit Behinderung“ (Punkt 4.1) stammen aus Veröffentlichungen und aus persönlichen Gesprächen mit den damaligen Kursleitern. Der Darstellung des Hochschulprojekts „Ernährungsberatung für Menschen mit Intelligenzminderung“ (Punkt 4.2) liegt die persönliche Teilnahme der Autorin zugrunde. In Kapitel 5 werden aus theoretischen Gesichtspunkten und praktischen Erfahrungen die Handlungsempfehlungen für die Gestaltung von Beratungsprogrammen abgeleitet. Die Gliederung der Empfehlungen (Konzept, Beratungsprozess, Programmstruktur, Dokumentation und Evaluation) orientiert sich an Kriterien aus dem Bereich Qualitätssicherung.

**Ergebnisse:** Die Annahme, dass Menschen mit geistiger Behinderung mindestens genauso stark von Übergewicht und Adipositas betroffen sind wie die Allgemeinbevölkerung, wird bestätigt. Menschen mit Intelligenzminderung sind besonders gefährdet, Übergewicht oder Adipositas zu entwickeln, z.B. aufgrund genetischer Faktoren oder der zentralen Stellung von Essen als Lebensgenuss. Grundsätzlich sollten Beratungsprogramme für übergewichtige und adipöse Menschen mit geistiger Behinderung die drei Komponenten Ernährung, Bewegung und Verhaltenstraining umfassen. Das Konzept, der Beratungsprozess und die Programmstruktur sollten sich an den besonderen Bedürfnissen und Fähigkeiten der Teilnehmer orientieren.

## **Abstract**

**Subject:** This paper provides an overview of the issues of mental handicap and obesity and draws relations between them. Amongst other aspects, the paper examines the degree to which people with mental handicap are affected by overweight and obesity and explores factors causal for this. The paramount objective of the paper lies in identifying aspects which need to be taken into account in shaping consultative programmes aimed at changing dietary and exercise behaviour of overweight and obese adults with mental handicap and permanently reducing their weight.

**Method:** An outline of the issues 'mental handicap' and 'obesity' (Chapters 2 and 3) is based on a review of current literature. In addition, Section 3.2.3 conducts a random sample. Chapter 4 presents two consultative programmes for overweight and obese people with mental handicap. Information on the 'Moby Dick Health Programme for Overweight Handicapped People' (Section 4.1) stems from publications and from interviews with former course leaders. The university project 'Nutrition Consulting for People with Reduced Intelligence' (Section 4.2) is based on the author's personal involvement. In Chapter 5, recommendations for designing consultative programmes are derived from theoretical perspectives and from practical experience. The structure of these recommendations (concept, the consulting process, programme structure, documentation and evaluation) is orientated towards criteria from the field of quality assurance.

**Results:** The hypothesis that people with mental handicap are at least equally affected by overweight and obesity as the general population is confirmed. People with reduced intelligence are particularly at risk of becoming overweight and developing obesity. This is based on genetic factors, for example, or the central standing given to food in their enjoyment of life. In principle, consultative programmes for overweight and obese people with mental handicap should comprise the three elements of nutrition, exercise and behavioural training. The concept, the consulting process and the programme structure should be orientated towards the particular needs and abilities of the participants of the programme.

## **7. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis**

**Abb. 1:** Behinderten-Piktogramm (S. 7)

**Abb. 2:** International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) (S. 9)

**Abb. 3:** Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (S. 10)

**Abb. 4:** Anteil schwerbehinderter Menschen nach Altersgruppen (Deutschland) (S. 13)

**Abb. 5:** Interaktion zwischen Umweltbedingungen und genetischer Disposition bei der Manifestation einer Adipositas (S. 22)

**Abb. 6:** DGE-Ernährungskreis 2003 (S. 37)

**Tab. 1:** Einteilung der geistigen Behinderung nach ICD/WHO (S.11)

**Tab. 2:** Gewichtsklassifikation bei Erwachsenen anhand des BMI (S.16)

**Tab. 3:** Syndromale Formen der Adipositas (S.25)

## 8. Literaturverzeichnis

- Abendroth, M. / Naves, R. (2003): Die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen – Potentiale und Defizite in Rheinland-Pfalz. Eine empirische Studie in Werkstätten und Tagesförderstätten. Band 50 der Schriftenreihe „Denken & Handeln“ der Ev. Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe. [www.efh-bochum.de/deutsch/Lehre/publikationen/pdf/Band50.pdf](http://www.efh-bochum.de/deutsch/Lehre/publikationen/pdf/Band50.pdf)
- Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (AGA) der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (2004): Leitlinien für Diagnostik, Therapie und Prävention vom 10.09.2004. [www.a-g-a.de/aga\\_content.html](http://www.a-g-a.de/aga_content.html)
- aid Infodienst und Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.) (2004): Trainermanual: Leichter, aktiver, gesünder. Interdisziplinäres Konzept für die Schulung übergewichtiger oder adipöser Kinder und Jugendlicher. Bonn (aid Infodienst).
- Beange, H. / Baumann, A. (1991): Health Care for the Developmentally Disabled. Is it necessary? In: Fraser, W. (Hrsg.): Key Issues in Mental Retardation research. London. S. 154-162.
- Benecke, A. / Vogel, H. (2003): Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 16, herausgegeben vom Robert Koch-Institut.
- Bernd (Nachname unbekannt) (2002): Sport ist was für Verrückte. In: Ohrenkuss ... da rein, da raus. Heft 08/2002; Thema: Sport. Online-Ausgabe unter [www.ohrenkuss.de](http://www.ohrenkuss.de)
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege / Deutscher Behindertenrat / Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.) (2002): Eckpunktepapier für eine integrationsorientierte Gesundheitsreform aus Sicht chronisch kranker und behinderter Menschen. [www.lebenshilfe.de/content/stories/index/cfm?key=430](http://www.lebenshilfe.de/content/stories/index/cfm?key=430)
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.) (2006): ICF-Praxisleitfaden. Trägerübergreifender Leitfaden für die praktische Anwendung der ICF. [www.bar-frankfurt.de/upload/ICF-Praxisleitfaden-28-04-06\\_1515.pdf](http://www.bar-frankfurt.de/upload/ICF-Praxisleitfaden-28-04-06_1515.pdf)
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hrsg.) (2005): Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Bonn.

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2001): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6, Köln.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. Schwabenheim (Verlag Peter Sabo).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) (2005): Gesundheitsförderung konkret, Band 4. Qualitätskriterien für Programme zur Prävention und Therapie von Übergewicht und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Köln (BZgA).
- Deutsche Adipositas-Gesellschaft, Deutsche Diabetes-Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (Hrsg.) (2006): Evidenzbasierte Leitlinie – Prävention und Therapie der Adipositas. Version 2006. [www.adipositas-gesellschaft.de](http://www.adipositas-gesellschaft.de)
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (2003): Der neue DGE-Ernährungskreis. In: DGE-aktuell 25/2003.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (DGE) (Hrsg.) : Ernährungsbericht 2004. Bonn (DGE-MedienService).
- Deutscher Bundestag, Drucksache 15/4575 vom 16.12.2004: Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und die Entwicklung ihrer Teilhabe. Köln (Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft).
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2004): ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. [www.dimdi.de/static/de/klassi/ICF/icf\\_dimdi\\_final\\_draft\\_1.pdf](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ICF/icf_dimdi_final_draft_1.pdf)
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2006): ICD-10 online unter [www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2006/fr-icd.htm](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl2006/fr-icd.htm)
- Ellrott, T. (2003): Medizinische Behandlung, Medikamente und chirurgische Maßnahmen. In: Petermann, F. / Pudiel, V. (Hrsg): Übergewicht und Adipositas. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (Hogrefe), S. 183 – 206.

- Evangelische Stiftung Alsterdorf (Hrsg.) (2000): Bürger – uneingeschränkt und unbehindert ... Das europäische Projekt Community Care 1. Nov. 98 – 1. Nov. 99. Eine Zusammenfassung des Original-Berichtes zum EU-Projekt. Hamburg (Eigenverlag).
- 5 am Tag e.V. (Hrsg.) (2005): „5 am Tag“-Fibel. Mannheim (Eigenverlag).
- Gaedt, C. (2002): Risiko Psychiatrie. Plädoyer für integrierte Fachdienste zur Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen Störungen. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung (Hrsg.): Eine behinderte Medizin?! Zur medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg (Lebenshilfe-Verlag), S. 174 - 200.
- Göpel, J. (2002): Das macht viel Spaß einfach so. In: Ohrenkuss ... da rein, da raus. Heft 08/2002; Thema: Sport. Online-Ausgabe unter [www.ohrenkuss.de](http://www.ohrenkuss.de)
- Hamann, A. / Hinney, A. / Hebebrand, J. (2003): Genetische Aspekte der Adipositas. In: Wechsler, J.G. (Hrsg.): Adipositas. Ursachen und Therapie. Berlin, Wien (Blackwell). 2. aktualisierte und erweiterte Auflage, S. 113 – 129.
- Hauner et al. (2000): Qualitätskriterien für ambulante Adipositasprogramme. Eine gemeinsame Initiative der Deutschen Adipositas-Gesellschaft, Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin, Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin. In: Adipositas, 10 (Heft 19), S. 5-8.
- Hebebrand, J. / Hebebrand, K. / Hinney, A. (2003): Genetik der Adipositas. In: Petermann, F. / Pudel, V. (Hrsg): Übergewicht und Adipositas. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (Hogrefe), S. 59 – 68.
- Helmert, U. / Mielck, A. / Shea, S. (1997): Poverty, health and nutrition in Germany. Reviews on Environmental Health 12.
- Holtz, K.L. / Eberle, G. / Hillig, A. (2005): HKI: Heidelberger Kompetenz-Inventar für geistig Behinderte. Heidelberg (Universitätsverlag Winter).
- Hurrelmann, K. (2005): Der schwere Start ins Leben – Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen. In: Impulse – Newsletter zur Gesundheitsförderung der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V., 1. Quartal 2005 / März: Adipositas – Epidemie oder Hysterie?, S. 2 f.

- Husemann, B. ( 2003): Chirurgische Therapie der extremen Adipositas. In: Wechsler, J.G. (Hrsg.): Adipositas. Ursachen und Therapie. Berlin, Wien (Blackwell), S. 297-326.
- Ingwersen, K. (2005): „Bratwurst macht dick“. In: Evangelische Stiftung Alsterdorf (Hrsg.): Umbruch 4/05. Mitarbeiter-Magazin der Evangelischen Stiftung Alsterdorf. (Eigenverlag), S. 8.
- Janitzek, R.F. (2001): Zur Situation der medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung – ein Überblick. In: Fachdienst der Lebenshilfe Nr. 2/2001, S.1-7.
- Janitzek, R. F. (2002): Medizin und geistige Behinderung in Deutschland – ein Überblick. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.): Eine behinderte Medizin?! Zur medizinischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg (Lebenshilfe-Verlag).
- Kendel, B. / Thomas, R. (2004): Einsamkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Wüllenweber, E. (Hrsg.) (2004): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung. Stuttgart (Kohlhammer), S. 112-130.
- König, M. (1999): Michaelas Lieblingsessensspeise! In: Ohrenkuss...da rein, da raus. Heft 02/1999; Thema: Essen. Online-Ausgabe unter [www.ohrenkuss.de](http://www.ohrenkuss.de)
- Matthesius, R. / Jochheim, K. / Barolin, S, Heinz, C. (Hrsg.) (1995): International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps / ICIDH. Berlin, Wiesbaden (Ullstein Mosby).
- Mattke, U. (2004): Das Selbstverständliche ist nicht selbstverständlich. Frage- und Problemstellungen zur Sexualität geistig behinderter Menschen. In: Wüllenweber, E. (Hrsg.): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung. Stuttgart (Kohlhammer).
- Naidoo, J. / Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln.



- Niehoff-Dittmann, U. (1999): Bewegung, Spiel und Sport im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung – ein Überblick. In: Fachdienst der Lebenshilfe Nr.4 /1999, S. 1-10.
- Osbahr, S. (2000): Selbstbestimmtes Leben von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Luzern (ISP-Universität Zürich, Band 4).
- Pape, N. / Neumann, L. / Petersen, C. / Rumpold, N. (2004): Adipositas therapie für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung – Die Modifikation von ambulanten Kinder- und Jugendprogrammen, ein Weg zur Schaffung neuer Therapieangebote. In: Aktuelle Ernährungsmedizin 29, S. 294.
- Petermann, F. / Pudel, V. (Hrsg) (2003): Übergewicht und Adipositas. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (Hogrefe).
- Petermann, F. / Häring, J. (2003 a): Verhaltenstherapeutische Methoden in der Adipositas therapie. In: Petermann, F. / Pudel, V. (Hrsg): Übergewicht und Adipositas. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (Hogrefe), S. 239-261.
- Petermann, F. / Häring, J. (2003 b): Elternschulung bei adipösen Kindern und Jugendlichen. In: Petermann, F. / Pudel, V. (Hrsg): Übergewicht und Adipositas. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (Hogrefe), S. 263 – 279.
- Petersen, C. / Hamm, M. (2003): Moby Dicks Spaß-Diät für Kinder. Berlin (Ullstein).
- Petschelt, J. (2005): Spielend leichter mit dem Ampelprinzip – Ernährungsberatung für Menschen mit geistiger Behinderung. Abschlussbericht des Fächerübergreifenden Projekts an der HAW Hamburg / Sommersemester 2005. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Pfäfflin, M. / Wolf, P. (2000): Behinderte, in: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.), Das Public Health Buch. München, Jena (Urban & Fischer), S. 526.
- Platte, P. (2003): Der Energiestoffwechsel. In: Petermann, F. / Pudel, V. (Hrsg): Übergewicht und Adipositas. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (Hogrefe), S. 47-55.
- Pudel, V. / Schlicht, W. (2006): PfundsFit. Das Abnehmbuch. Schritt für Schritt zur schlanken Linie. Stuttgart (Hampp).

- Pudel, V. / Westenhöfer, J (2003) : Ernährungspsychologie. Eine Einführung. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (Hogrefe). 3. unveränderte Auflage.
- Pudel, V. (2003 a): Multimodale Prävention. In: Petermann, F. / Pudel, V. (Hrsg): Übergewicht und Adipositas. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (Hogrefe), S. 167-181.
- Pudel, V. (2003 b): Multimodale Therapie. In: Petermann, F. / Pudel, V. (Hrsg): Übergewicht und Adipositas. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (Hogrefe), S. 207-219.
- Rütten, A. / Abu-Omar, K. / Lampert, T. / Ziese, T. (2005): Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 26, herausgegeben vom Robert Koch-Institut.
- Rumpold, N. / Neumann, L. / Pape, N. / Petersen, C. (2004): Moby Dick – ambulante Adipositas therapie für Erwachsene mit geistiger Behinderung – Erste Erfahrungen und Ergebnisse. In: Aktuelle Ernährungsmedizin 29, S. 297.
- Sozialgesetzbuch V – Gesetzliche Krankenversicherung, in der Fassung vom 21.07.2004. [www.sozialgesetzbuch.de](http://www.sozialgesetzbuch.de)
- Sozialgesetzbuch IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, in der Fassung vom 23.04.2004. [www.sozialgesetzbuch.de](http://www.sozialgesetzbuch.de)
- Statistisches Bundesamt (2004): Ergebnisse des Mikrozensus 2003 – Gesundheit. [www.destatis.de/presse/deutsch/pm2004/p1870095.htm](http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2004/p1870095.htm)
- Statistisches Bundesamt (2005): Statistik der schwerbehinderten Menschen 2003, erschienen im März 2005 (elektronische Publikation). [www.destatis.de/download/d/solei](http://www.destatis.de/download/d/solei)
- Steinhausen, H.-C. (2005): Epidemiologie, Klinik und Diagnostik der geistigen Behinderung. In: Häßler, F. / Fegert, J.M. (Hrsg.) (2005): Geistige Behinderung und seelische Gesundheit. Kompendium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte. Stuttgart, New York (Schattauer). S. 9 ff.
- Stern, J.S. / Hirsch, J. (1995): Weighing the options: Criteria for evaluating weight-management programs. The Committee to Develop Criteria for Evaluating the Outcomes of Approaches to Prevent and Treat Obesity. Obesity research, 3, S. 591-604.

- Stroebe, W. (2002): Übergewicht als Schicksal? Die kognitive Steuerung des Essverhaltens. In: Psychologische Rundschau, 53, 14 – 22.
- Theunissen, G. / Plaute, W. (1995): Empowerment und Heilpädagogik: Ein Lehrbuch. Freiburg (Lambertus).
- Theunissen, G. (2003): Erwachsenenbildung und Behinderung. Impulse für die Arbeit mit Menschen, die als lern- oder geistig behindert gelten. Bad Heilbrunn / Obb. (Klinkhardt).
- Theunissen, G. (2004): Alkoholgefährdungen und Suchtprobleme bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Wüllenweber, E. (Hrsg.) (2004): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung. Stuttgart (Kohlhammer), S. 212-243.
- Verband für Anthroposophische Heilpädagogik, Sozialtherapie und Soziale Arbeit e.V. / Fachverband des Deutschen Caritasverbands – Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. / Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe – BEB e.V. / Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.: Gegen Benachteiligungen von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung im deutschen Gesundheitssystem. In: Fachdienst der Lebenshilfe 04/2002, S. 8-10.
- Vögele, C. (2003): Sport und Bewegung als Behandlungsansatz. In: Petermann, F. / Pudiel, V. (Hrsg.): Übergewicht und Adipositas. Göttingen, Berne, Toronto, Seattle (Hogrefe), S. 283 – 302.
- Wabitsch, M. / Zwiauer, K. / Hebebrand, J. / Kiess, W. (Hrsg.) (2005): Adipositas bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Klinik. Berlin, Heidelberg, New York (Springer).
- Warschburger, P. / Petermann, F. / Fromme, C. / Wojtalla, N. (1999): Adipositastraining mit Kindern und Jugendlichen. Materialien für die klinische Praxis. Weinheim (Beltz Psychologie Verlags Union).
- Wechsler, J.G. (2003): Diätetische Therapie der Adipositas. In: Wechsler, J.G. (Hrsg.): Adipositas. Ursachen und Therapie. Berlin, Wien (Blackwell). 2. aktualisierte und erweiterte Auflage.

- Wedel-Parlow, F.K. v. (2005): Langzeitrehabilitation bei Menschen mit erworbenen Hirnschäden: Medizinische Herausforderungen. In: Ev. Krankenhaus Alsterdorf (Hrsg.) (2005): Regelversorgung für Menschen mit Behinderung? Besonderheiten medizinischer Langzeittherapie bei Menschen mit geistiger Behinderung und erworbenen Hirnschäden. Dokumentation der Jahrestagung der Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung am 03. und 04. Juni 2005 in Hamburg (Eigenverlag).
- Werkstättenverordnung (WVO) in der Fassung vom 23.4.2004. In: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (Hrsg.) (2005): Ratgeber für behinderte Menschen. Bonn, S. 356-365.
- Westenhöfer, J. (1996): Gezügeltes Essen und Störbarkeit des Essverhaltens. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle (Hogrefe).
- WHO (2000): Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Genf.
- Wirth, A. (2000): Adipositas: Epidemiologie, Ätiologie, Folgekrankheiten, Therapie. Berlin, Heidelberg, New York, Barcelona, Hongkong, London, Mailand, Paris, Singapur, Tokio (Springer).

## 9. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Bewohnern der Wohngruppen „23“ und „Münsterstraße“ der Ev. Stiftung Alsterdorf bedanken, die im Jahr 2005 bzw. 2006 an der „Ernährungsberatung für Menschen mit Intelligenzminderung“ teilgenommen haben. Als Beraterin konnte ich dort wertvolle Erfahrungen sammeln.

Mein besonderer Dank gilt auch

Herrn Prof. Dr. Michael Hamm und Frau Dr. Petra Schulz für ihre freundliche und motivierende Betreuung,

Herrn Niels Pape für die Auskünfte über das „Gesundheitsprogramm für übergewichtige Menschen mit Behinderung“ (Moby Dick),

Helgard Libera sowie Judith Petschelt und Nadja Czichon für unsere gute Zusammenarbeit bei der Beratung in den Wohngruppen,

meinen Kommilitoninnen Nina Egger, Sabrina Jagusch, Silvia Klein, Simone Otto und Annette Rossée sowie meinem Kommilitonen Matthias Kock-Reher für unser Kolloquium,

meinen Freundinnen und Freunden – insbesondere Sonja Gähler, Anja Schablon, Andrea Wernecke und Michael Alger – für die moralische Unterstützung und

ganz besonders Manfred und unseren Familien.

## **10. Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, den 05.07.2006

Nicole Peterberns