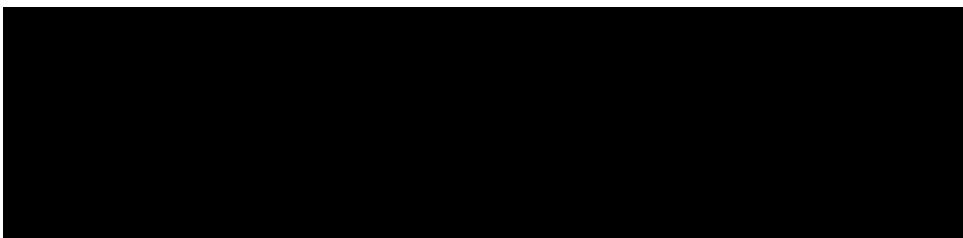

HAW - Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales - Department Pflege & Management
Bachelorarbeit

Thema:

**Maßnahmen und Ansätze zur Gesundheitsförderung und
Prävention für Menschen mit geistigen Behinderungen**

Betreuerin: Prof. Dr. phil. habil. Corinna Petersen-Ewert
Zweitbetreuerin: Prof. Dr. Constanze Sörensen
Studentin: Luise Kemper



Datum : 03.12.2019

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	VI
Zusammenfassung.....	1
1. Hintergrund	2
1.1 Epidemiologie.....	2
1.2 Gesundheitszustand.....	2
1.3 Recht auf Teilhabe und Inklusion in der Gesundheitsversorgung....	4
2. Begriffsdefinitionen	5
2.1 Geistige Behinderung.....	5
2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	6
3. Ziel- und Fragestellung	7
4. Methodik	8
4.1 Anwendung des PICOS-Schemas.....	8
4.2 Systematische Literaturrecherche in PubMed.....	8
4.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien.....	8
4.2.2 Themenblöcke.....	10
4.2.3 Suchablauf und Treffer.....	11
4.2.4 Ergebnisse der Literaturrecherche/Flussdiagramm.....	11
4.3 Bewertung der Studienqualität.....	14
5. Ergebnisse	16
5.1 Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität.....	22
5.1.1 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.....	22
5.1.2 Interventionen.....	23
5.1.3 Ergebnisse.....	25
5.1.4 Studienqualität.....	27
5.1.5 Limitationen.....	28
5.2 Maßnahmen zur Reduktion des Körpergewichts.....	28
5.2.1 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.....	28
5.2.2 Interventionen.....	29

5.2.3 Ergebnisse.....	32
5.2.4 Studienqualität.....	33
5.2.5 Limitationen.....	33
5.3 Maßnahme der Gesundheitsbildung.....	34
5.3.1 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.....	34
5.3.2 Intervention.....	35
5.3.3 Ergebnisse.....	35
5.3.4 Studienqualität.....	36
5.3.5 Limitationen.....	36
5.4 Sturzprävention.....	36
5.4.1 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.....	37
5.4.2 Interventionen.....	37
5.4.3 Ergebnisse.....	38
5.4.4 Studienqualität.....	39
5.4.5 Limitationen.....	39
5.5 Alkoholprävention.....	40
5.5.1 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.....	40
5.5.2 Intervention.....	40
5.5.3 Ergebnisse.....	41
5.5.4 Studienqualität.....	41
5.5.5 Limitationen.....	42
6. Diskussion.....	43
6.1 Limitationen der vorliegenden Arbeit.....	46
6.2 Ausblick	46
Literaturverzeichnis.....	48
Anhang.....	58

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AUDIT	Alcohol Use Disorders Identification Test
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMI	Body-Mass-Index
BRFSS	Behavioral Risk Factor Surveillance System questionnaire
BSID	Balance Scale for Intellectual Disability
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
ebd.	eben da
EQ-5D	European Quality of Life-5 dimensions
et al.	und andere
GARS-M	modified Gait Abnormality Rating Scale
g.B.	geistige Behinderung
GF	Gesundheitsförderung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
gLQ	gesundheitsbezogene Lebensqualität
HRQoL	health-related quality of life
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ICAP	Inventory for Client and Agency Planning
IQ	Intelligenzquotient
Kcal	Kilocalorie
n	Anzahl
NFPP	Nijmegen Falls Prevention Program
Pat.	Patientin /Patient
PROFAID	Prevention of falls for adults with intellectual disability
PubMed	Public Medline
RCT	Randomized controlled trial
S.	Satz
SGB	Sozialgesetzbuch
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
TN	Teilnehmerinnen/Teilnehmer
TUG	Timed Up and Go Assessment

UK	United Kingdom
UKATT	UK Alcohol Treatment Trial
UKH	Universitätsklinikum Halle (Saale)
UN	United Nations
USA	United States of America
WASI	Wechsler Abbreviated Scale for Intelligence
WHO	World Health Organization
WWT00	Waist Winners Too

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Themenblöcke.....	10
Tabelle 2: Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität.....	17
Tabelle 3: Maßnahmen zur Reduktion des Körpergewichts.....	18
Tabelle 4: Gesundheitsbildungsmaßnahme.....	20
Tabelle 5: Sturzpräventionsmaßnahmen.....	20
Tabelle 6: Alkoholpräventionsmaßnahme.....	21

Zusammenfassung

Hintergrund

Menschen mit Behinderungen haben verglichen mit der Allgemeinbevölkerung ein negativeres Gesundheitsverhalten, einen schlechteren Gesundheitszustand und eine geringere Lebenserwartung. Es sind dringend Maßnahmen erforderlich, um ihr bestehendes Recht auf das größtmögliche Maß an Gesundheit umzusetzen.

Ziel

Diese Arbeit verfolgt das Ziel, den aktuellen Forschungsstand in Bezug auf präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen für Menschen mit geistigen Behinderungen zur Steigerung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (gLQ) zu ermitteln und deren Wirksamkeit darzustellen.

Methodik

Es wurde eine systematische Datenbankrecherche in PubMed durchgeführt, um einen Überblick über die deutsch- und englischsprachigen Forschungsergebnisse aus dem Zeitraum 15.04.2013 – 14.04.2018 zu erlangen. 13 Studien erfüllten die Einschlusskriterien und wurden folglich inkludiert. Alle relevanten Studien wurden synthetisiert und bewertet.

Ergebnisse

Am intensivsten wurden Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität und Reduktion des Körpergewichts erforscht. Außerdem konnten einzelne Programme in Bezug auf Gesundheitsbildung, Sturz- und Suchtprävention gefunden werden. Mit einer Ausnahme fehlt der Bezug zur gLQ gänzlich. Die Ergebnisse basieren überwiegend auf Studien mit niedriger Evidenzqualität.

Diskussion

Es existieren zu wenig Studien über Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit geistigen Behinderungen. Für die Konzeption und Evaluation weiterer Programme wird eine vermehrte Durchführung von qualitativ hochwertigen RCT`s mit größeren Stichproben empfohlen, sowie die Entwicklung und Evaluation von geeigneten Messinstrumenten für diese heterogene Personengruppe, um die Qualität der Evidenz des Forschungsgebiets zu erhöhen.

Maßnahmen und Ansätze zur Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit geistigen Behinderungen

1. Hintergrund

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit stehen Menschen mit geistigen Behinderungen. Auf Grund einer mangelhaften Datenlage werden sich die folgenden Kapitel „Epidemiologie“, „Gesundheitszustand“ und „Recht auf Teilhabe und Inklusion in der Gesundheitsversorgung“ jedoch überwiegend auf Menschen mit Behinderungen im Allgemeinen beziehen.

1.1 Epidemiologie

Es ist schwierig, eindeutige epidemiologische Kennzahlen in Bezug auf Menschen mit ausschließlich geistigen Behinderungen zu erlangen, da es sich um eine sehr heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Einschränkungen handelt (Schmidt 2008). Laut dem Statistischen Bundesamt (2015) lebten im Jahr 2013 13 Prozent der deutschen Bevölkerung mit einer amtlich anerkannten Behinderung. Aus derselben Quelle geht hervor, dass besonders ältere Menschen unter Behinderungen leiden. So waren 73 Prozent der Betroffenen mindestens 55 Jahre alt. 2015 wiesen 7,6 Millionen Menschen eine schwere Behinderung¹ auf, wovon 12 Prozent eine geistige oder seelische Behinderung zeigten (Statistisches Bundesamt 2016).

1.2 Gesundheitszustand

Laut dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) (2017) ist die Datenlage zur gesundheitlichen Situation von Menschen mit Behinderungen mangelhaft. Um dennoch einen Einblick in das Thema zu

¹ Je nach Auswirkungen der Behinderung auf die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, werden Behinderungsgrade (20 – 100 Grad) vergeben. Ab einem Grad von 50 gelten Personen als schwerbehindert (Statistisches Bundesamt, 2015).

gewähren, werden nachfolgend einige internationale Studienergebnisse präsentiert.

Der Teilhabebericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) aus dem Jahr 2013 liefert interessante Ergebnisse bezüglich der gesundheitlichen Situation von Menschen mit Behinderungen, ohne dabei jedoch eine Unterscheidung von den Arten der Behinderungen vorzunehmen. So verdeutlicht der Bericht, dass 55 Prozent der Erwachsenen mit Beeinträchtigungen ihren Gesundheitszustand als „weniger gut“ oder „schlecht“ beurteilen, im Vergleich zu neun Prozent derjenigen ohne Beeinträchtigungen. Außerdem geht aus dem Bericht hervor, dass Menschen mit Behinderungen, mit durchschnittlich 33 Krankheitstagen im Jahr deutlich häufiger krank sind, als die Allgemeinbevölkerung mit lediglich acht Tagen pro Jahr. Eine ungesunde Lebensweise wird speziell in Bezug auf junge Erwachsene (18 – 30 Jahre) mit Beeinträchtigungen thematisiert. So ernähren sie sich öfter ungesund, rauchen häufiger und trinken mehr Alkohol als Gleichaltrige ohne Behinderung (BMAS 2013). Das ungesündere Ernährungsverhalten, sowie der erhöhte Nicotin- und Alkoholkonsum, wurden speziell für Erwachsene mit geistigen Behinderungen aller Altersklassen von Robertson et al. (2014) durch eine große Längsschnittstudie in Großbritannien bestätigt. Außerdem zeigt die Studie, dass Erwachsene mit intellektuellen Beeinträchtigungen signifikant öfter übergewichtig und weniger körperlich aktiv sind als Menschen ohne geistige Beeinträchtigungen.

Bezüglich der psychischen Gesundheit von Erwachsenen mit intellektuellen Behinderungen konnten ebenfalls Studien aus Großbritannien belegen, dass affektive Störungen wie Depressionen, Angst- und Schlafstörungen in der besagten Personengruppe dreimal häufiger vorkommen, als unter der britischen Allgemeinbevölkerung (Cooper et al. 2007, Singelton et al. 2003).

Obwohl vermehrt ein Anstieg der Lebenserwartungen von Menschen mit Behinderungen prognostiziert wird (Diekmann et al. 2010, Köhnke 2009), ist diese nach wie vor deutlich geringer als in der Allgemeinbevölkerung (Glover et

al. 2017). Außerdem zeigen durchgeführte Mortalitätsanalysen, dass ein großer Anteil der Todesursachen von Menschen mit geistigen Behinderungen potentiell vermeidbar oder gut behandelbar wäre (Glover et al. 2017, Trollor et al. 2017).

1.3 Recht auf Teilhabe und Inklusion in der Gesundheitsversorgung

Die Vereinten Nationen [United Nations (UN)] beschreiben im Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention „[...] das Recht von Menschen mit Behinderung auf den Genuss des erreichbaren Höchstmaßes an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund ihrer Behinderung.“ (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen 2014, S. 22, Auslassung: L.K.).

Um dieses Recht auf nationaler Ebene durchzusetzen, hat die Bundesregierung im Jahr 2011 einen Nationalen Aktionsplan erarbeitet (BMAS 2011), welcher im Jahr 2016 durch weitere Maßnahmen ergänzt und als Nationaler Aktionsplan 2.0 verabschiedet wurde (BMAS 2016). Die Aktionspläne beschreiben Maßnahmen der Bundesregierung für die nächsten zehn Jahre, durch die eine umfassende Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Behinderungen in das gesellschaftliche Leben erlangt werden soll.

Durch die Verabschiedung des Präventionsgesetzes im Jahr 2015, setzte die Bundesregierung einen Fokus auf Gesundheitsförderung (GF) und Prävention (Bundesministerium für Gesundheit 2017). Gemäß § 20 Abs. 1 SGB V sieht die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) diesbezüglich Leistungen in ihrer Satzung vor, welche sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheiten von Gesundheitschancen reduzieren sollen.

Menschen mit Behinderungen gelten als besonders vulnerabel und haben einen erschwerten Zugang zu Maßnahmen der Gesundheitsversorgung (BMAS 2013, GKV-Spitzenverband 2017, Liebig 2017). Aus diesem Grund sollten insbesondere für diese Personengruppe Interventionen der GF und Prävention entwickelt und angeboten werden (GKV-Spitzenverband 2017, Liebig 2017).

2. Begriffsdefinition

Um ein einheitliches Verständnis der behandelten Personengruppe und Thematik zu schaffen, werden nun die Begriffe „geistige Behinderung“ und „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ (gLQ) näher definiert.

2.1 Geistige Behinderung

Der Versuch, den Terminus „(geistige) Behinderung“ zu definieren, stellt eine große Herausforderung da. Bereits in der Präambel der UN-Behindertenrechtskonvention Buchstabe e heißt es, dass sich das Verständnis von Behinderung ständig weiterentwickelt (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2017). Die größte Problematik bei der Definition der geistigen Behinderung besteht laut Schmid (2003) darin, dass sich die Betroffenen selbst meist nicht umfassend darstellen können und so nur Aussagen über sie getätigt werden. Das Ergebnis ist eine Vielzahl an nationalen und internationalen Definitionen mit unterschiedlichen Akzentuierungen, von denen an dieser Stelle nur einige exemplarisch vorgestellt werden sollen.

Gemäß der im Pschyrembel veröffentlichten medizinischen Definition von Margraf (2017), ist der Begriff „geistige Behinderung“ mit den Begriffen „intellektuelle Behinderung“ und „Intelligenzminderung“ gleichzusetzen. Laut Margraf (2017) handelt es sich bei einer Intelligenzminderung um eine *„Angeborene oder frühzeitig (vor 18 Lj.) erworbene Intelligenzstörung, die mit Beeinträchtigungen des Anpassungsvermögens einhergeht. Klinisch zeigen sich beeinträchtigte Kognition, Sprache, soziale Fähigkeiten und Motorik.“*

Der deutsche Gesetzgeber definiert den Behinderungsbegriff seit dem 01.01.2018 wie folgt:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn

Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.“ (§2 Abs.1 SGB IX)

Eine weitere, häufig verwendete Definition kommt aus der Pädagogik und wurde vom Deutschen Bildungsrat formuliert. Sie lautet:

„Geistig behindert ist, wer infolge einer organisch-genetischen oder anderweitigen Schädigung in seiner psychischen Gesamtentwicklung und seiner Lernfähigkeit so beeinträchtigt ist, daß er voraussichtlich lebenslanger sozialer und pädagogischer Hilfen bedarf. Mit den kognitiven Beeinträchtigungen gehen solche der sprachlichen, sozialen, emotionalen und der motorischen einher.“ (Deutscher Bildungsrat 1973, S.13).

Diese Arbeit bezieht sich als Grundlage auf die Definition des Deutschen Bildungsrates.

2.2 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Obwohl die Messung der Lebensqualität, bzw. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (gLQ) [health-related quality of life (HRQoL)], in den vergangenen Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen hat, mangelt es nach wie vor an einer eindeutigen Definition beider Begriffe (Kramer et al. 2014). Laut Kramer et al. (2014) bezieht sich die HRQoL auf die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation [World Health Organization (WHO)], die da lautet: *„Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“* (1946, S.119).

Basierend auf dieser Definition ist die HRQoL ebenfalls ein mehrdimensionales Konzept, das nicht nur die körperliche Komponente der Gesundheit einbezieht, sondern auch die soziale und psychische Dimension (Kramer et al. 2014).

Entsprechend der vorangegangenen Ausführung wird nun die Definition der HRQoL aus dem Pschyrembel vorgestellt, welche als Grundlage für diese Arbeit dient:

„Die gesundheitsbezogene Lebensqualität beschreibt die mit Krankheit und Gesundheit in Zusammenhang stehenden Komponenten der Lebensqualität.“

Sie umfasst körperliche, psychische, soziale und funktionale Dimensionen des Befindens und des Handlungsvermögens. Gesundheitsbezogene Lebensqualität ist nicht direkt messbar oder zu beobachten, sondern muss indirekt über Indikatoren erfasst werden.“ (Jaehde 2018)

Folgende verwandte Themen werden in dieser Arbeit ebenfalls fokussiert, hier jedoch nicht näher definiert: Psychosoziale Gesundheit, Inklusion und Teilhabe.

3. Ziel- und Fragestellung

Das Ziel dieser Arbeit besteht darin, anhand einer systematischen Literaturrecherche in der Datenbank „Public Medline“ (PubMed) ein systematisches Review zu verfassen, welches Antwort auf folgende, handlungsleitende Fragestellung gibt:

„Welche präventiven bzw. gesundheitsfördernden Maßnahmen gibt es in der langfristigen Betreuung von Menschen mit geistigen Behinderungen zur Steigerung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität und wie wirksam sind diese?“

4. Methodik

Als Methodik dieser wissenschaftlichen Arbeit dient die Erstellung eines systematischen Literaturreviews. Nachfolgend werden die Erarbeitung der handlungsleitenden Fragestellung, die systematische Literaturrecherche und die Instrumente für die Bewertung der Studienqualitäten vorgestellt.

4.1 Anwendung des PICOS-Schemas

Die unter Punkt 3 vorgestellte Fragestellung wurde anhand des PICOS-Schemas erarbeitet bzw. konkretisiert. Die Abkürzung PICOS steht laut dem Centre for Reviews and Dissemination (CRD) (2009) für die Begriffe Population, Intervention, Comparison, Outcome und Setting.

- **P:** Menschen mit geistigen Behinderungen / Alter \geq 18 Jahre
- **I:** Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention
- **C:** In diesem Fall wird keine Vergleichsintervention abgefragt
- **O:** Höhere gLQ, Teilhabe, bessere psychosoziale Gesundheit und Inklusion
- **S:** Langzeitbetreuung (Altenheim, Pflegeheim, betreutes Wohnen, Tagespflege etc.)

4.2 Systematische Literaturrecherche in PubMed

Nachfolgend werden die für die Literaturrecherche festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien, die gebildeten Themenblöcke sowie der genaue Suchablauf und dessen Ergebnisse vorgestellt.

4.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Die Ein- und Ausschlusskriterien konkretisieren die Fragestellung und sind später entscheidend für die, unter Punkt 4.2.4 beschriebene Beurteilung der Literaturrelevanz.

Einschlusskriterien

- Publikationsdatum: 15.04.2013 – 14.04.2018
- Sprache: Deutsch, Englisch
- Studiendesign: empirische Studien, Reviews, RCT's, Metaanalysen

- Intervention: behinderungsübergreifende (nicht behinderungsspezifische) Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätze
- Setting: Langzeitbetreuung (Altenheim, Pflegeheim, betreutes Wohnen, Tagespflege etc.)
- Population: Menschen mit geistigen Behinderungen / Alter \geq 18 Jahre

Ausschlusskriterien

- (Meinungs-)artikel, Annahmen
- Intervention: ärztliche Interventionen
- Setting: Schule, häusliches Umfeld, Krankenhaus
- Population: Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen (auch Demenz), die ursprünglich keine geistige Behinderung hatten / $<$ 17 Jahre

4.2.2 Themenblöcke

Tabelle 1: Themenblöcke (eigene Darstellung)

Themenblöcke	Boolesche Operatoren
Health promotion (Mesh) Prophylaxis Prevention* Prevent	OR
	AND
Intervention Measure* Action* Procedure Professional practice (Mesh) Behavior Support Routine* Activit* Practice Attitude	OR
	AND
“Intellectual disability” (Mesh) “Mental disability” “Cognitive disability” “Mentally handicapped” “Mental handicap” “Mentally disabled” “Mentally disabled persons” (Mesh)	OR
	AND
“Quality of life” (Mesh) “Health-related quality of life” inclusion “social Participation” (Mesh) Participation “psychosocial health” Health (Mesh) “mental health” (Mesh) “physical health”	OR

Aus der zuvor genannten Fragestellung wurden mit Hilfe des PICOS-Schemas (CRD 2009) einzelne Suchbegriffe ermittelt und ins Englische übersetzt. Um eine breitere Suche zu ermöglichen, wurde anschließend jeder Suchbegriff durch Synonyme ergänzt, und es ergaben sich die in Tabelle 1 sichtbaren Themen-

blöcke. Durch die Anwendung der „MeSH-Term“ Funktion in PubMed wurde die Suche durch datenbankeigene Mechanismen ebenfalls vertieft.

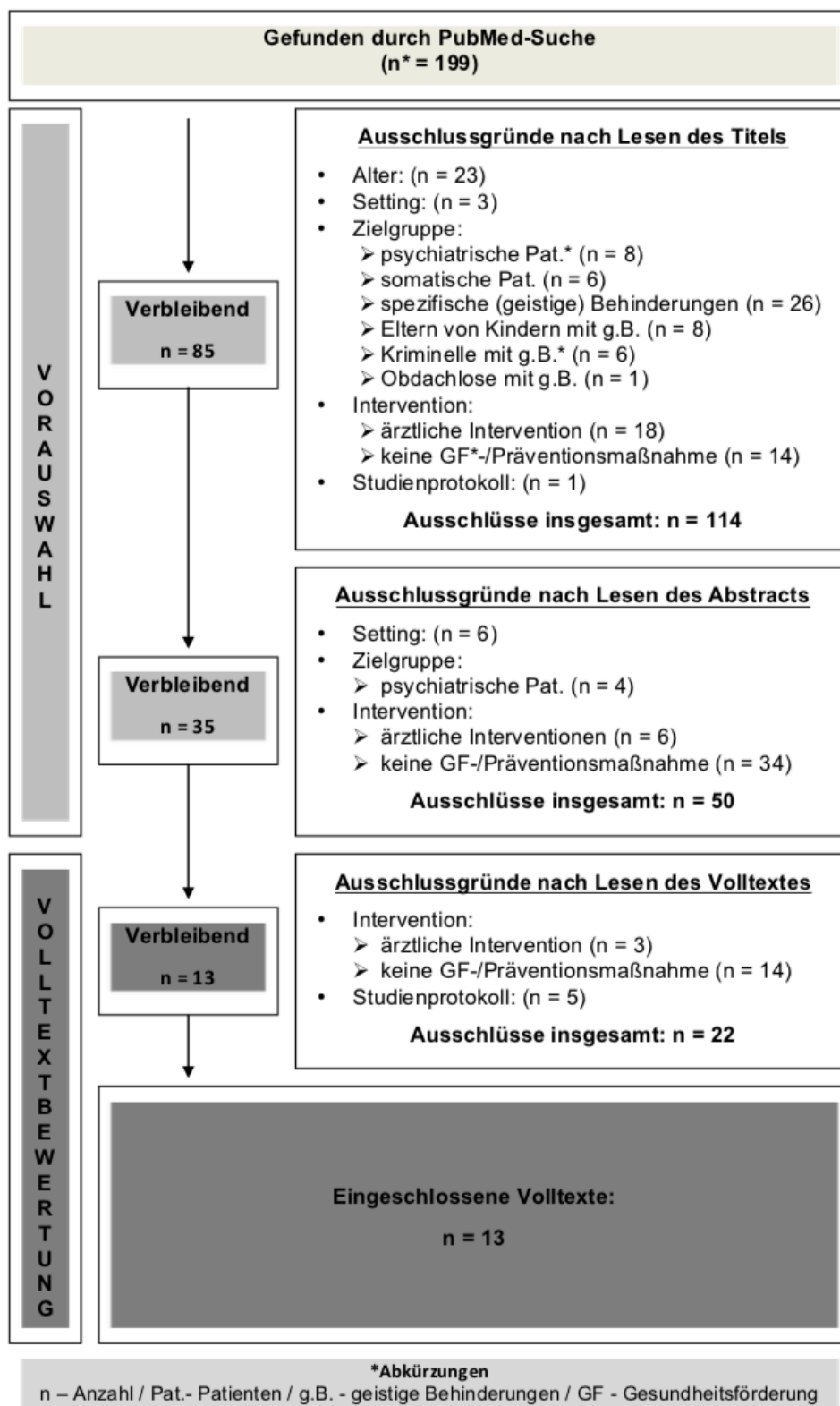
4.2.3 Suchablauf und Treffer

Zu Beginn wurden einige Schnellsuchen durchgeführt, um die Eignung der Themenblöcke und einzelnen Suchbegriffe zu testen und einen ersten Eindruck von der Datenlage zu erlangen. Nachdem Themenblöcke und Suchbegriffe entsprechend angepasst worden sind, wurde die endgültige, hier dargestellte Literaturrecherche am 14.04.2018 durchgeführt.

Es sind insgesamt 47 Suchen über PubMed getätigt und darüber 199 Treffer erzielt worden (Siehe Anhang 1).

4.2.4 Ergebnisse der Literaturrecherche/Flussdiagramm

Die Sichtung der Treffer und deren Relevanzbewertung wird anhand des folgenden Flussdiagramms visualisiert.



***Abkürzungen**
n – Anzahl / Pat.- Patienten / g.B. - geistige Behinderungen / GF - Gesundheitsförderung

Abbildung 1: Flussdiagramm der Literaturbewertung (eigene Darstellung)

Zunächst konnten bereits 114 Treffer alleine durch das Lesen der Überschriften ausgeschlossen werden. Das Prüfen der Abstracts führte zu 50 weiteren Ausschlüssen. Für die Volltextbewertung blieben somit 35 Treffer, von denen weitere 22 ausgeschlossen wurden. Die Ausschlussgründe waren vielfältig. 23 Studien richteten sich an Teilnehmerinnen und Teilnehmer (TN) unter 17 Jahren. Neun Studien spielten sich in ungeeigneten Settings wie Schulen oder Krankenhäusern ab. Ein Großteil der Studien bezog sich auf die falsche Zielgruppe. So z.B. auf Menschen ohne geistige Behinderungen, die sich auf Grund psychischer Erkrankungen wie z.B. einer Schizophrenie, Depression oder Angststörung oder auf Grund von somatischen Erkrankungen wie beispielsweise einer Hypothyreose, Influenza oder Ovarialinsuffizienz in Behandlung befanden. Viele Studien richteten sich nur an Menschen mit einer ganz spezifischen Behinderung wie Autismus oder Down-Syndrom. Weitere acht Studien legten ihren Fokus z.B. auf die Stressprävention von Eltern von Kindern mit geistigen Behinderungen. Andere Studien legten ihren Schwerpunkt auf straffällig gewordene Menschen mit geistigen Behinderungen und ihren Gesundheitsstatus oder ihre Bedarfe für eine soziale Wiedereingliederung. Eine Studie untersuchte den Gesundheitszustand von obdachlosen Menschen mit einer geistigen Behinderung. 27 Studien beforschten ärztliche Interventionen wie pränatale Diagnostiken, Neugeborenen Screenings, Krebsvorsorge-untersuchungen oder Psychopharmaka Therapien. Die meisten Studien schieden allerdings aus, da sie sich nicht mit Maßnahmen der GF oder Prävention befassten. Hier wurden oftmals Prävalenzen von z.B. Diabetes, Infektionskrankheiten, Übergewicht, Angststörungen, Karies, Herz-Kreislaufkrankungen etc. erforscht. Außerdem gab es einige Studien über die Mortalitätsrate oder den allgemeinen Gesundheitsstatus unter Menschen mit geistigen Behinderungen. Bei sechs Treffern handelte es sich lediglich um Studienprotokolle.

Im Zuge des Bewertungsprozesses kristallisierten sich 13 Studien als geeignet heraus, die anfangs genannte Fragestellung zu beantworten. Diese Studien werden nachfolgend präsentiert und diskutiert.

4.3 Bewertung der Studienqualität

Für die Evidenzbeurteilung, der in das Review einbezogenen Studien, fanden zwei verschiedene Assessmentinstrumente Anwendung. Beide Instrumente wurden vom Universitätsklinikum Halle Saale (2018), basierend auf der Fachliteratur von Behrens und Langer (2010), entwickelt und beziehen sich zum einen auf systematische Übersichtsarbeiten und zum anderen auf Interventionsstudien. Im Folgenden werden die Instrumente kurz vorgestellt.

Kritische Beurteilung einer systematischen Übersichtsarbeit

Fragen zur Überprüfung der Studienglaubwürdigkeit:

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht?
2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen?
3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden?
4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt?
5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar?
6. Stimmen die Forscher bei der Bewertung der Studien überein?
7. Waren die Studien ähnlich?

(Behrens und Langer 2010)

Kritische Beurteilung einer Interventionsstudie

Fragen zur Überprüfung der Studienglaubwürdigkeit:

1. Wie wurden die TN rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?
2. Wie hoch war die Drop-Out-Quote?
3. Waren die TN, das Personal und das Untersuchungsteam verblindet?
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?
6. Wurden alle TN in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?

8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?

(Behrens und Langer 2010)

In beiden Assessments werden die Fragen frei, ohne vorgegebene Antwortmöglichkeiten, beantwortet und am Ende wird eine Note von eins bis sechs vergeben. Dabei steht die Note eins für eine sehr gute und die Note sechs für eine ungenügende Studienglaubwürdigkeit bzw. Evidenz (Behrens und Langer 2010).

Dieses Review präsentiert ausschließlich Studien mit einem Hauptfokus auf quantitative Designs. Einige der Studien schließen allerdings ein kurzes, qualitatives Interview mit ein, welches bei der Qualitätsbewertung keine Berücksichtigung finden wird.

5. Ergebnisse

Nachfolgend werden die unter 4.2.1 ermittelten 13 Studien präsentiert und anhand ihrer Ergebnisse ein Versuch unternommen, die unter Punkt 3 genannte handlungsleitende Fragestellung zu beantworten.

Fünf der 13 Studien wurden im Vereinigten Königreich (UK) durchgeführt, zwei weitere jeweils in den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) und den Niederlanden. Die verbleibenden Studien kommen aus Schweden, Spanien, Kanada und Neuseeland. Alle Publikationen fanden zwischen 2013 und 2017 statt. Bei über der Hälfte handelt es sich um (Cluster-) RCT's. Drei Studien werden als Vorher-Nachher Studien ohne Kontrollgruppe klassifiziert und bei zwei weiteren handelt es sich um systematische Übersichtsarbeiten.

Alle Studien untersuchen Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit geistigen Behinderungen. Um die Ergebnisse möglichst strukturiert darstellen zu können, werden die Studien, gemäß ihrer Zielsetzungen, in folgende Maßnahmenbereiche unterteilt:

- Körperliche Aktivität
- Gewichtsreduktion
- Gesundheitsbildung
- Sturzprävention
- Alkoholprävention

Die hier dargestellten Tabellen 2 - 6 präsentieren die wichtigsten Studienkriterien und Ergebnisse in Kürze. Eine detaillierte Darstellung der Studienmerkmale, der beforschten Interventionen und der entsprechenden Ergebnisse folgen im Fließtext.

Tabelle 2: Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität (eigene Darstellung)

Autoren/ Jahr	Ziele	Design	Stichprobe/ Einschlusskriterien	Zentrale Ergebnisse	Evidenzgrad nach Behrens und Langer
Bergström, Hagströmer, Hagberg, Schäfer Elinder (2013)	Überprüfung der Wirksamkeit einer MKI in Bezug auf das individuelle Gesundheitsverhalten	Cluster- RCT	n = 130 Erw. (≥18 J.) GdB: leichter – mittlerer	KA: ↑ Schrittzahl/Tag BMI & Lebenszufriedenheit: keine signif. Veränderung	3
Brooker, van Dooren, McPherson, Lennox, Ware (2015)	Ermittlung von Studien über Interventionen, welche die KA von Menschen mit g.B. erhöhen wollen	Review	6 inkludierte Studien n: 42 - 432 Altersspanne: 18 - 71 J. GdB: leichter – schwerster	Alle untersuchten GF- Programme beinhalteten Komponenten der KA, Ernährung und Gewichtsreduktion KA: 1x: ↑ leichte Bewegung/Tag und ↓ sitzendes Verhalten 2x: ↑ Bewegung/Woche 3x: keine signif. Ergebnisse BMI & gLQ: nicht fokussiert	1
Marks, Sisirak, Chang (2013)	Überprüfung der Wirksamkeit des Health- Matters-Programms in Bezug auf das Gesundheitsverhalten	RCT	n = 67 Erw. (≥30 J.) GdB: leichter – mittlerer	KA, BMI & Wahrgenommener Gesundheitszustand: keine signif. Veränderung	3

Melville, Mitchell, Stalker, Matthews, McConnachi, Murray, Mellin, Mutrie (2015)	Überprüfung der Wirksamkeit eines Verhaltensänderungsprogramms zur Steigerung der KA	Cluster-RCT	n = 102 Erw. (≤18 J.) GdB: leichter – schwerer	KA, BMI & Wohlbefinden: keine signif. Veränderung	2
van Schijndel-Speet, Evenhuis, van Wijck, van Montfort, Echteld (2016)	Überprüfung der Wirksamkeit des Health-Matters-Programms in Bezug auf die KA	Cluster-RCT	n = 151 Erw. (≥43 J.) GdB: leichter – mittlerer	KA: ↑ Schrittzahl/Tag unter jüngeren TN BMI: nicht fokussiert Lebenskompetenz: keine signif. Veränderung	3

Tabelle 3: Maßnahmen zur Reduktion des Körpergewichts (eigene Darstellung)

Autoren/ Jahr	Ziele	Design	Stichprobe/ Einschlusskriterien	Zentrale Ergebnisse	Evidenzgrad nach Behrens und Langer
Harris, Hankey, Jones, Pert, Murray, Tobin, Boyle, Melville (2017)	Vergleich zweier MKI zur Gewichtsreduktion: TAKE 5 → Fokus auf kaloriengesteuerte Diät WWToo → Fokus auf Gesundheitserziehung	Cluster-RCT	n = 50 Erw. (≥18 J.) GdB: leichter – schwerster Übergewicht ↓ KA	Körpergewicht, KA, gLQ: keine signif. Veränderung BMI: ↓ (TAKE 5) /keine signif. Veränderung (WWToo)	3

Martínez-Zaragoza, Campillo-Martínez, Ato-García (2016)	Überprüfung der Wirksamkeit einer MKI zur Reduktion von Übergewicht/Adipositas	Kontrollierte klinische Studie	n = 66 Erw. (≥18 J.) ICAP-Test: 50 – 80 Punkte Übergewicht	Körpergewicht: ↓ bei allen TN BMI: ↓ KA & gLQ: nicht fokussiert	4
Spanos, Hankey, Melville (2016)	Überprüfung der Gewichterhaltungsphase des TAKE 5 Programms	Vorher-Nachher Studie ohne KG (Folgestudie)	n = 28 Erw. (≥ 18 J.) GdB: leichter – schwerer Übergewicht Teilnahme an Phase 1 der Intervention	Körpergewicht: 50% haben ihr Gewicht erfolgreich gehalten BMI & KA: keine signif. Veränderung gLQ: nicht fokussiert	4
Spanos, Melville, Hankey (2013)	Ermittlung von Studien über Interventionen, die eine Gewichtsreduktion von Menschen mit g.B. erreichen wollen	Review	22 inkludierte Studien n: 6 – 192 Erw. (≥ 18 J.) GdB: leichter – schwerster Übergewicht	Klassifikation der gefundenen Interventionen: 3x Verhaltensänderung 2x Verhaltensänderung + KA 2x Diät 4x KA 3x Diät + KA 8x MKI Körpergewicht: 3x Reduktion um ≥ 5% des ursprünglichen Körpergewichts BMI, KA, gLQ: nicht fokussiert	2

Tabelle 4: Gesundheitsbildungsmaßnahme (eigene Darstellung)

Autoren/ Jahr	Ziele	Design	Stichprobe/ Einschlusskriterien	Zentrale Ergebnisse	Evidenzgrad nach Behrens und Langer
Feldman, Owen, Andrews, Tahir, Barber, Griffiths (2016)	Evaluation eines Gesundheitsbildungs- programms	RCT	n = 22 Erw. Alter unklar GdB.: keine Angabe Fähigkeit verbal zu kommunizieren	Gesundheitswissen: ↑ gLQ: nicht fokussiert	4

Tabelle 5: Sturzpräventionsmaßnahmen (eigene Darstellung)

Autoren/ Jahr	Ziele	Design	Stichprobe/ Einschlusskriterien	Zentrale Ergebnisse	Evidenzgrad nach Behrens und Langer
Hale, Mirfin- Veitch, Treharne (2015)	Überprüfung der Wirksamkeit und Akzeptanz eines Sturzpräventions- programms	Vorher- Nachher Studie ohne KG	n = 29 Erw. (≥18 J.) GdB: leichter – schwerer Sturzrisiko	Gleichgewicht: ↑ Gehfähigkeit & Mobilität: keine signif. Veränderung gLQ: nicht fokussiert	3
Hanegem, Enkelaar, Smulders, Weerdesteyn (2014)	Überprüfung der Wirksamkeit eines Hindernislauftrainings	Vorher- Nachher Studie ohne KG	n = 39 Erw. (≥18 J.) GdB: leichter – schwerer Sturzrisiko	Gleichgewicht & Gehfähigkeit: ↑ Mobilität: keine signif. Veränderung gLQ: nicht fokussiert	4

Tabelle 6: Alkoholpräventionsmaßnahme (eigene Darstellung)

Autoren/ Jahr	Ziele	Design	Stichprobe/ Einschlusskriterien	Zentrale Ergebnisse	Evidenzgrad nach Behrens und Langer
Kouimtsidis, Bosco, Scior, Baio, Hunter, Pezzoni, McNamara, Hassiotis (2017)	Überprüfung der Wirkung eines Alkoholpräventions- programms	Mach- barkeits- RCT	n = 30 Erw. (≥18 J.) IQ: < 70 Durch Fachpersonal als möglicherweise alkoholkrank eingeschätzt	Alkoholkonsum: ↓ in IG & KG gLQ: nicht fokussiert	3

Abkürzungen und Symbole

BMI	Body Maß Index	gLQ.	Gesundheitsbezogene Lebensqualität	MKI	Mehrkomponenten Intervention	↑	gesteigert
Erw.	Erwachsene	IG	Interventionsgruppe	n	Anzahl	↓	reduziert
g.B.	geistige Behinderung	IQ	Intelligenzquotient	RCT	Randomized controlled trial	&	und
GdB	Grad der Behinderung	KA	körperliche Aktivität	signif.	signifikant		
GF	Gesundheitsförderung	KG	Kontrollgruppe	TN	Teilnehmerinnen/Teilnehmer		

5.1 Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität

Insgesamt legten fünf der eingeschlossenen Studien ihren Hauptfokus auf Maßnahmen zur Steigerung körperlicher Aktivität. Bei vier Studien handelte es sich um (Cluster-) RCT`s (Bergström et al. 2013, Marks et al. 2013, Melville et al. 2015, van Schijndel-Speet et al. 2016). Bei Brooker et al. (2015) handelte es sich um eine systematische Übersichtsarbeit. Die Stichprobengrößen reichten von 67 bis 151 Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

5.1.1 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Alle Studien bezogen sich auf Maßnahmen für Menschen mit geistigen Behinderungen. Eingeschlossen wurden Menschen mit leichter - mittlerer (Bergström et al. 2013, Marks et al. 2013, van Schijndel et al. 2016) bzw. leichter - schwerer (Melville et al. 2015) geistiger Behinderung. Die untersuchten Studien von Brooker et al. (2015) schlossen zum Teil auch Menschen mit schwersten kognitiven Beeinträchtigungen ein. Anzumerken ist hier, dass keine Autorenschaft angab, anhand welcher Kriterien bzw. Methode die Behinderungsgrade vergeben wurden. Alle Studien schlossen Erwachsene ab 18 Jahren ein. Van Schijndel-Speet et al. (2016) legten als einzige ein höheres Mindestalter von 40 Jahren fest und Marks et al. (2013) öffneten ihre Studie zwar für Menschen ab 18 Jahren, rekrutierten jedoch nur Menschen zwischen 30 und 64 Jahren. Das Geschlechterverhältnis war in allen Studien weitestgehend ausgeglichen. Die Rekrutierungsstrategien wurden an keiner Stelle detailliert erläutert. Alle inkludierten RCT`s arbeiteten mit Wartelistenkontrollgruppen. Melville et al. (2015) wandten eine computergestützte Randomisierungsmethode an und Bergström et al. (2013) führten die Gruppenzuteilung über das Ziehen versiegelter Umschläge durch, welche jeweils eine Identifikationsnummer für eine teilnehmende Einrichtung enthielten. Van Schijndel-Speet et al. (2016) ermittelten anhand eines Chi-Quadrat Tests und eines t-Tests, welche der zehn eingeschlossenen Einrichtungen eine Gruppe bilden sollten, um eine hohe Vergleichbarkeit von Interventions- und Kontrollgruppe zu erreichen. Marks et al. (2013) bildeten, mittels Münzwurfs, die Interventions- und Kontrollgruppe. Lediglich in drei Studien fand für gewisse Arbeitsschritte eine Verblindung des

Forschungsteams statt (Marks et al. 2013, Melville et al. 2015, van Schijndel-Speet et al. 2016). Bergström et al. (2013) und Melville et al. (2015) führten eine Fallzahlenberechnung durch, wobei lediglich die zuletzt genannten die ermittelte Soll-Stichprobengröße erreichten.

5.1.2 Interventionen

Bei allen erforschten Programmen handelte es sich um Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Die meisten Studien wurden in verschiedenen Tageseinrichtungen für Menschen mit geistigen Behinderungen durchgeführt (Brooker et al. 2015, Marks et al. 2013, van Schijndel-Speet et al. 2016). Bergström et al. (2013) rekrutierten ihre Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Wohngemeinschaften für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Melville et al. (2015) gaben keine genaue Auskunft bezüglich ihres Forschungssettings. Die Durchführungsdauer der Programme betrug zum Teil nur acht bzw. zwölf Wochen (Brooker et al. 2015, Marks et al. 2013, Melville 2015) und zum Teil sieben bis acht (Brooker et al. 2015, van Schijndel-Speet et al. 2016) oder sogar sechzehn Monate (Bergström et al. 2013). Bezüglich des Maßnahmenrhythmus gab es ebenfalls große Unterschiede. So boten Melville et al. (2015) ihr Programm lediglich alle sechs Wochen an. Weitere Maßnahmen wurden einmal monatlich (Bergström et al. 2013, Brooker et al. 2015), bzw. einmal wöchentlich (Brooker et al. 2015) durchgeführt. Mit einem Rhythmus von drei bis fünf Mal wöchentlich waren die Maßnahmen von Marks et al. (2013) und van Schijndel-Speet et al. (2016) am engsten getaktet. Die Dauer der Einheiten lag zwischen 15 Minuten (van Schijndel-Speet et al. 2016) und zwei Stunden (Brooker et al. 2015, Marks et al. 2013).

Das Ziel der Übersichtsarbeit von Brooker et al. (2015) bestand darin, Studien über Interventionen zu ermitteln, die das körperliche Aktivitätslevel von Menschen mit geistigen Behinderungen erhöhen wollen. Die zuvor genannte Autorenschaft (2015) inkludierte fünf Vorher-Nachher Studien und ein RCT. Alle von Brooker et al. (2015) berücksichtigten Studien, sowie die Studien von Bergström et al. (2013) und Marks et al. (2013) untersuchten Interventionen, die sowohl eine Bewegungs- als auch eine Ernährungskomponente beinhalteten.

Die von Melville et al. (2015) und van Schijndel-Speet et al. (2016) beforschten Maßnahmen konzentrierten sich allein auf körperliche Aktivität. Lediglich eine Maßnahme der Übersichtsarbeit von Brooker et al. (2015) fokussierte sich ausschließlich auf theoretische Gesundheitsbildung. Alle anderen Maßnahmen beinhalteten immer theoretische und praktische bzw. aktive Anteile.

Eine untersuchte Maßnahme von Brooker et al. (2015) und die Maßnahme von Melville et al. (2015) basierten auf einem individuellen Ansatz. Alle anderen Angebote richteten sich an Gruppen.

Die von Marks et al. (2013) und van Schijndel-Spee et al. (2016) untersuchten Maßnahmen orientierten sich beide an dem 2010 von Marks et al. entwickelten Health-Matters-Programm. Das Ziel bestand jeweils darin, die Wirkung des Programms auf das Gesundheitsverhalten (Marks et al. 2013) bzw. auf das körperliche Aktivitätslevel (van Schijndel-Speet et al. 2016) der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu untersuchen. In beiden Studien wurde den Probandinnen und Probanden Wissen über Sport und seinen positiven Einfluss auf den menschlichen Körper vermittelt. Marks et al. (2013) thematisierten außerdem die Grundpfeiler einer gesunden Ernährung und kochten gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Die Bewegungseinheiten beinhalteten in beiden Studien Übungen zur Steigerung des Muskelaufbaus, des Gleichgewichts, der Beweglichkeit und der Ausdauer. Van Schijndel-Speet et al. (2016) ließen die Maßnahme von einer Gesundheitsexpertin, einem Gesundheitsexperten durchführen. Marks et al. (2013) ließen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der jeweiligen Tageseinrichtungen professionell schulen und die Maßnahme dann von ihnen durchführen.

Bergström et al. (2013) setzten sowohl an der Verhältnis- als auch an der Verhaltensprävention an. Zunächst wurde ebenfalls eine Pflegefachkraft je teilnehmender Einrichtung professionell geschult. Sie wurde dazu befähigt Teamsitzungen zum Thema Bewegungs- und Ernährungsbedingungen für die Bewohnerinnen und Bewohner anzuleiten. Unter der Leitung der geschulten Pflegekraft und mit Hilfe eines Handbuchs, sollten die einrichtungsinternen Gesundheitsförderungsgegebenheiten reflektiert und geplant werden. Parallel dazu wurden die Bewohnerinnen und Bewohner von externem Expertenpersonal

unterrichtet. Zum Teil wurden Körperliche Übungen durchgeführt oder gesundes Essen zubereitet. Das Ziel bestand darin, die individuellen Gesundheitskompetenzen zu verbessern (Bergström et al. 2013).

Melville et al. (2015) und eine Autorenschaft aus der Arbeit von Brooker et al. (2015) untersuchten sehr ähnliche Verhaltensänderungsprogramme. Das Ziel bestand jeweils darin, sitzendes Verhalten zu verringern und das Aktivitätslevel zu erhöhen. In beiden Programmen wurde das individuelle Bewegungsverhalten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer durch eine Lauftrainerin bzw. einen Lauftrainer analysiert. Darauf aufbauend wurde gemeinsam ein Bewegungsprogramm entwickelt und passende Verhaltensänderungstechniken wie Strategien der Zielsetzung, Eigenmotivation oder Selbstkontrolle vermittelt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erhielten Schrittzähler, die sie zur Eigenkontrolle ihres Bewegungsverhaltens tragen sollten. Bei Bedarf wurden Bezugspersonen in den Prozess involviert. Diesem Prozess folgte eine Einheit zur Zielüberprüfung, Beratung und Motivation und abschließend eine Einheit zum Thema Rückfallprävention (Brooker et al. 2015, Melville et al. 2015).

5.1.3 Ergebnisse

Um den Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht zu sprengen, werden nachfolgend lediglich die Studienergebnisse in Bezug auf körperliche Aktivität, Body Maß Index und Themen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität präsentiert.

Körperliche Aktivität

In drei Studien der Übersichtsarbeit von Brooker et al. 2015 und in den Studien von Bergström et al. (2013), Melville et al. (2015) und van Schijndel-Speet et al. (2016) wurden verschiedene Beschleunigungsmesssensoren verwendet, um die körperliche Aktivität der Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu überprüfen. Diese Messmethode wurde am häufigsten genutzt. In allen Studien sollten die Probandinnen und Probanden die Sensoren sieben Tage in den Wachphasen tragen, mit Ausnahme der Studie von van Schijndel-Speet et al. (2016). Hier verlief die Messung lediglich über vier Tage.

Viermal kamen Fragebögen zum Einsatz, in denen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer selber Auskünfte über ihren Bewegungsstatus geben sollten. Brooker et al. (2015) berichteten in dem Zusammenhang über die zweimalige Anwendung des Behavioral Risk Factor Surveillance System questionnaire (BRFSS) und über den Einsatz eines weiteren, unbetitelten Fragebogens, ohne jeweils Literaturverweise zu geben. Melville et al. (2015) nutzten die International Physical Activity Questionnaire-Shortversion (Craig et al. 2019).

Marks et al. (2013) bedienten sich diverser Tests, um den Fitnessstatus der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Bezug auf Beweglichkeit, Ausdauer, Gleichgewicht und Kraft zu überprüfen. Aus Platzgründen werden die Tests hier nicht näher erläutert.

Insgesamt verzeichneten drei Studien signifikante Ergebnisse über den Einsatz der Beschleunigungsmesssensoren. Bergström et al. (2013) berichteten über eine signifikante Steigerung der durchschnittlichen Schrittzahl pro Tag. Van Schijndel-Speet et al. (2016) konnten diesen Effekt in Bezug auf jüngere, schneller laufende Teilnehmerinnen und Teilnehmer ebenfalls nachweisen. Eine untersuchte Studie von Brooker et al. (2015) stellte eine signifikante Steigerung von leichter Bewegung pro Tag und die Abnahme von sitzendem Verhalten fest. Außerdem berichteten Brooker et al. (2015) zweimal von einer signifikanten Steigerung der selbstberichteten Bewegung pro Woche. Drei weitere, der von Brooker et al. (2015) inkludierten Studien, sowie die Studien von Marks et al. (2013) und Melville et al. (2015) erzielten keine signifikanten Ergebnisse in Bezug auf körperliche Aktivität. Marks et al. (2013) konnten lediglich in einem Schulter-Flexibilitätstest signifikante Ergebnisse erreichen.

Body-Mass-Index

Zur Ermittlung des Körperfettanteils wird oftmals die Berechnung des Body-Mass-Index (BMI) durchgeführt. Dieser wird durch folgende Formel errechnet: Körpergewicht (kg)/Körpergröße (m)² (Nutall 2015).

In drei Studien wurde der BMI errechnet, veränderte sich jedoch durch keine erforschte Maßnahme signifikant (Bergström et al. 2013, Marks et al. 2013, Melville et al. 2015).

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Keine der untersuchten Studien fokussierte konkret die gLQ, jedoch fanden verwandte Themen Berücksichtigung.

Bergström et al. (2013) erforschten die Lebenszufriedenheit ihrer Teilnehmerinnen und Teilnehmer anhand einer kurz erläuterten, jedoch nicht weiter literarisch verwiesenen Gesichtsskala. Marks et al. (2013) wendeten ebenfalls kurz beschriebene, jedoch nicht offensichtlich Evidenz basierte Befragungen zum wahrgenommenen allgemeinen Gesundheitszustand. Melville et al. (2015) untersuchten das Wohlbefinden über die nine item subjective Vitality Scale (Ryan & Frederick 1997). Und van Schijndel-Speet et al. (2016) führten über die Anwendung des Barthel-Indexes (Mahoney & Barthel 1965) und der Lawton IADL-Skale (für Instrumental Activities of Daily Living) (Lawton & Brody 1969) eine Befragung zur Lebenskompetenz durch.

Keine der erläuterten Befragungen konnte signifikante Veränderungen abbilden (Bergström et al. 2013, Marks et al. 2013, Melville et al. 2015, van Schijndel-Speet et al. 2016).

5.1.4 Studienqualität

Durch die Anwendung der unter Punkt 4.3 beschriebene Evidenzbewertung von Behrens und Langer (2010), konnte die Übersichtsarbeit von Brooker et al. (2015) mit der Note eins am besten bewertet werden. Das RCT von Melville et al. (2015) wurde mit der Note zwei und die drei verbleibenden Forschungsprojekte mit der Note drei bewertet (Bergström et al. 2013, Marks et al. 2013, van Schijndel-Speet et al. 2015).

5.1.5 Limitationen

Die Autorinnen und Autoren geben ausnahmslos keine ausreichend beschriebene Rekrutierungsstrategie an. Die Randomisierungsmethoden werden überall kurz beschrieben, ein Beleg der Validität fehlt jedoch gänzlich. Lediglich in zwei Studien wurde eine Fallzahlberechnung durchgeführt (Bergström et al. 2013, Melville et al. 2015), wobei nur Melville et al. (2015) die ermittelte Soll-Stichprobengröße tatsächlich erreichten. Alle Sample waren klein, wobei positiv anzumerken ist, dass die Drop-out-Quote bei allen Studien kleiner als zwanzig Prozent war. Die Stichproben waren überwiegend sehr heterogen, besonders in Bezug auf die Art und den Grad der Behinderung. Lediglich in drei Studien fand bei manchen Arbeitsschritten eine Verblindung des Forschungsteams statt (Marks et al. 2013, Mellville et al. 2015, van Schijndel-Speet et al. 2016).

5.2 Maßnahmen zur Reduktion des Körpergewichts

Vier der inkludierten Studien legten ihren Schwerpunkt auf Maßnahmen zur Gewichtsreduktion. Bei Spanos et al. (2016) handelte es sich um eine Folgestudie, durchgeführt anhand einer Vorher-Nachher Messung ohne Kontrollgruppe. Martínez-Zaragoza et al. (2016) führten eine kontrollierte klinische Studie und Harris et al. (2017) eine in Clustern randomisierte kontrollierte Studie durch. Die vierte inkludierte Studie ist ein systematisches Literaturreview von Spanos et al. aus dem Jahr 2013. Die Stichprobengrößen reichen von 28 - 66 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

5.2.1 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Alle Studien richten sich an Menschen mit geistigen Behinderungen. Einbezogen wurden Menschen mit leichter bis schwerer (Spanos et al. 2016) oder sogar leichter bis schwerster (Harris et al. 2017, Spanos et al. 2013) geistiger Behinderung. Martínez-Zaragoza et al. (2016) bezogen ausschließlich Menschen ein, die im 1986 von Bruininks et al. entwickelten und 1996 von Montero weiterentwickelten ICAP-Test (für Inventory for Client and Agency Planning) 50 - 80 Punkte erreichten. Damit war die zuletzt genannte Autorenschaft die einzige,

die Angaben zur Einteilungs- bzw. Ermittlungsmethode der Behinderungsgrade machte.

Außerdem richteten sich alle Studien ausschließlich an Volljährige mit Übergewicht und Adipositas.

Mit durchschnittlich ca. 60 %, waren Frauen in allen Studien etwas stärker vertreten als Männer. Harris et al. (2017) bedienten sich der Rekrutierungsmethode von Foster et al. (2011). In die Follow-up-Studie von Spanos et al. (2016) wurden nur Teilnehmerinnen und Teilnehmer einbezogen, die in der ersten, bereits abgeschlossenen Phase des untersuchten Programmes ihr Körpergewicht um drei oder mehr Prozent reduzieren konnten. Ansonsten wurden keine Angaben zu Rekrutierungsmethoden gemacht. Lediglich zwei Studien arbeiteten mit Kontrollgruppen (Harris et al. 2017, Martínez-Zaragoza et al. 2016). In der kontrollierten Studie von Martínez-Zaragoza et al. (2016) bildeten jene Bewohnerinnen und Bewohner der beforschten Einrichtung die Kontrollgruppe, die kein Übergewicht hatten und oder nicht motiviert waren, an dem untersuchten Programm teilzunehmen. Harris et al. (2017) betitelten ihre Studie zwar als RCT, erwähnten jedoch keine Randomisierungsmethode. Außerdem wurde lediglich von der zuletzt genannten Autorenschaft eine Verblindung des Forschungsteams vorgenommen und eine Fallzahlenberechnung durchgeführt, wobei die ermittelte Soll-Stichprobengröße am Ende nicht erreicht wurde.

5.2.2 Interventionen

Es handelt sich bei allen untersuchten Interventionen um Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention. Spanos et al. (2013) inkludierten 18 Vorher-Nachher Studien und vier RCT's. Der überwiegende Anteil der untersuchten Studien von Spanos et al. (2013) sowie die Studien von Harris et al. (2017) und Martínez-Zaragoza et al. (2016) fanden in verschiedenen Tageseinrichtungen für Menschen mit geistigen Behinderungen statt. Spanos et al. (2016) hatten lediglich Telefonkontakt zu ihren Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Die Maßnahmen dauerten fünf (Martínez-Zaragoza et al. 2016) bzw. zwölf (Harris et al. 2017, Spanos et al. 2013) Monate und wurden fünfmal

die Woche à 60 Minuten (Martinez-Zaragoza et al. 2016) bzw. alle zwei Wochen à 40 - 50 Minuten (Harris et al. 2017, Spanos et al. 2016) durchgeführt. Die untersuchten Programme von Spanos et al. (2013) variierten stark in Bezug auf die Durchführungsdauer (zwei – acht Monate), den Rhythmus (täglich – vierzehntägig) und die Längen der einzelnen Einheiten (zehn Minuten – zwei Stunden).

Das Programm von Martinez-Zaragoza et al. (2016) beinhaltete zwei Einzelsitzungen, gefolgt von Gruppenangeboten. Bei allen anderen Maßnahmen handelte es sich ausschließlich um individuelle Angebote.

Die Ergebnispräsentation der systematischen Literaturrecherche von Spanos et al. (2013) ist nur zum Teil für die hier vorliegende Arbeit von Interesse. Die zuletzt genannte Autorenschaft (2013) konnte insgesamt 22 Studien zu verschiedenen Gewichtsreduktionsprogrammen für Menschen mit geistigen Behinderungen ausfindig machen und folgendermaßen klassifizieren: Drei Maßnahmen fokussierten sich ausschließlich auf Verhaltensänderungstechniken, zwei Programme kombinierten Verhaltensänderungstechniken mit körperlichen Aktivitäten, zwei weitere Interventionen beinhalteten ausschließlich Diäten. Viermal wurde die körperliche Aktivität allein fokussiert. In drei weiteren Maßnahmen wurden Diäten mit körperlichen Aktivitäten kombiniert. Die größte Gruppe stellten mit insgesamt acht Maßnahmen die Mehrkomponenten-Interventionen dar, die aus mindestens drei Elementen bestanden (Spanos et al. 2013).

Das Ziel der Studie von Martinez-Zaragoza et al. (2016) bestand darin, die Wirksamkeit eines Mehrkomponenten-Gewichtsreduktionsprogramms zu überprüfen. Harris et al. (2017) hatten die Absicht, zwei verschiedene Gewichtsreduktionsprogramme und deren Wirkung miteinander zu vergleichen und anhand der Folgestudie von Spanos et al. (2016) sollte die Wirksamkeit einer Gewichterhaltungsphase einer bereits abgeschlossenen Intervention untersucht werden.

Die beforschten Maßnahmen von Harris et al. (2017), Martínez-Zaragoza et al. (2016) und Spanos et al. (2016) beinhalteten alle eine Ernährungs-, eine Bewegungs- und eine Verhaltensänderungskomponente.

Eine der von Harris et al. (2017) untersuchten Intervention und die Folgestudie von Spanos et al. (2016) bezogen sich auf das Programm TAKE 5 von Melville et al. (2011). Die andere von Harris et al. (2017) untersuchte Intervention nennt sich Waist Winners Too (WWT00). Laut der zuletzt genannten Autorenschaft (2017) wurde WWT00 von einem Mainstream-Gewichtsmanagementprogramm abgeleitet. Hier wurde jedoch keine wissenschaftliche Quelle genannt. TAKE 5 und WWT00 sind sehr ähnliche Interventionen. Der Hauptunterschied liegt in der Ernährungskomponente. So wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer von TAKE 5 aufgefordert täglich 600 Kilokalorien (kcal) weniger zu konsumieren als es ihrem individuellen Energieumsatz entspricht und die von WWT00 erhielten eine gesundheitserzieherische Maßnahme, indem sie über die Grundpfeiler einer gesunden Ernährung aufgeklärt wurden und eine Bewertung verschiedener Lebensmittel erhielten (Harris et al. 2017). Die von Spanos et al. (2016) untersuchte Gewichtserhaltungsmaßnahme und das Programm von Martínez-Zaragoza et al. (2016) beinhalteten beide ebenfalls eine kaloriengesteuerte Diät und eine Aufklärung bezüglich der Grundlagen einer gesunden Ernährung. Sowohl in den beiden verglichenen Programmen von Harris et al. (2017) als auch in der von Spanos et al. (2016) untersuchten Maßnahme wurde das Thema Bewegung theoretisch behandelt. So wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aufgefordert ihr eigenes Bewegungsverhalten zu analysieren und sich Bewegungsziele zu setzen (Harris et al. 2017, Spanos et al 2016). Martínez-Zaragoza et al. (2016) boten den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Bewegungskurse an. Die Verhaltensänderung wurde in den Programmen der Vergleichsstudie von Harris et al. (2017) und der Maßnahme von Spanos et al. (2016) über das Vermitteln von Techniken, bezüglich Zielsetzung, Selbstkontrolle und Eigenmotivation, gesteuert. Martínez Zaragoza et al. (2016) kombinierten Motivationsstrategien mit einem Anreizsystem. So erhielten die Probandinnen und Probanden bei Gewichtverlust oder jedem besuchten Bewegungsprogramm Marken, die ab einer gewissen Anzahl für Geschenke oder Unternehmungen eingetauscht werden konnten (Martínez-Zaragoza et al. 2016). Außerdem wurden Erfolge bei der Gewichtsabnahme vor allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern verkündet und gemeinsam gefeiert (Martínez-Zaragoza et al. 2016).

Die untersuchten Maßnahmen von Harris et al. (2017), Martínez-Zaragoza et al. (2016) und Spanos et al. (2016) wurden alle von verschiedenen Gesundheitsexpertinnen und -experten durchgeführt und bezogen Angehörige oder Bezugspersonen der Probandinnen und Probanden bei Bedarf oder sogar grundsätzlich mit ein.

5.2.3 Ergebnisse

Um die vorliegende Arbeit in einem angemessenen Rahmen zu halten, werden nachfolgend lediglich die Studienergebnisse in Bezug auf Körpergewicht, BMI, körperliche Aktivität und gLQ berücksichtigt.

Körpergewicht

Spanos et al. (2013) präsentierten in ihrer Übersichtsarbeit lediglich solche Ergebnisse, bei denen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer sechs Monate nach dem Ende einer Maßnahme einen signifikanten Verlust ihres ursprünglichen Körpergewichts von fünf Prozent oder mehr zu verzeichnen hatten. Dies war in drei Studien der Fall (Spanos et al. 2013). Martínez-Zaragoza et al. (2016) stellten am Ende ihrer Maßnahme bei allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern einen signifikanten Gewichtsverlust fest. Die verglichenen Interventionen von Harris et al. (2017) hatten beide keinen signifikanten Einfluss auf das Körpergewicht ihrer Probandinnen und Probanden. Fünfzig Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus der Studie über die Gewichtserhaltungsphase von Spanos et al. (2016) konnten ihr Gewicht erfolgreich halten, 21% verloren weiter an Gewicht.

Body Maß Index

Sowohl die Maßnahme von Martínez-Zaragoza et al. (2016) als auch die von Harris et al. (2017) untersuchte TAKE 5 Maßnahme bewirkten eine signifikante Abnahme des BMI. Die ebenfalls von Harris et al. (2017) untersuchte WWToo Maßnahme, sowie das beforschte Programm von Spanos et al. (2016), hatten keinen signifikanten Einfluss auf den BMI. Bei Spanos et al. (2013) wurde der BMI in der Ergebnispräsentation nicht berücksichtigt.

körperliche Aktivität

Lediglich zwei der Studien untersuchten über den Einsatz verschiedener Beschleunigungsmesssensoren das Bewegungsverhalten ihrer Teilnehmerinnen und Teilnehmer (Harris et al. 2017, Spanos et al. 2016). In beiden Studien sollten die Sensoren jeweils zu Beginn und am Ende der Maßnahme für sieben Tage in den Wachphasen getragen werden. Weder Harris et al. (2017) noch Spanos et al. (2016) erzielten signifikante Veränderungen.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität

Harris et al. (2017) untersuchten als einzige die Auswirkung ihrer zwei untersuchten Programme auf die gLQ der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Als Messinstrument kam der European Quality of Life-5 dimensions (EQ-5D) (Brooks & Group 1996) zum Einsatz, konnte jedoch keine signifikanten Ergebnisse erzielen (Harris et al. 2017).

5.2.4 Studienqualität

Durch die Anwendung der unter Punkt 4.3 beschriebenen Evidenzbewertung von Behrens und Langer (2010), konnte die Übersichtsarbeit von Spanos et al. (2013) mit der Note zwei bewertet werden. Die Studie von Harris et al. (2017) erhielt die Note drei. Die Studien von Martínez-Zaragoza et al. (2016) und Spanos et al. (2016) erhielten lediglich die Note vier.

5.2.5 Limitationen

Martinez-Zaragoza et al. (2016) rekrutierten alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus lediglich einer Einrichtung für Menschen mit geistigen Behinderungen und gaben als einzige keine Auskunft über den genauen Rekrutierungsvorgang. Harris et al. (2017) machten als Forschungsteam des einzigen hier inkludierten RCT's keine Angaben zur genutzten Randomisierungsmethode. Die zuletzt genannte Autorenschaft (2017) führte allerdings als einzige eine Fallzahlenberechnung durch, dessen Ergebnis sie jedoch am Ende nicht erreichen konnte. Die Stichproben aller Studien waren

klein, wobei die Drop-out-Quote bei allen Studien erfreulicherweise kleiner als zwanzig Prozent ausfiel.

Die Stichproben waren überwiegend heterogen, besonders in Bezug auf die Art und den Grad der Behinderung. Hervorzuheben ist an dieser Stelle der Unterschied zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe von Martínez-Zaragoza et al. (2016). Besagte Autorenschaft (2016) bezogen in die Interventionsgruppe alle motivierten Nutzerinnen und Nutzer eines Therapiezentrums mit einer leichten bis mittleren geistigen Behinderungen ein, die zusätzlich noch übergewichtig oder adipös waren und bildete die Kontrollgruppe aus den Nutzerinnen und Nutzern des Therapiezentrum, die die zuvor genannte Kriterien nicht erfüllten. In keiner Studie wurde eine Verblindung vorgenommen.

Die als mangelhaft bewertete Studie von Spanos et al. aus dem Jahr 2016 wurde maßgeblich dadurch beeinflusst, dass sie ohne Kontrollgruppe durchgeführt wurde.

Bezüglich der Übersichtsarbeit von Spanos et al. (2013) ist kritisch anzumerken, dass die tabellarische Ergebnispräsentation lückenhaft ausgefallen ist und keine ersichtliche Evidenzbewertung der inkludierten Studien vorgenommen wurde.

5.3 Maßnahme der Gesundheitsbildung

Durch die Literaturrecherche wurde lediglich eine beforschte Maßnahme gefunden, die sich ausschließlich auf ein allgemeines Gesundheitsbildungskonzept fokussiert (Feldman et al. 2016). Bei dem Studiendesign handelte es sich um ein RCT mit einer Stichprobengröße von 22 Teilnehmerinnen und Teilnehmern (Feldman et al. 2016).

5.3.1 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Die Studie von Feldman et al. (2016) richtete sich an Menschen mit geistigen Behinderungen, die in der Lage waren, verbal zu kommunizieren. Bezüglich des Behinderungsgrads oder des Alters der Probandinnen und Probanden wurden keine Angaben gemacht. Das Geschlechterverhältnis war ausgeglichen. Eine Fallzahlberechnung wurde durchgeführt, die ermittelte Soll-Stichprobengröße

jedoch nicht erreicht. Die Rekrutierungs- und Randomisierungsmethode wurde ebenfalls nicht thematisiert. Das Forschungsteam wurde zum Teil verblindet (Feldman et al. 2016).

5.3.2 Intervention

Die vorliegende Studie von Feldman et al. aus dem Jahr 2016 verfolgte das Ziel, das 3Rs-Training (für Rights, Respect and Responsibility) von Feldman et al. aus dem Jahr 2012 weiter zu entwickeln und zu evaluieren. Bei der Maßnahme von Feldman et al. (2016) handelt es sich um ein Lernprogramm für Gesundheitswissen, das in zwei ambulanten Wohnhilfegruppen für Menschen mit geistigen Behinderungen durchgeführt wurde. Die Durchführungsdauer der Maßnahme hing von den Leistungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer ab und betrug dadurch drei bis sechs Monate. In welchem Rhythmus und in welcher Länge die einzelnen Bildungsangebote stattfanden, wurde nicht erwähnt. Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde in Dreiergruppen Wissen über wichtige Körperorgane, deren Form, Lokalisation, Funktion, häufige Erkrankungen und ihre Symptome, sowie gesundheitsfördernde Maßnahmen vermittelt. Der Unterricht wurde interaktiv gestaltet. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden angeleitet ein individuelles Gesundheitstagebuch zu führen. Jede Unterrichtseinheit wurde mit einem verbalen Gesundheitsquiz beendet. Wenn alle Gruppenmitglieder ein Quiz-Score von mindestens fünfundsiebzig Prozent erreichten, wurde ein neues Thema begonnen. Der Unterricht wurde von Gesundheitsexpertinnen und -experten durchgeführt. Die Arbeitsteams der Wohnhilfegruppen wurden einmalig geschult, um ihre Klientinnen und Klienten besser unterstützen zu können. Angehörige wurden nicht involviert. Die Kontrollgruppe erhielt ausschließlich die in den Einrichtungen übliche Versorgung (Feldman et al. 2016).

5.3.3 Ergebnisse

Die Effektivität des Lernprogramms überprüften Feldman et al. (2016) anhand eines Gesundheitswissenstests, basierend auf dem 3Rs health knowledge curriculum von Feldman et al. (2012). Der Test wurde zu Beginn, am Ende und

sechs Monate nach der Maßnahme mit der Interventions- und der Kontrollgruppe durchgeführt. Die Interventionsgruppe erzielte sowohl unmittelbar nach der Maßnahme, als auch beim Follow-up-Test, signifikant höhere Wissenswerte als die Kontrollgruppe (Feldman et al. 2016).

Die Auswirkungen des Programms auf die gLQ wurden von Feldmann et al. (2016) nicht untersucht.

5.3.4 Studienqualität

Durch die Anwendung der unter Punkt 4.3 beschriebenen Evidenzbewertung von Behrens und Langer (2010), konnte die Studie lediglich mit der Note vier bewertet werden.

5.3.5 Limitationen

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie von Feldman et al. (2016) wurden anhand einer unbekanntem Methode aus lediglich zwei Einrichtungen rekrutiert, jedoch nicht entsprechend in Interventions- und Kontrollgruppe geclustert. Somit kann es zu einer gegenseitigen Beeinflussung der Gruppen gekommen sein. Die Randomisierung wird ebenfalls nicht erläutert, obwohl es sich laut der Autorenschaft um ein RCT handelt. Außerdem ist zusätzlich zu einer, ohnehin zu kleinen Stichprobe, die Drop-out Quote der Kontrollgruppe nach Angaben der Autorenschaft sehr hoch ausgefallen (Feldman et al. 2016).

5.4 Sturzprävention

Im Zuge der systematischen Literaturrecherche konnten zwei Vorher-Nachher-Studien ohne Kontrollgruppen gefunden werden, die Sturzpräventionsmaßnahmen für Menschen mit geistigen Behinderungen untersuchten (Hale et al. 2015, Hanegem et al. 2014). Die Stichprobengröße von Hale et al. (2015) lag bei 29 und die von Hanegem et al. (2014) bei 39 Teilnehmerinnen und Teilnehmern.

5.4.1 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Beide Studien richteten sich an sturzgefährdete erwachsene Menschen mit einer leichten bis schweren geistigen Behinderung (Hale et al. 2015, Hanegem et al. 2014). Das Durchschnittsalter lag bei Hale et al. (2015) bei 53 und bei Hanegem et al. (2014) bei 55 Jahren. Hanegem et al. (2014) ermittelten das Sturzrisiko mittels eigens konzipierter Checkliste und Hale et al. (2015) nutzten die Ergebnisse der Sturzrisikobeurteilungen der Einrichtungen, über die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer rekrutiert wurden. Das Geschlechterverhältnis war in beiden Studien nahezu ausgeglichen (Hale et al. 2015, Hanegem et al. 2014). Hanegem et al. (2014) rekrutierten ihre Teilnehmerinnen und Teilnehmer lediglich aus einem Wohnheim und führten keine Fallzahlenberechnung durch. Hale et al. (2015) erreichten die ermittelte Soll-Stichprobengröße, indem sie Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus drei verschiedenen Unterstützungsorganisationen für Menschen mit geistigen Behinderungen rekrutierten.

5.4.2 Interventionen

Es handelte sich bei beiden untersuchten Programmen um Präventionsmaßnahmen. Hanegem et al. (2014) führten ihre Studie lediglich in einem Wohnheim durch, Hale et al. (2015) in drei nicht näher beschriebenen Unterstützungsorganisationen für Menschen mit geistigen Behinderungen. Beide Maßnahmen fanden in Einzelsitzungen bzw. Einzeltrainings statt, wobei Hale et al. (2015) zusätzlich noch Gruppenworkshops für Familienangehörige und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der jeweiligen Einrichtungen anbot. Die von Hanegem et al. (2014) untersuchte Maßnahme wurde einmal wöchentlich á 30 Minuten für zehn Wochen angeboten. Das beforschte Programm von Hale et al. (2015) dauerte sechs Monate, wobei lediglich zu Beginn drei Trainingseinheiten stattfanden, gefolgt von sieben bis vierzehntägigen Telefonkontakten. Die zuletzt genannte Autorenschaft (2015) machte keine Angaben über die Dauer der einzelnen Einheiten.

Hanegem et al. (2014) verfolgten das Ziel, die Wirksamkeit eines in der allgemeinen Bevölkerung etablierten Hindernislauftrainings, welches an die Bedürfnisse von Menschen mit geistigen Behinderungen angepasst wurde, zu

überprüfen. Dabei handelte es sich um das Nijmegen Falls Prevention Program (NFPP) (Weerdesteyn et al. 2006). Das angepasste Programm bestand aus einem Trainingsprogramm zur Verbesserung des Gleichgewichts und der Gehfähigkeit. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden in jeder Trainingseinheit von einer Physiotherapeutin, einem Physiotherapeuten und einer Ergotherapeutin, einem Ergotherapeuten angeleitet. Das Therapeutenteam simulierte Hindernisse aus dem täglichen Leben und leitete die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, diese sicher zu bewältigen (Hanegem et al. 2014).

Das Ziel von Hale et al. (2015) bestand darin, die Wirksamkeit der Prevention of falls for adults with intellectual disability (PROFAID) von Campbell et al. aus dem Jahr 2000 zu überprüfen. Das Programm wurde in zwei Teilen durchgeführt. Zunächst wurde eine Schulung der Angehörigen oder professionellen Bezugspersonen durchgeführt. Sie erhielten eine Programmvorstellung und wurden darüber aufgeklärt, wie wichtig ihre Unterstützung und Motivation für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ist. Der zweite Teil bestand aus drei Einzeltrainings für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Ein zweiköpfiges Physiotherapeutenteam vermittelte in jeder Sitzung zwei bis drei Übungen, um die Muskelkraft der unteren Extremitäten zu erhöhen und ihr Gleichgewicht zu verbessern. Diese Übungen sollten dann eigenständig in den Alltag integriert werden. Im Anschluss begleitete und motivierte das Therapeutenteam die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im ein bis zwei Wochentakt (Hale et al. 2015).

5.4.3 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Studienergebnisse in Bezug auf das Gleichgewicht, die Gehfähigkeit und die Mobilität bzw. Aktivität präsentiert. Keine der Studien fokussierte sich auf die gLQ (Hale et al. 2015, Hanegem et al. 2014).

Gleichgewicht und Gehfähigkeit

Um das Gleichgewicht und die Gehfähigkeit zu untersuchen, wendeten sowohl Hale et al. (2015) als auch Hanegem et al. (2014) das Performance Oriented Mobility Assessment (POMA) von Tinetti (1986) an. Außerdem setzten Hale et al. (2015) noch die modified Gait Abnormality Rating Scale (GARS-M) von Van

Swearingen et al. (1996), die short form Berg Balance Scale von Chou et al. (2006) und die Balance Scale for Intellectual Disability (BSID) von Hale et al. (2014) ein.

Das in beiden Studien verwendete POMA bildete lediglich bei Hanegem et al. (2014) eine signifikante Verbesserung des Gleichgewichts ab. Bei den von Hale et al. (2014) verwendeten Messinstrumenten konnte ausschließlich die BSID signifikante Gleichgewichtsverbesserungen belegen.

Mobilität und Aktivität

Hanegem et al. (2014) fokussierten sich außerdem auf die Mobilität ihrer Teilnehmerinnen und Teilnehmer anhand des Timed Up and Go Assessments (TUG) von Podsiadlo & Richardson (1991). Es konnten jedoch keine signifikanten Veränderungen erzielt werden (Hanegem et al. 2014).

Hale et al. (2015) untersuchten anhand von Befragungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer oder dessen Bezugspersonen die Freizeit und Gemeinschaftsaktivitäten vor und nach der Intervention. Der Befragung lag der der Index of Community Involvement von Raynes et al. (1994) zugrunde. Auch hier konnten keine signifikanten Veränderungen festgestellt werden (Hale et al. 2015).

5.4.4 Studienqualität

Durch die Anwendung, der unter Punkt 4.3 beschriebenen Evidenzbewertung von Behrens und Langer (2010), konnte die Studie von Hale et al. (2015) mit der Note drei und die Studie von Hanegem et al. (2014) mit der Note vier bewertet werden.

5.4.5 Limitationen

Die Evidenzbewertung wurde maßgeblich dadurch beeinflusst, dass beide Studien ohne Kontrollgruppe durchgeführt wurden (Hale et al. 2015, Hanegem et al. 2014). Hanegem et al. (2014) rekrutierten ihre Teilnehmerinnen und

Teilnehmer außerdem aus lediglich einer Einrichtung und nahmen keine Berechnung einer Soll-Stichprobengröße vor.

Positiv anzumerken ist allerdings, dass die Drop-out-Quote in beiden Studien unter 20% lag (Hale et al. 2015, Hanegem et al. 2014).

5.5 Alkoholprävention

Lediglich die inkludierte Studie von Kouimtsidis et al. (2017) untersucht ein Alkoholpräventionsprogramm für Menschen mit geistigen Behinderungen. Bei der Studie handelt es sich um ein RCT mit einer Stichprobengröße von 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmern (Kouimtsidis et al. 2017).

5.5.1 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Das RCT von Kouimtsidis et al. (2017) richtete sich an Menschen mit einer geistigen Behinderung, deren Intelligenzquotient (IQ), gemessen anhand der Wechsler Abbreviated Scale for Intelligence (WASI) (Wechsler 2011), unter siebzig lag. Weitere Einschlusskriterien waren die Aktivität in einem Gemeinschaftszentrum, um von dessen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als möglicherweise alkoholkrank eingeschätzt werden zu können. Das Mindestalter lag bei 18 Jahren und Männer waren mit 66% stärker vertreten als Frauen. Es wurde lediglich eine Fallzahlschätzung, keine Berechnung durchgeführt. Die geschätzte Stichprobengröße wurde jedoch nicht erreicht. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden anhand einer computergestützten Methode der Interventions- oder Wartelistenkontrollgruppe zugeteilt. Die Randomisierungsmethode wurde weder betitelt noch wissenschaftlich belegt. Eine Verblindung des Forschungsteams wurde vorgenommen (Kouimtsidis et al. 2017).

5.5.2 Intervention

Kouimtsidis et al. (2017) untersuchten die Wirksamkeit einer bekannten Kurzintervention zur Alkoholprävention für die Allgemeinbevölkerung, welche an die Bedarfe von Menschen mit geistigen Behinderungen angepasst wurde. Die Intervention bestand aus sechs Sitzungen. Die ersten drei Sitzungen basierten auf der Motivationstherapie des UK Alcohol Treatment Trial (UKATT) (UKATT

Research Team 2005) und die vierte und fünfte Sitzung basierten auf der kognitiven Verhaltenstherapie (Drummond et al. 2004). In der sechsten Sitzung wurde der Interventionsverlauf reflektiert. Die Maßnahme wurde in einem Gemeinschaftszentrum jeweils in Zweiergruppen durchgeführt. Die ersten fünf Sitzungen wurden in fünf Wochen durchgeführt und dauerten jeweils 30 Minuten. Die Abschlusssitzung dauerte eine Stunde und erfolgte drei Wochen nach der fünften Sitzung. Ein speziell geschultes Therapeutenteam führte die Maßnahme durch, und jede Teilnehmerin, jeder Teilnehmer wurde von einem Angehörigen oder einer Bezugsperson unterstützt. Die Kontrollgruppe erhielt lediglich die in der Einrichtung übliche Versorgung (Kouimtsidis et al. 2017).

5.5.3 Ergebnisse

Unter Anwendung des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) von Babor et al. (2001) als gekürzte AUDIT-C Fassung von Beynon et al. (2011) konzentrierten sich Kouimtsidis et al. (2017) primär auf den Alkoholkonsum der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Die Ergebnispräsentation wurde kurzgehalten. Es kam in der Interventions- und der Kontrollgruppe gleichermaßen zu einer Reduktion des Alkoholkonsums. Zu Beginn der Studie wurde der Alkoholkonsum aller Beteiligten als schädlich klassifiziert. Nach dem Ende der Intervention konnte das Trinkverhalten von 60% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer in beiden Gruppen als nicht mehr schädlich klassifiziert werden. Bei der Follow-up Messung nach zwölf Wochen konnten lediglich noch 7% beider Gruppen als harmlos trinkend eingestuft werden (Kouimtsidis et al. 2017).

Die Auswirkungen des Programms auf die gLQ wurde von Kouimtsidis et al. (2017) nicht untersucht.

5.5.4 Studienqualität

Durch die Anwendung, der unter Punkt 4.3 beschriebenen Evidenzbewertung von Behrens und Langer (2010), konnte die Studie lediglich mit der Note drei bewertet werden.

5.5.5 Limitationen

Die Studie von Kouimtsidis et al. (2017) weist einige Limitationen auf. Zunächst wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer lediglich aus einem Gemeinschaftszentrum rekrutiert. Somit kann es zu einer gegenseitigen Beeinflussung der Gruppen gekommen sein. Obwohl es sich laut der Autorenschaft um ein RCT handelte, wurde die Randomisierungsmethode nicht erläutert. Außerdem wurde die ohnehin nur geschätzte Soll-Stichprobengröße nicht erreicht (Kouimtsidis et al. 2017).

6. Diskussion

Im Zuge der Bachelorarbeit wurde eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank PubMed durchgeführt, um eine Antwort auf folgende, handlungsleitende Fragestellung zu erhalten:

„Welche präventiven bzw. gesundheitsfördernden Maßnahmen gibt es in der langfristigen Betreuung von Menschen mit geistigen Behinderungen zur Steigerung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität und wie wirksam sind diese?“

Durch die Suche ergaben sich 199 Treffer, von denen sich 13 Studien als geeignet erwiesen, die Fragestellung zu beantworten. Alle inkludierten Studien beforschten Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen für erwachsene Menschen mit geistigen Behinderungen. Die meisten Studien schlossen Menschen mit einer leichten bis schweren oder sogar schwersten Behinderung ein. Die beforschten Programme wurden zunächst ihrem Ziel entsprechend verschiedenen Bereichen zugeteilt. So untersuchten fünf Studien Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität, vier Studien Interventionen zur Reduktion des Körpergewichts, eine Studie ein Gesundheitsbildungsprogramm, zwei Studien Sturzpräventionsmaßnahmen und eine Studie ein Alkoholpräventionsprogramm.

Maßnahmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität und Reduktion des Körpergewichts wurden bisher am intensivsten erforscht. Sie beinhalteten oftmals ähnliche Elemente bestehend aus Bewegung, Ernährung und Verhaltensänderungsstrategien, unterschieden sich jedoch maßgeblich in ihrer Zielsetzung.

Bezüglich der Maßnahmendauer und des Rhythmus der einzelnen Sitzungen aller hier vorgestellten Programme, kann auf Grund großer Unterschiede keine allgemeingültige Aussage gemacht werden. Die meisten Interventionen bestanden aus Gruppenangeboten und wurden von externen Gesundheitsexpertinnen und -experten in ambulanten Institutionen durchgeführt. Die Übertragung auf Settings der Langzeitbetreuung wäre jedoch ausnahmslos möglich.

In über die Hälfte der Maßnahmen wurden Angehörige der Teilnehmerinnen und Teilnehmer oder (professionelle) Bezugspersonen involviert. Die Ergebnisse zeigten, dass die persönliche Unterstützung der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen maßgeblich zu den Programmerfolgen beitrug.

Die gLQ findet in dem hier untersuchten Forschungsfeld nahezu keine Beachtung. Keine Studie hatte das primäre Ziel, die Auswirkungen der beforschten Maßnahme auf die gLQ ihrer Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu untersuchen. Lediglich Harris et al. (2017) bezogen die gLQ und vier weitere Studien mit der gLQ verwandte Themen in die sekundären Messungen ein (Bergström et al. 2013, Marks et al. 2013, Melville et al. 2015, van Schijndel-Speet et al. 2016), doch die Veränderungen waren an keiner Stelle signifikant.

Anhand der Evidenzbewertung von Behrens und Langer (2010) wurde eine Qualitätsbeurteilung der inkludierten Studien vorgenommen. Die Studien wurden überwiegend als befriedigend oder ausreichend eingestuft. Hier gilt es anzumerken, dass Behrens und Langer (2010) für RCT`s und Vorher-Nachher-Studien ohne Kontrollgruppen dasselbe Instrument verwenden, wodurch selbst sehr korrekt durchgeführte Studien ohne Kontrollgruppe nie eine sehr gute Note erhalten können, da ihre Evidenzqualität grundsätzlich geringer ist als die von RCT`s.

Der überwiegende Anteil der inkludierten Studien weist kleine und besonders in Bezug auf Art und Grad der Behinderung heterogene Stichproben auf. Nahezu keine Autorenschaft macht Angaben, anhand welcher Methode die Behinderungsgrade vergeben wurden. Nur an wenigen Stellen wurde eine Fallzahlenberechnung durchgeführt, und auch in diesen Fällen wurde die ermittelte Soll-Stichprobengröße nur gelegentlich erreicht. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden oftmals nur aus einer oder wenigen Einrichtungen rekrutiert. Die Randomisierungsmethoden der als RCT betitelten Studien wurden nahezu ausnahmslos mangelhaft oder gar nicht beschrieben. Follow-up Messungen wurden in den wenigsten Studien durchgeführt und auch in diesen Fällen bereits nach drei bis sechs Monaten.

In den meisten Studien kamen mangels valider Messinstrumente für Menschen mit geistigen Behinderungen, Instrumente zum Einsatz, die für die Allgemeinbevölkerung konzipiert und evaluiert wurden. In diesem Zusammenhang wurde oftmals über Anwendungsschwierigkeiten berichtet.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass international zu wenig Studien über Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention für Menschen mit geistigen Behinderungen existieren. Auf den nachweislich erhöhten Alkohol- und Nikotinkonsum (BMAS 2013, Robertson et al. 2014), sowie auf das erhöhte Vorkommen von Depressionen, Angst- und Schlafstörungen (Cooper et al. 2007, Singelton et al. 2003) unter Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen, wurde noch nahezu gar nicht mit entsprechenden Präventionsmaßnahmen reagiert. Programme zur Steigerung der körperlichen Aktivität und Gewichtsreduktion wurden bisher am meisten erforscht, doch verglichen mit der Datenlage der Allgemeinbevölkerung, reicht auch hier der Forschungsumfang nicht aus (Sallis et al. 2005, Stanish & Frey 2008, Temple et al. 2006).

Bezüglich der Auswirkungen von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen für Menschen mit geistigen Behinderungen auf die gLQ lässt sich auf Grund der mangelnden Datenlage keine Aussage machen.

Außerdem sind die bereits erlangten Ergebnisse unter Vorbehalt zu betrachten, da sie auf Studien mit überwiegend niedriger Evidenzqualität basieren. Ein Grund für die niedrige Evidenzqualität könnte die mangelnde Forschungserfahrung mit Menschen mit geistigen Behinderungen darstellen (Biewer et al. 2009, Buchner et al. 2011) und das dadurch entstandene Defizit an geeigneten Forschungsmethoden und validen Erhebungsinstrumenten (Schmückle et al. 2017). Es handelt sich hier um eine besonders heterogene und vulnerable Personengruppe, die oftmals nur geringe soziale Kompensationsmöglichkeiten hat (Schanze 2007). Doch durch die Vorliegende Arbeit wird deutlich, dass gerade eine soziale Unterstützung der Zielgruppe im unmittelbaren Zusammenhang mit erfolgreicher Forschung sowie Gesundheitsförderung- und Prävention steht.

6.1 Limitationen der vorliegenden Arbeit

Trotz gewissenhafter Bearbeitung, weist die vorliegende systematische Übersichtsarbeit einige Limitationen auf. Zunächst wurde sie lediglich von einer Autorin erstellt, wodurch die Objektivität in der Studienauswahl und Bewertung ggf. nicht ausnahmslos gewährleistet ist. Außerdem wurde die Suche nur in einer Datenbank durchgeführt und lediglich solche Studien inkludiert, die in englischer oder deutscher Sprache verfasst und in den letzten fünf Jahren publiziert wurden. Somit ist nicht auszuschließen, dass relevante Literatur übersehen wurde.

6.2 Ausblick

Zunächst gilt es eine solide wissenschaftliche Basis für die Gesundheitsförderung und Prävention von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu schaffen. Dafür sollte ein höheres Evidenzlevel des Forschungsgebiets angestrebt werden. Hier wird eine vermehrte Durchführung von qualitativ hochwertigen RCT`s mit größeren Stichproben empfohlen, sowie die Entwicklung und Evaluation von Messinstrumenten, die sich für möglichst viele Menschen mit verschiedenen Einschränkungen und Behinderungsgraden eignen. Außerdem bedarf es weiterer Forschung bezüglich der gesundheitlichen Situation dieser heterogenen Personengruppe, um die Bedarfe differenzierter ermitteln und entsprechende Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzepte entwickeln zu können. An dieser Stelle wird empfohlen, den Einbezug von (professionellen) Bezugspersonen in die einzelnen Maßnahmen und Forschungsprozesse weiter zu forcieren sowie das Ziel zu verfolgen, die gLQ der Zielgruppe zu erhöhen.

Vor dem Hintergrund der wissenschaftlich bereits belegten gesundheitlichen Situation gilt es, neben den vermehrt beforschten Programmen zur Steigerung der körperlichen Aktivität und Reduktion des Körpergewichts, ebenfalls Maßnahmen in Bezug auf affektive Störungen (Depressionen, Angst- und Schlafstörungen) und Suchterkrankungen zu konzipieren und erforschen.

Über diesen Weg kann ein wichtiger Beitrag dazu geleistet werden, das im Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention festgelegte „[...] *Recht von Menschen mit Behinderung auf den Genuss des erreichbaren Höchstmaßes an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund ihrer Behinderung.*“ (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen 2014, S. 22, Auslassung: L.K.) zu realisieren.

Literaturverzeichnis

Babor, T.; Higgins-Biddle, J.C.; Saunders, J.B.; Monteiro, M.G. (2001): The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): guidelines for use in Primary Care. 2nd edition. WHO. Online: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=B271ED048679A1EE0FBD10F4207A30F3?sequence=1 [Zugriff am: 08.08.2019]

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (Hrsg.) (2017): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Online: https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am 05.06.2018]

Behrens, J.; Langer, G. (2010): Evidence based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung. 3. Auflage. Bern: Hans Huber

Bergström, H.; Hagströmer, M.; Hagberg, J.; Schäfer E. L. (2013): A multi-component universal intervention to improve diet and physical activity among adults with intellectual disabilities in community residences: A cluster randomised controlled trial. In: *Research in Developmental Disabilities* 11 (34): 3848 – 3857

Beynon, C.; Jarman, I.; Perkins, C.; Lisboa, P.; Bellis, M.A. (2011): Topography of drinking behaviours in England: synthetic estimates of numbers and proportions of abstainers, lower risk, increasing risk and higher risk drinkers in local authorities in England. Liverpool: John Moores University. North West Public Health Observatory 2011

Biewer, G.; Faschung, H.; Koenig, O. (2009): Teilhabe von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung an Bildung, Arbeit und Forschung. In: *SWS-Rundschau* 49 (3): 391–403

Brooker, K.; van Dooren, K.; McPherson, L.; Lennox, N.; Ware, R. (2015): A systematic review of interventions aiming to improve involvement in physical activity among adults with intellectual disability. In: *Journal of Physical Activity and Health* 3 (12): 434-44

Brooks, R. (1996): EuroQol: the current state of play. In: *Health Policy* (37): 53–72

Bruininks, R. H.; Hill, B. K.; Weatherman, R. F.; Woodcock, R. W. (1986): ICAP. Inventory for Client and Agency Planning. Examiner's Manual. DLM Teaching Resources, Allen.

Buchner, T.; Koenig, O.; Schuppner, S. (2011): Gemeinsames Forschen mit Menschen mit intellektueller Behinderung. Geschichte, Status quo und Möglichkeiten im Kontext der UN-Konvention. *Teilhabe und Forschung*. In: *Teilhabe* 50 (1): 4 – 10

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011): Übereinkommen der Vereinten Nationen über Rechte von Menschen mit Behinderungen. Erster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland. Vom Bundeskabinett beschlossen am 3. August 2011. Online: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/staatenbericht-2011.pdf [Zugriff am: 18.06.2018]

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen. *Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung*. Online: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf;jsessionid=C150A1362A4B0F74C0425FA99E374709?__blob=publicationFile&v=2 [Zugriff am: 14.06.2018]

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): „Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft“. Nationaler Aktionsplan 2.0 der Bundesregierung zur UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Online: https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/SharedDocs/Downloads/DE/AS/NAP2/NAP2.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [Zugriff am: 18.06.2018]

Bundesministerium für Gesundheit (2017): Präventionsgesetz. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praeventionsgesetz.html> [Zugriff am: 16.06.2018]

Campbell, M.; Fitzpatrick, R.; Haines, A.; et al. (2000): Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. In: *BMJ* (321): 694–6

Centre for Reviews and Dissemination (CRD) (2009): Systematic Reviews: CRD`s guidance for undertaking reviews in health care. Online: https://www.york.ac.uk/media/crd/Systematic_Reviews.pdf [Zugriff am: 23.05.2018]

Chou, C.Y.; Chien, C.W.; Hsueh, I.P.; et al. (2006): Developing a short form of the Berg Balance Scale for people with stroke. In: *Phys Ther* (86): 195 – 204

Cooper, S.; Smiley, E.; Morrison, J.; Williamson, A.; Allan, L. (2007): Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. In: *British Journal of Psychiatry* (190): 27 - 35

Craig, C.L.; Marshall, A.L.; Sjostrom, M.; Bauman, A.E.; Booth, M.L.; Ainsworth, B.E.; et al. (2003): International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. In: *Med Sci Sports Exerc.*(35): 1381 - 95

Deutscher Bildungsrat (Hrsg.) (1973): Empfehlungen der Bildungskommission. Bonn: Deutscher Bildungsrat

Dieckmann, F.; Giovis, C.; Schäper, S.; Schüller, S.; Greving, H. (2010): Vorausschätzung der Altersentwicklung von erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe. Online: http://www.lwl.org/@@files/29078271/erster_zwischenbericht.pdf [Zugriff am: 14.06.2018]

Drummond, C.; Kouimtsidis, C.; Reynolds, M.; Russell, I.; Coulton, S.; Godfrey, C. (2004): The effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behaviour therapy for opiate misusers in methadone maintenance treatment: a multi-centre randomised controlled trial (UKCBTMM). London. Department of Health, St George's Hospital Medical School. 2004

UKATT Research Team (2005): Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK Alcohol Treatment Trial (UKATT). In: *BMJ* (331): 541

Feldman, M. A.; Owen, F.; Andrews, A.E.; Hamelin, J.; Barber, R.; Griffiths, D. (2012): Health self-advocacy training for persons with intellectual disabilities. In: *Journal of Intellectual Disability Research* (56): 1110 - 1121

Feldman, M.A.; Owen, F.; Andrews, A. E.; Tahir, M.; Barber, R.; Griffiths, D. (2016): Randomized Control Trial of the 3Rs Health Knowledge Training Program for Persons with Intellectual Disabilities. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 3 (29): 278 - 288

Foster, C.E.; Brennan, G.; Matthews, A.; et al. (2011): Recruiting participants to walking intervention studies: a systematic review. In: *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 15 (8): 137

GKV-Spitzenverband (2017): Durchführung einer Bestandsaufnahme von Interventionen (Modelle guter Praxis) zur Gesundheitsförderung und Prävention bei Menschen mit Behinderung. Online: <http://www.gesundheitsfoerderung->

mv.de/wp-

content/uploads/2017/11/A03_Bestandsaufnahme_Interventionen_Mm_Behinderung_Altgelt-v04.pdf [Zugriff am: 01.06.2018]

Glover, G.; Williams, R.; Heslop, P.; Oyinlola, J.; Grey, J. (2017): Mortality in people with intellectual disabilities in England. In: *Journal of Intellectual Disability Research*. 1 (61): 62 – 74

Hale, L.; Donovan, K. A. (2014): video-based balance measure for people with intellectual disability. In: *J Intellect Dev Disabil* (39): 206 – 213

Hale, L.A.; Mirfin-Veitch, B.F.; Treharne, G.J. (2015): Prevention of falls for adults with intellectual disability (PROFAID): a feasibility study. In: *Disability and Rehabilitation* 1 (38) :1 – 9

Hanegem, E. v.; Enkelaar, L.; Smulders, E.; Weerdesteyn, V. (2014): Obstacle course training can improve mobility and prevent falls in people with intellectual disabilities. In: *Journal of Intellectual Disability Research* 5 (58): 485 – 49

Harris, L.; Hankey, C.; Pert, C.; Murray, H.; Tobin, J.; Boyle, S.; Melville, C. (2017): A cluster randomised control trial of a multi-component weight management programme for adults with intellectual disabilities and obesity. In: *British Journal of Nutrition* 3 (118): 229 – 240

Jaehde, U. (2018): Lebensqualität. In: *Pschyrembel Online*: <https://www.pschyrembel.de/gesundheitsbezogene%20lebensqualität/H0HW8/doc/> [Zugriff am: 05.06.2018]

Köhncke, Y.; Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.) (2009): Alt und behindert. Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderungen auswirkt. Online: <https://www.berlin->

institut.org/fileadmin/user_upload/Alt_behindert/Alt_und_behindert_online.pdf
[Zugriff am: 14.06.2018]

Kouimtsidis, C.; Bosco, A.; Scior, K.; Baio, G.; Hunter, R.; Pezzoni, V.; Mcnamara, E.; Hassiotis, A. (2017): A feasibility randomised controlled trial of extended brief intervention for alcohol misuse in adults with mild to moderate intellectual disabilities living in the community; The EBI-LD study. In: *Trials* 18 (216): 1-12

Kramer, L.; Füre, J.; Stute, P. (2014): Die gesundheitsbezogene Lebensqualität. In: *Gynäkologische Endokrinologie* 2 (12): 119 – 123

Lawton, M. P.; Brody, E. M. (1969): Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. In: *Gerontologist* (9): 179 – 186

Liebig, O. (2017): “Gut Ding will Weile haben!?” Das Präventionsgesetz. In: *Partnerschaftlich. Infodienst* (01): 4 - 7

Mahoney, F. I.; Barthel, D. W. (1965): Functional evaluation: the Barthel index. In: *Maryland State Medical Journal* (14): 61 - 65

Margraf, J. (2017): Intelligenzminderung. In: *Pschyrembel Online*: <https://www.pschyrembel.de/Intelligenzminderung/K03JW> [Zugriff am: 04.06.2018]

Marks, B.; Sisirak, J.; Chang, Y.C. (2013): Efficacy of the HealthMatters Program Train- the-Trainer Model. In: *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 4 (26): 319–334

Marks, B.; Sisirak, J.; Heller, T. (2010): *Exercise and Nutrition Health Education Curriculum for Adults with Developmental Disabilities*. Brookes Publishing, Philadelphia.

Martínez-Zaragoza, F.; Campillo-Martínez, J.M.; Ato-García, M. (2016): Effects on Physical Health of a Multicomponent Programme for Overweight and Obesity for Adults with Intellectual Disabilities. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 3 (29): 250 - 265

Melville, C. A.; Boyle, S.; Miller, S.; Macmillan, S.; Penpraze, V.; Pert, C.; Spanos, D.; Matthews, L.; Robinson, N.; Murray, H.; Hankey, C. R. (2011): An open study of the effectiveness of a multi-component weight-loss intervention for adults with intellectual disabilities and obesity. In: British Journal of Nutrition (105): 1553 – 1562

Melville, C.A.; Mitchell, F.; Stalker, K.; Matthews, L.; McConnachie, A.; Murray, H.; Melling, C.; Mutrie, N. (2015): Effectiveness of a walking programme to support adults with intellectual disabilities to increase physical activity: Walk Well cluster-randomised controlled trial. In: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 12 (125): 2-11

Montero, D. (1996): Evaluacion de la conducta adaptativa en personas con discapacidades. Adaptacion y validacion del ICAP [Adaptative behavior assessment in people with disabilities. The ICAP adaptation and validation]. Mensajero, Bilbao.

Morrison, D.S.; Boyle, S.; Morrison, C. et al. (2012): Evaluation of the first phase of a specialist weight management programme in the UK National Health Service: prospective cohort study. In: Public Health Nutr (15): 28–38

Nutall, F.Q. (2015): Body Mass Index, Obesity, BMI, and Health: A Critical Review. In: Nutrition Today 50 (3): 117-128

Podsiadlo, D.; Richardson, S. (1991): The timed 'Up & Go': a test of basic functional mobility for frail elderly persons. In: Journal of the American Geriatrics Society (39): 142–8

Raynes, N.; Wright, K.; Shiell, A.; Pettipher, C. (1994): The cost and quality of community residential care: an evaluation of the services for adults with learning disabilities. London: Fulton

Robertson, J.; Emerson, E.; Baines, S.; Hatton, C. (2014): Obesity and health behaviours of British adults with self-reported intellectual impairments: cross sectional survey. In: BioMed Central Public Health. 3 (14): 1-7

Ryan, R.M.; Frederick, C. (1997): On energy, personality, and health: subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. In: J Pers. (65): 529–65

Sallis, J.; Linton, L.; Kraft, K. (2005): The first active living research conference: growth of a transdisciplinary field. In: Am J Prev Med. 28 (252):93– 95

Schanze, C. (2007): Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Stuttgart: Schattauer

Schijndel-Speet, van M.; Evenhuis, H. M.; Wijck, van R.; Montfort, van K. C. A.G. M.; Echteld, M. A. (2016): A structured physical activity and fitness programme for older adults with intellectual disabilities: results of a cluster-randomised clinical trial. In: Journal of Intellectual Disability Research. 1 (61): 1-14

Schmid, I. (2003): Zum Einfluss spielorientierter Bewegungsangebote auf die Motorik erwachsener Menschen mit geistigen Behinderungen und ihr Beitrag zur Förderung von Alltagskompetenzen. Halle-Wittenberg.

Philosophische Fakultät der Martin-Luther Universität. Dissertation. Abgabedatum: 04.04.2003

Schmidt, T.-A. (2008): Behinderung und Gesundheit – Aspekte zur Einführung in das Thema. In: Impulse für Gesundheitsförderung. Behinderung und Gesundheit. 15 (58): 2

Schmückle, D.; Schmolz, G. K.; Lindert, J. (2017): „Psychische Gesundheit bei erwachsenen Menschen mit intellektueller Behinderung. Schutz- und Risikofaktoren in Bezug auf Depression und Angststörung“ – eine Querschnittstudie. In: Das Gesundheitswesen (79): 415 – 418

Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) (2010): Management of obesity: a national clinical guideline. UK, Edinburgh: SIGN

Singleton, N.; Bumpstead, R.; O'Brien, M.; Lee, A.; Meltzer, H. (2003): Psychiatric Morbidity Among Adults Living in Private Households, 2000. In: International Review of Psychiatry (15): 65 – 73

Spanos, D.; Hankey, C.R.; Melville, C.A. (2016): The Effectiveness of a Weight Maintenance Intervention for Adults with Intellectual Disabilities and Obesity: A Single Stranded Study. In: Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities 4 (29): 317–329

Spanos, D.; Melville, C.A.; Hankey, C.R. (2013): Weight management interventions in adults with intellectual disabilities and obesity: a systematic review of the evidence. In: Nutrition Journal 12 (23): 1-16

Stanish, H.I.; Frey, G.C. (2008): Promotion of physical activity in individuals with intellectual disability. In: Salud Publica Mex 50 (2): 178-184

Statistisches Bundesamt (2015): Über 10 Millionen behinderte Menschen im Jahr 2013. Pressemitteilung vom 11. Mai 2015 – 168/15. Online: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/05/PD15_168_122pdf.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am: 08.06.2018]

Statistisches Bundesamt (2016): 7,6 Millionen schwerbehinderte Menschen leben in Deutschland. Pressemitteilung vom 24. Oktober 2016 – 381/16. Online: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/10/PD16_381_227pdf.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff am 08.06.2018]

Temple, V.A.; Frey, G.C.; Stanish, H.I. (2006): Physical activity of adults with mental retardation: review and research needs. In: *Am J Health Promot* 21 (1): 2-12

Tinetti, M. E. (1986): Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. In: *Journal of the American Geriatrics Society* (34): 119–26

Trollor, J.; Srasuebku, P.; Xu, H.; Howlett, S. (2017): Cause of death and potentially avoidable deaths in Australian adults with intellectual disability using retrospektive linked data. In: *BMJ Open* 2 (7): 1-9

Universitätsklinikum Halle Saale (Hrsg.) (2018): Beurteilungshilfen. Online: <https://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=572> [Zugriff am: 02.05.2018]

Swearingen, van J.M.; Paschal, K.A.; Bonino, P.; Yang, J.F. (1996): The modified Gait Abnormality Rating Scale for recognizing the risk of recurrent falls in community-dwelling elderly adults. In: *Phys Ther* (76): 994-1002

Wechsler, D. (2011): Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence (WASI). Online: <https://www.pearsonassessments.com/store/usassessments/en/Store/Professional-Assessments/Cognition-%26-Neuro/Wechsler-Abbreviated-Scale-of-Intelligence-%7C-Second-Edition/p/100000593.html> [Zugriff am: 23.08.2019]

Weerdesteyn, V.; Rijken, H.; Geurts, A. C.; Smits- Engelsman, B. C.; Mulder, T.; Duysens, J. (2006): A five-week exercise program can reduce falls and improve obstacle avoidance in the elderly. In: *Gerontology* (52): 131–41

World Health Organization (WHO) (1946): Constitution of the World Health Organization. New York: WHO

Anhang

Anhang 1: Suchverlauf PubMed (eigene Darstellung)

Search	Add to builder	Query	Items found
<u>#47</u>	<u>Add</u>	Search (((((((((prevent) OR Prevention*) OR Prophylaxis) OR Health Promotion) OR "Health Promotion"[Mesh])) AND (((((((((((Attitude) OR practice) OR Activit*) OR Routine*) OR support) OR Behavior) OR "Professional Practice"[Mesh]) OR professional practice) OR procedure) OR Action*) OR Measure*) OR Intervention)) AND (((((((("Mentally disabled persons") OR "Mentally Disabled Persons"[Mesh]) OR "Mentally disabled") OR "Mental handicap") OR "Mentally handicapped") OR "Cognitive disability") OR "Mental disability") OR "Intellectual disability") OR "Intellectual Disability"[Mesh])) AND (((((((("Physical health") OR "Mental Health"[Mesh]) OR "mental health") OR "Health"[Mesh]) OR Health) OR "psychosocial health") OR Participation) OR "Social Participation"[Mesh]) OR "Social participation") OR Inclusion) OR "Health-related quality of Life") OR "Quality of Life"[Mesh]) OR "Quality of life") AND ("last 5 years"[PDat] AND (English[lang] OR German[lang]) AND adult[MeSH])	<u>199</u>

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt habe sowie keine als die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die verwendete Literatur vollständig aufgeführt und Zitate kenntlich gemacht habe. Ferner versichere ich, dass diese Arbeit nicht zu anderen Prüfungen vorgelegt wurde.

Hamburg, den 03.12.2019



Luise Kemper