

Sachbericht

Geko-MmgB: Erklärvideos zur Stärkung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit geistiger Behinderung, Förderkennzeichen: ZMVI1-2520FSB501 (Kapitel 1504, Titel 54401)

Laufzeit: 01.03.2020 bis 28.02.2023 (kostenneutrale Verlängerung bis 31.05.2023)

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Leitung:

Prof. Dr. Anne-Dörte Latteck, Prof. Dr. Norbert Seidl

Projektmanagement:

Dr. Dirk Bruland

Kontaktdaten:

Hochschule Bielefeld / Institut für Bildungs- und Versorgungsforschung im Gesundheitsbereich (InBVG)

Dr. Dirk Bruland

Postfach 10 11 13

33511 Bielefeld

E-Mail: dirk.bruland@hsbi.de, Tel. 0521/106-70795

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Inhalt

Zusammenfassung.....	1
Einleitung.....	1
Ausgangslage.....	1
Erklärvideos für Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung.....	3
Projektstruktur	4
Erhebungs- und Auswertungsmethodik	4
Zielgruppengerechte Videoentwicklung	4
Wirksamkeitsstudie	5
Cluster-randomisierte Studie.....	5
Leitfadengestützte Interviews.....	7
Fokusgruppen	8
Durchführung, Arbeits- und Zeitplan	8
Ergebnisse	9
Cluster-randomisierte kontrollierte Studie.....	9
Leitfadengestützte Interviews.....	12
Fokusgruppen	14
Diskussion	14
Ergebnisdiskussion	14
Gesamtbeurteilung	15
Gender Mainstreaming Aspekte.....	15
Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse.....	16
Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)	16
Publikationsverzeichnis	17
Anlage	20

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Zusammenfassung

Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine gesundheitlich benachteiligte Gruppe und weisen eine sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen auf. Dazu gehören die Beschaffung, das Verstehen und Beurteilen von gesundheitsrelevanten Informationen. Dies setzt entsprechende Gesundheitskompetenzen voraus. Durch verständliche und partizipativ entwickelte Kompetenzvideos werden gesundheitsbezogene Informationen vermittelt, um gesundheitskompetente und selbstbestimmte Entscheidungen zu fördern und Verhaltensänderungen zu initiieren.

Durch die mit der Nutzendengruppe partizipativ entwickelten Videos wird ein kompetentes Gesundheitsverhalten und Verhalten im Gesundheitswesen gestärkt. Die Kompetenzvideos bilden acht verschiedene Themengebiete zur Gesundheit ab: Notfall, Schmerzen, Wohlbefinden, Prävention / Gesundheitsförderung, Resilienz, Gesundheitskompetenz I (Wie komme ich an die richtigen Informationen?), Gesundheitskompetenz II (Wie finde ich die richtigen Fachleute?) sowie Mein Körper und Ich. Es wurde sich im Laufe des Projekts für den Begriff Kompetenzvideos statt Erklärvideos entschieden. Gegenüber dem Fokus von Erklärvideos (komplexe) Themen möglichst einfach und unterhaltsam zu erläutern, stehen in den Videos unseres Forschungsprojekts die Förderung von Kompetenzen für Gesundheitssituationen im Mittelpunkt, also die Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz. Mit Kompetenzen sind Dispositionen gemeint, um Situationen zu meistern und für Probleme der aktuellen Situation angemessene Lösungen zu finden.

Die Wirksamkeit des Videoeinsatzes wurde mit einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie erhoben. Zu verschiedenen Messzeitpunkten wurden Gesundheitskompetenz und Gesundheitszustand erfasst. Dazu gehörte die Messung kurz- und langfristiger Effekte. Ergänzend wurden mittels qualitativem Vorgehen die Wahrnehmung der Kompetenzvideos und die subjektive Wahrnehmung der Partizipation am gesundheitsbezogenen Alltag ermittelt. Als Ergebnisse liegen nun Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Kompetenzvideos in Bezug auf die Steigerung von Gesundheitskompetenz von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung vor. Zentrale Erkenntnisse bestehen in Aussagen über die allgemeine Gesundheitskompetenz der Zielgruppe. Es existieren acht Kompetenzvideos und ein Manual zum Videoeinsatz in der Praxis, die in offenen Onlineportalen (Homepage der Hochschule, YouTube®) jederzeit abgerufen werden können.

Einleitung

Ausgangslage

Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung nehmen zahlenmäßig in Deutschland zu. Bei der Schätzung von bundesweiten Prävalenzzahlen wird ein Anteil von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung von 0,4 - 0,5 Prozent an der Gesamtbevölkerung angegeben (1). Dies beläuft sich auf eine absolute Zahl von ca. 400.000 Menschen mit einer zugeschriebenen geistigen Behinderung in Deutschland. Sie weisen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine erhöhte Erkrankungsrate vor allem für chronische Erkrankungen auf. Zudem stellt eine Reihe nicht-chronischer

Erkrankungen, Funktionseinschränkungen und Polypharmazie Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung vor enorme Herausforderungen im Gesundheitswesen (2).

Herabgesetzte schriftsprachliche Fähigkeiten, verminderte Kommunikation, Sprach- und Sprechschwierigkeiten erschweren es zusätzlich für Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung Informationen so einzuholen, dass sie sie verstehen und beurteilen können. Ähnlich sieht es innerhalb der Allgemeinbevölkerung aus. Groß angelegte Studien zeigen, dass Menschen Probleme haben können, komplexe gesundheitsbezogene Texte zu verstehen (3). Das Gesundheitssystem verfügt über eine hochentwickelte Technologie und stellt gleichzeitig den Anspruch an das Individuum, mehr Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen und informiert sowie selbstbestimmt gesundheitsförderliche Entscheidungen zu treffen (4). Auf dieses „Missverhältnis“ von Anforderungen und Fähigkeiten reagierte die WHO bereits 1998 und formulierte Gesundheitskompetenz als ein gesundheitspolitisches Ziel. In den Jahren 2009 - 2011 wurde die Gesundheitskompetenz der Allgemeinbevölkerung erstmalig großflächig im europäischen Raum erfasst (5). Die Ergebnisse zeigen eine inadäquate und problematische Gesundheitskompetenz bei ca. 47 Prozent der gesamteuropäischen Bevölkerung. Deutlich wird, dass nahezu die Hälfte der Bevölkerung Deutschlands rudimentäre Fähigkeiten aufweist, die in Bezug auf gesundheitsbezogene Informationen eine gesundheitsförderliche Ausgestaltung des Alltags schwer beeinträchtigen. In Befragungen von Nutzerinnen und Nutzer zeigt sich ein Mangel an Gesundheitskompetenz im Allgemeinen und im Speziellen ein Mangel an Wissen über das Gesundheitssystem (6). Dies ist unter anderem auf ein immer komplexer werdendes Gesundheitssystem zurückzuführen, in dem die Inanspruchnahme von Leistungen meist nur durch Verstehen und Anwenden eines komplexen Informationspools gelingt. Es stellt eine große Barriere dar, das System subjektiv gewinnbringend in Anspruch nehmen zu können und daran zu partizipieren. Aufgrund der Studienergebnisse aus der Allgemeinbevölkerung und der erwähnten Herausforderung von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung ist davon auszugehen, dass die Gesundheitskompetenz dieser Menschen schwach ausgeprägt ist.

Eine geringe Gesundheitskompetenz aufgrund verminderter kognitiver Leistungsfähigkeit, eines nicht adäquaten Wissens über eine gesunde Lebensführung und institutionelle Rahmenbedingungen, die Inaktivität und ungesunde Nahrungsweisen befördern, führen zu einer erhöhten Erkrankungsrate, einem schlechteren allgemeinen Gesundheitsstatus und damit zu ungleichen Gesundheitschancen (7). Eine Partizipation im Sinne der UN-BRK (8) ist unter diesen Umständen für die Gruppe der Menschen mit einer zugeschriebenen geistigen Behinderung kaum möglich. Konzepte zur Verbesserung von Wissen und Performanz von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung zielen selten auf deren besonderen Bedarfe ab und erreichen somit nicht die gewünschten Ergebnisse (9). Schwerpunkt des Forschungsvorhabens ist die Informationsvermittlung durch Entwicklung zielgruppengerechter Kompetenzvideos.

Projektziel:

Das Projektziel war die partizipative Entwicklung von zielgruppengerecht aufbereiteten Erklärvideos zur Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung und die Messung von kurz- und langfristigen Effekten (Wirksamkeitsmessung).

Fragestellungen des Projektes waren:

1. Wie stellt sich der Bedarf an zielgruppengerechten Informationen zum Themenfeld Gesundheit und Gesundheitssystem von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung dar?
2. Inwieweit wird die Gesundheitskompetenz von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung durch zielgruppenspezifische Erklärvideos gestärkt?
3. In welcher Form wirken sich zielgruppengerechte Erklärvideos auf die Partizipation von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung am Gesundheitssystem aus?

Erklärvideos¹ für Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung

Erklärvideos zielen darauf ab, abstrakte Konzepte in einfacher und verständlicher Form zu beschreiben (10). Große Vorteile bestehen in einer geringen Laufzeit (ca. 1-4 Minuten), der Fokussierung auf die Vermittlung von elementarem Grundwissen, der flexiblen, wiederholbaren und jederzeit zugänglichen Abrufmöglichkeit sowie in deren kostenlosen Nutzung. Sie stellen eine Lernoption dar, mit deren Hilfe informelle Lernprozesse digitalisiert unterstützt werden. Sie lassen eine breite Varianz in den didaktischen und mediengestalterischen Elementen zu, die inhaltlich von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung und für Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung ausgestaltet werden können. Erklärvideos sind abzugrenzen von Performanzvideos ohne weitere didaktische Aufbereitung und von Lehrfilmen, die eines starken didaktischen und gestalterischen Aufwandes bedürfen (11). Darüber hinaus sind Erklärvideos in einem informellen und wenig hierarchischen Kommunikationsstil gestaltet. Ein Gelingen der Informationsvermittlung und das Verstehen des Inhaltes werden dem Ausprobieren bzw. dem „darüber nachdenken“ zugeschrieben (11). Dadurch wird eine positive, fehlertolerante und wenig bedrohliche Lernumgebung geschaffen. Die Multimedialität ist das zentrale Element der Erklärvideos. Als visuelle Gestaltungselemente fungieren Texte, Abbildungen und bewegte Bilder. Das auditive Gestaltungselement ist einfache Sprache. Es werden verschiedene Systeme des kognitiven Lernvorgangs angesprochen und die Kapazität des Arbeitsgedächtnisses geschont. Neu erworbenes Wissen kann in bereits bestehendes Wissen integriert werden. Dies entspricht der kognitiven Theorie des multimedialen Lernens (12). Erkenntnisse, die die speziellen Denkmuster und Relevanzsysteme von Menschen mit zugeschriebener geistiger

¹ Zu Projektbeginn standen noch Erklärvideos im Vordergrund. Der Begriff Kompetenzvideo wurde später bei der eigenen Videoentwicklung verwendet.

Behinderung berücksichtigen, sind von großer Bedeutung für die Entwicklung von Informationsvermittlungskonzepten und Gesundheitskompetenz (13). Erklärvideos als Informationskonzept für Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung fehlen jedoch in wissenschaftlichen Untersuchungen. Das Potential von Erklärvideos für die Gruppe der Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung entbehrte bislang einer theoretisch- und wissenschaftlichen Grundlage.

Projektstruktur

Projektverantwortliche: Prof. Dr. Änne-Dörte Latteck und Prof. Dr. Norbert Seidl

Projektleitung: Dr. Dirk Bruland

Wissenschaftliche Mitarbeitende: Matthias Voß, Nils Vetter, Sarah Palmdorf

Studentische Hilfskraft: Ilona Wolters

Erhebungs- und Auswertungsmethodik

Zielgruppengerechte Videoentwicklung

Für die zielgruppengerechte Videoentwicklung wurde der Fragestellung ‚Wie stellt sich der Bedarf an zielgruppengerechten Informationen zum Themenfeld Gesundheit und Gesundheitssystem von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung dar?‘ nachgegangen. Inhaltlich basieren die in diesem Projekt entwickelten Videos auf gesundheitsbezogenen Themen, die durch

- a) eine internationale systematische Literaturrecherche (14),
- b) Ergebnisse von 14 explorativen Interviews mit Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung (15),
- c) Treffen mit den Praxispartnerinnen sowie Praxispartnern und
- d) durch die Zusammenarbeit mit einer Forschungs-AG (partizipative Gesundheitsforschung) eruiert wurden.

Das Vorhaben wurde von der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaften geprüft und für ethisch unbedenklich erklärt (03/2020/DGFE).

- a) Die im Jahr 2018 durchgeführte Literaturrecherche (Geukes et al. 2018) wurde im ersten Projektjahr aktualisiert (14).
- b) Es wurden 14 Personen mit zugeschriebener geistiger Behinderung zu Themen rund um Gesundheit und Gesundheitskompetenz mittels leitfadengestützter Interviews befragt. Der Leitfaden wurde auf Basis der Literaturrecherche und abgeschlossener Projekte zur Gesundheitsförderung bei Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung entwickelt und vorab mit zwei Personen mit

zugeschriebener geistiger Behinderung getestet. Die befragten Personen wurden überwiegend online interviewt, bei wenigen war es möglich (und erforderlich) unter den geltenden Regelungen der COVID-19-Schutzmaßnahmen die Interviews vor Ort durchzuführen. Incentives in Form von Gutscheinen motivierten Personen sich zur Teilnahme an der Befragung bereit zu erklären und waren sehr hilfreich zur Gewinnung von Interviewpartnerinnen und Interviewpartner. Die Interviews wurden in Anlehnung an einer SWOT-Analyse (Stärken, Schwächen, Gelegenheiten, Risiken) ausgewertet. Hinweise für Themen für die Kompetenzvideos wurden ebenfalls in den Interviews erfragt und konnten so herausgearbeitet werden.

c) Mit den 13 Praxispartnerinnen und Praxispartnern wurden zu den entsprechenden Zeitpunkten die Themen, die inhaltliche und methodische Ausgestaltung der Videos sowie weitere Rückmeldungen zu den Videos in verschiedenen Phase eingeholt.

d) Ein wesentlicher Teil des Forschungsprojekts war die Einbindung der direkten Zielgruppe von Beginn des Projekts an. Eine Forschungs-AG bestehend aus fünf Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung vom Praxispartner Wittekindshof – Diakonische Stiftung wurde zu Beginn des Projekts etabliert. Die Forschungs-AG hat die Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews und der Literaturrecherche besprochen und für die eigene Personengruppe relevante Themen diskutiert.

Wirksamkeitsstudie

Durch die Wirksamkeitsstudie wurden die Fragen geklärt ‚Inwieweit wird die Gesundheitskompetenz von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung durch zielgruppenspezifische Kompetenzvideos gestärkt?‘ und ‚In welcher Form wirken sich zielgruppengerechte Kompetenzvideos auf die Partizipation von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung am Gesundheitssystem aus?‘. Die Wirksamkeit wurde durch eine cluster-randomisierte kontrollierte Studie (RCT) evaluiert. Ergänzend wurden Interviews mit 24 Nutzenden und 24 Unterstützenden zum Erleben und Einsatz der Videos geführt. Durch drei Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten sollten weitere Erkenntnisse zu den Videos ermittelt werden.

Cluster-randomisierte Studie

In Pre-Tests mit den Mitgliedern der Forschungs-AG wurden die Erhebungsinstrumente getestet. Das Ergebnis der Testung war:

- WHO DAS 2.0 (Bewertungsinstrument Gesundheitsstatus und Behinderung): die Fragen erwiesen sich in der Form als zu kompliziert,
- HLS-EU Q47: Angemessene Items zur Erfassung der Gesundheitskompetenz. Dieser ist in Kombination mit den anderen Fragebögen zu lang, der HLS-EU Q16 ist anwendungsfreundlicher. Es fehlen jedoch für die Ziele des Projekts einige Aspekte der Gesundheitskompetenz.
- Teilhabekiste – primär verwendete Lebensbereiche waren Lernen und Gesundheit. Die Erfassung der Partizipation der Teilnehmenden am Gesundheitssystem und an

gesundheitsbezogenen Alltagshandlungen ist unter den aktuellen Bedingungen nicht umsetzbar. Die Form der Erhebung bedarf a) einer guten Vertrauensbasis und engem Kontakt zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, b) zu viel Zeit hochgerechnet auf 140 Erhebungen pro Messung und c) das allgegenwärtige Thema Corona (COVID-19) lenkt sehr stark von den allgemeinen Gesundheitsthemen ab. Unter den Bedingungen waren keine nützlichen Erkenntnisse zu erwarten.

Die Fragebögen wurden wie folgt modifiziert:

- WHO DAS 2.0 wurde in Leichte Sprache übersetzt
- Messung der Gesundheitskompetenz wurde mittels der Kurzform des Fragebogens HLS-EU Q16 unternommen.
- Der Fragebogen zur Gesundheitskompetenz wurde projektzielbezogen mit spezifischen Fragen in Form von zielgruppengerechten Fallvignetten (orientiert an 16 - Jorm et al., 1997). ergänzt. Fallvignetten beinhalteten Gesundheitssituationen zu Schmerz, Wohlbefinden, Prävention, Notfall, Resilienz und Gesundheitskompetenz. Die Teilnehmenden wurden nach ihrer Meinung gefragt, was, wenn überhaupt, in der Situation das Gesundheitsproblem ist. Es wurde nach Auflösung der Situation gefragt „Wenn Sie jetzt dieses Problem hätten, was würden Sie tun?“ Für die Antwort wurde eine Skala entlang der Gesundheitskompetenz entwickelt (Erkennen der gesundheitlichen Risiken, Handlungsstrategien benennen, Handlungsalternativen abwägen, kritischer Umgang). Zum Schluss wurde gefragt „Wie zuversichtlich sind Sie, die Situation zu meistern?“
- Ausgehend von den Erkenntnissen zur Teilhabekiste erfolgte eine Modifizierung der Items zur Teilhabe. Die Teilhabekiste hilft, die eigenen Ziele und Bedürfnisse zu identifizieren und zu planen, wie man sie erreichen kann. Für die Befragung wurde erfragt, was sich die Personen von der Teilnahme erhoffen und geprüft, ob dies erreicht wird.

Bei der wiederholten Testung zeigte sich, dass die eingesetzten Tools und die Vorgehensweise für die Zielgruppe angemessen waren.

Für die cluster-randomisierte kontrollierte Studie konnten zwölf Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Nordrhein-Westfalen und eine Einrichtung in Niedersachsen gewonnen werden. Diese umfassten Werkstätten für Menschen mit Behinderungen und ambulante und stationäre Wohnangebote. Jede der Einrichtung stellte dabei ein eigenes Cluster dar, die per randomisierter Zufallsauswahl in Kontroll- und Interventionsgruppe eingeteilt wurden. Innerhalb der Einrichtungen wurden mögliche Teilnehmerinnen und Teilnehmer angesprochen. Hierfür erhielten die Einrichtungen umfangreiche Informationsmaterialien. Die Datenerhebung erfolgte in der Interventionsgruppe zu vier Zeitpunkten, die jeweils circa sechs bis acht Wochen auseinanderlagen. Am ersten und letzten Messzeitpunkt erfolgte parallel die Datenerhebung in der Kontrollgruppe. Die Befragungen waren ursprünglich ausschließlich im Präsenzformat geplant, mussten aufgrund der mit der COVID-19-Pandemie veranlassten Kontaktbeschränkungen teilweise online in einem Videokonferenzformat stattfinden.

Die Datenerhebung fand in einer 1:1 Gesprächssituation zwischen erhebender Person und der oder dem Studienteilnehmenden statt. Die erhebende Person las die Frage bzw. die Fallsituation vor und die oder der Studienteilnehmende wählten die für sich passende Antwortmöglichkeit aus, die dann wiederum von der erhebenden Person dokumentiert wurde. Bei Bedarf stand den Studienteilnehmenden die Möglichkeit offen, eine Bezugsperson mit in die Befragungssituation einzubinden. In diesem Fall wurde die Bezugsperson gebeten, sich während der Befragung zurückzuhalten, um Antworten nicht zu beeinflussen. Die letzte Datenerhebung wurde im Mai 2022 und die Datenauswertung im Oktober 2022 abgeschlossen. Die Videos wurden der Kontrollgruppe direkt nach der finalen Befragung zur Verfügung gestellt.

Leitfadengestützte Interviews

Es wurden 24 Studienteilnehmende und 24 Unterstützende der Teilnehmenden von September bis Anfang November 2022 mittels eines leitfadengestützten Fragebogens befragt (von jedem Praxispartner 2 Teilnehmende und 2 Unterstützende). Voraussetzung war, dass die Befragten die Videos gesehen haben. Es wurden Fragen gestellt, die nähere Auskünfte über die Filme selbst, deren Bereitstellung und die subjektive Einschätzung über die Filme geben sollten:

- wie oft wurden die Videos geschaut, welche Barrieren gibt es und wie können die Barrieren umgangen werden,
- wie der allgemeine Eindruck der Videos war
- wie wurden die Themen und die Geschichten in den Videos empfunden
- wie die Gestaltung der Videos empfunden wurde
- ob diese einen Alltagsbezug haben und wie relevant sie für die Zielgruppe sind
- was von den Videos behalten wurde und wie viel Unterstützung notwendig ist
- ob es Optimierungsbedarf gibt.

Die Interviews wurden teils in Präsenzform und teils im Videokonferenzformat durchgeführt. Im Anschluss an die Transkription erfolgte die Auswertung für Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung und den Unterstützerinnen und Unterstützern separat. Die Auswertung der Interviewtranskripte mündete in der Finalisierung vier induktiv gebildeter Kategorien:

- a) Transfer auf die persönliche Lebenswelt,
- b) Gestaltung der Videos,
- c) Zugänglichkeit und
- d) Anwendung & Nutzung.

Fokusgruppen

In drei Fokusgruppen mit je drei bis vier Expertinnen und Experten wurden die Ergebnisse der Wirksamkeitsstudie und der leitfadengestützten Interviews mit unterschiedlichen Ausrichtungen betrachtet. Die Gruppen wurden wie folgt besetzt:

- Praxispartnerinnen und Praxispartnern (die nicht am Projekt teilnahmen)
- Expertinnen und Experten zum Thema Gesundheitskompetenz
- Forschende mit dem Fokus Gesundheitsförderung von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung.

Den Fokusgruppen wurden jeweils zu einem der drei Themenbereiche im Videokonferenzformat mit je drei bis vier Expertinnen und Experten abgehalten und dauerten ungefähr 60 Minuten. Zu Beginn der Workshops wurde das Projekt kurz vorgestellt. Anschließend sahen die Expertinnen und Experten zwei ausgewählte Kompetenzvideos, zu denen sie sich zunächst assoziativ Gedanken niederschreiben konnten. Nach dieser Phase erfolgte eine offene Diskussion mit einzelnen inhaltlichen Inputs durch den Moderator, der Teil des Projektteams war. Im Anschluss erfolgte die Transkription der Audiospur sowie deren Auswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach 17 (Schreier, 2012).

Durchführung, Arbeits- und Zeitplan

Der ursprünglich angedachte Zeitplan konnte mit einigen Anpassungen eingehalten werden. Die größte Herausforderung bei der Durchführung des Projekts waren die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie.

Zu den Anpassungen gehört, dass bei AP07 die teilnehmende Beobachtung (Fallstudie) durch leitfadengestützte Interviews ersetzt wurde (Änderungsantrag vom 15.06.2020, Bewilligung vom 14.07.2020). Bei Pre-Tests (AP08) musste auf die Forschungs-AG zurückgegriffen werden, für die Forschung bekannt war. Auf eine weitere Pre-Test-Gruppe wurde aufgrund der Problematiken in der Eingliederungshilfe vor Ort verzichtet. Bei den geplanten Fragebogenerhebungen (AP20 und AP21) mussten aufgrund von Besuchsverboten Termine verschoben oder falls möglich online stattfinden. Das implizierte einen höheren Organisationsaufwand und eine größere Vorbereitung der Befragten mit zugeschriebener geistiger Behinderung, da oftmals die Techniknutzung unbekannt war. Dies war bei einigen Personen ein Dropout-Grund. Im Antrag war das Schauen der Videos in Gruppen mit genauen Anweisungen vorgesehen. Nach Rücksprachen musste das Schauen der Videos sehr offen gehalten werden, da die Schutzmaßnahmen zu COVID-19 je nach Zeitraum sehr strikt waren und keine geeigneten Räumlichkeiten gefunden werden konnten.

Der Zeitplan konnte mit den angeführten Herausforderungen eingehalten werden. Die kostenneutrale Verlängerung wurde beantragt, um die Abschlussveranstaltung des Projekts durchzuführen und um die Option, Rechnungen nach dem eigentlichen Zeitraum zu begleichen, offenzuhalten.

Der final bewilligte Zeitplan ist im Anhang.

Ergebnisse

Cluster-randomisierte kontrollierte Studie

Die Analyse der Daten erfolgte mit SPSS 22. Neben der deskriptiven Auswertung erfolgten t-Tests sowie ANOVA Analysen.

Beim Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe zu T₀ stellte sich folgendes Bild dar. Das Alter wies einen signifikanten Unterschied auf. Die Interventionsgruppe ist im Median 15 Jahre älter als die Kontrollgruppe und hat eine größere Spannweite (20-75 Jahre) im Gegensatz zur Kontrollgruppe (19-68 Jahre). Weiterhin zeigte sich ein Unterschied in den Gruppen bezüglich der Wohnform. In der Interventionsgruppe wohnten mehr Personen in einem Wohnheim oder haben eine ambulante Betreuung. Beim Geschlecht und dem Erwerbsstatus zeigten sich keine signifikanten Unterschiede (s. Tab. 1).

Tabelle 1: Übersicht Studienteilnehmende

		Interventionsgruppe	Kontrollgruppe	p-value
Alter		n=74	n=80	
	Mittelwert (SD)	47,86 (13,01)	38,10 (13,97)	0,00
	Median (Min.-Max.)	51 (20-75)	35 (19-68)	
Geschlecht		n=86	n=82	
weiblich	n (%)	28 (32,6)	31 (37,8)	0,48
männlich	n (%)	58 (67,4)	51 (62,2)	
Wohnform		n=87	n=81	
Wohnheim	n (%)	54 (62,1)	41 (50,6)	0,02
Familie	n (%)	1 (1,1)	12 (14,8)	
Alleine lebend	n (%)	3 (3,4)	8 (9,9)	
Ambulante Betreuung	n (%)	29 (33,3)	20 (24,7)	
Erwerbsstatus		n=87	n=82	
Arbeit	n (%)	77 (88,5)	77 (93,9)	0,28
Schule	n (%)	0 (0,0)	1 (1,2)	
Rente	n (%)	9 (10,3)	3 (3,7)	
Krankheit	n (%)	1 (1,1)	1 (1,2)	

Die Analyse der Daten vom WHO DAS 2.0 (Tool zur Messung des Gesundheitsstatus) der Interventionsgruppe mit einer ANOVA zeigt einen signifikanten Unterschied mit einer geringen Effektstärke zwischen den Zeitpunkten T₀ und T₁ (p=0,04 F=4,25 $\eta^2=0,064$). Die Veränderung bedeutet eine geringfügige Verbesserung der Gesundheit, siehe hierzu im Kapitel Ergebnisdiskussion. Darüber hinaus wurden keine signifikanten Unterschiede deutlich (s. Tab. 2).

Tabelle 2: WHO Scores in der Interventionsgruppe

	T0	T1	T2	T3
n	85	80	72	74
Mittelwert (SD)	20,46 (6,15)	18,52 (6,08)	18,71 (5,71)	18,88 (6,05)
Median (Min.-Max.)	19,0 (12-37)	17 (12-40)	17,5 (12-41,45)	17,5 (12-36)

Die Analyse der Daten vom WHO DAS 2.0 der Kontrollgruppe mit einer ANOVA zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Zeitpunkten (s. Tab. 3).

Tabelle 3: WHO Scores in der Kontrollgruppe

	T0	T3
n	67	
Mittelwerte	19,76	20,28
Mittelwert-Differenz	-0,52	
SD	6,66	
p-value	0,52	
95% CI	-2,14; 1,10	

Die ANOVA zeigt bei der Analyse des HLS-EU Q16-Scores in der Interventionsgruppe einen signifikanten Unterschied zwischen den Zeiträumen T₀ und T₁ ($p=0,008$ $F=7,59$ $\eta^2=0,111$). Darüber hinaus wurden keine signifikanten Unterschiede deutlich (s. Tab. 4).

Tabelle 4: Ergebnisse HLS-EU Q16 Interventionsgruppe

	T0	T1	T2	T3
n	81	79	73	75
Mittelwert (SD)	9,57 (4,02)	11,11 (3,88)	10,59 (3,65)	10,68 (4,16)
Median (Min.-Max.)	10 (0-16)	12 (1-16)	11 (1-16)	12 (0-16)

Die Analyse der Daten vom HLS-EU Q16 der Kontrollgruppe mit einer ANOVA zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen den Zeitpunkten (s. Tab. 5).

Tabelle 5: Ergebnisse HLS-EU Q16 Kontrollgruppe

	T0	T3
n	66	
Mittelwerte	10,08	10,04
Mittelwert-Differenz	0,30	
SD	4,29	
p-value	0,95	
95% CI	-1,02; 1,08	

Die Auswertung der verschiedenen Fallvignetten zeigten ein uneinheitliches Bild in der Interventions- und Kontrollgruppe. Zur Verdeutlichung wird die Fallvignette Prävention beispielhaft dargestellt. Bei der Handlung haben sich 13 Personen verbessert und 14 Personen zu den Zeitpunkten verschlechtert. 10 Personen sind an T₀ zuversichtlich, äußern an T₃ aber keine Zuversicht oder sind

nicht sicher. 18 Teilnehmer dagegen sind an T0 nicht zuversichtlich oder nicht sicher und antworten an T3 mit Zuversicht (s. Tab. 6).

Tabelle 6: Ergebnisse Fallvignette Prävention Interventionsgruppe

Fallvignette n (%)		T0	T3
Einschätzung		n=85	n=73
	Wirkt präventiv/vorrausschauend	46 (54,1)	34 (46,6)
	Nichts	7 (8,2)	1 (1,4)
	Ich weiß nicht	32 (37,6)	37 (50,7)
	Keine Antwort	0 (0,0)	1 (1,4)
Handlung		n=73	n=73
	Empfinden einer Bedrohung	24 (32,9)	17 (23,3)
	Einfache Handlungsstrategie	31 (42,5)	43 (58,9)
	Erweiterte Handlungsstrategie	16 (21,9)	10 (13,7)
	Abwägen von Vor- und Nachteilen	2 (2,7)	3 (4,1)
Zuversicht		n=83	n=74
	Zuversichtlich	49 (59,0)	55 (74,3)
	Nicht zuversichtlich	7 (8,4)	7 (9,5)
	Nicht sicher/ weiß nicht	27 (32,5)	12 (16,2)

Um Ziele und Bedürfnisse durch die Teilnahme zu identifizieren wurden die Erwartungen (Bedarfe) der Teilnehmenden mittels der modifizierten Frage orientiert an der Teilhabekiste abgefragt. Die Antwort „Ich möchte erkennen, wie ich gesund bleibe“ wurde am häufigsten genannt gefolgt von etwas lernen, wie etwas gemacht/ausgeführt werden kann (s. Tab. 7).

Tabelle 7: Erwartungen in Hinblick auf die Projektteilnahme

Erwartungen n (%)	Interventionsgruppe n=59 ¹	Kontrollgruppe n=70
Ich möchte lernen wie ich etwas mache (ausführen).	8 (13,6)	16 (22,9)
Ich möchte etwas lernen, wie ich im Alltag mehr auf meine Gesundheit achten kann.	8 (13,6)	15 (21,4)
Wenn ich mich schlecht fühle, möchte ich wissen, was ich machen kann.	3 (5,1)	6 (8,6)
Ich möchte wissen, wo ich Hilfe bekomme.	9 (15,3)	3 (4,3)
Ich möchte Ansprechperson für meine Gesundheit sein.	2 (3,4)	2 (2,9)
Ich möchte erkennen, wie ich gesund bleibe.	25 (42,4)	21 (30,0)
Ich möchte erkennen, wenn etwas mit mir nicht stimmt.	1 (1,7)	1 (1,4)
Ich möchte Gesundheitsrisiken erkennen können.	3 (5,1)	6 (8,6)

¹ Die unterschiedlichen Teilnehmendenzahlen ergeben sich dadurch, dass Personen bei T0 sich nicht sicher waren und keine Antwort gegeben haben. In den nachfolgenden Befragungen wurde bei diesen Personen allgemein gefragt, ob sie sich unterstützt fühlten.

Die weitere Abfrage erfolgte ausschließlich in der Interventionsgruppe. Allgemein zeigte sich, dass sich die Teilnehmenden über die Zeiträume durch die Kompetenzvideos sehr hilfreich in der Unterstützung der Bedarfe angesehen werden (s. Tab. 8).

Tabelle 8: Einschätzung Unterstützung durch die Videos

	T1	T2	T3
n (%)	n=64	n=71	n=74
gar nicht	5 (7,8)	1 (1,4)	1 (1,4)
eher wenig	18 (28,1)	2 (2,8)	2 (2,7)
etwas	31 (48,4)	43 (60,6)	34 (45,9)
sehr viel	10 (15,6)	25 (35,2)	37 (50,0)

Dabei zeigt sich, dass die Teilnehmenden nach den ersten vier Videos t1 mit insgesamt 35,9% weniger zuversichtlich als nach der Bereitstellung aller Videos t2 mit 4,2% und t3 mit 4,1% weniger zuversichtlich waren. Die Ergebnisse waren jedoch nicht signifikant.

Leitfadengestützte Interviews

a) Transfer auf Lebenswelt:

Die Kompetenzvideos treffen die Lebenswelt von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung gut. In den Interviews berichteten die Teilnehmenden davon, dass ihnen die in den Kompetenzvideos erzählten Beispielgeschichten in einzelnen Elementen oder in Gänze bekannt vorkommen und sie solche Situationen ebenfalls erlebt haben. Die Teilnehmenden berichteten von Situationen, in denen sie auch Schmerzen hatten und in denen sie sich ebenfalls Unterstützung und Rat bei professionellen Gesundheitsakteurinnen und Gesundheitsakteuren als auch bei nicht-professionellen Vertrauenspersonen einholten. Oder sie erinnern sich an selbst erlebte gesundheitliche Notfälle und wie sie in dieser Situation gehandelt haben. Durch die Videos inspiriert, wurde das Thema der Videos mit der eigenen Lebenswelt abgeglichen und eigene Beispiele wurden eingebracht. Die Teilnehmenden lösten sich von Handlungsbeispielen in den Videos und ersetzten diese durch eigene Beispiele, die in den Videos nicht aufgeführt wurden. So sind es im Kompetenzvideo „Schmerz“ Bauchschmerzen als leitendes Beispiel. In den Interviews berichteten die Teilnehmenden von anderen Schmerzarten und schafften somit eine Loslösung von der im Video dargestellten Situation.

„Ich musste zum Beispiel mal eher abgeholt werden, weil ich solche Schmerzen hatte im, ich sage mal, im Gesäßbereich so, dass ich nicht mehr so gut sitzen konnte und unheimliche Schmerzen hatte. Und die im Wohnheim mich dann aber nicht abholen konnten und dann meine Mutter mich abgeholt hat“ [13N2:19].

Die Unterstützenden untermauerten diese Eindrücke. Auch sie schätzten die Kompetenzvideos als lebensweltnah ein und führten Beispiele aus einzelnen Kompetenzvideos an. Im Video zum Thema „Notfall“ wird die Erstellung einer Notfallmappe angeregt, um in einer Notfallsituation rasch alle wesentlichen Informationen zur Person, Grund- und Begleiterkrankungen oder der aktuellen Medikation zur Hand zu haben.

Die Kompetenzvideos regten zur teilweisen oder gänzlichen Übernahme von Handlungen an. Im Kompetenzvideo „Wohlbefinden“ werden Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung

verschiedene Möglichkeiten dargelegt, die sie auch umsetzen könnten, um ihr Wohlbefinden zu steigern.

b) Gestaltungselemente der Kompetenzvideos:

Die Gestaltung der Kompetenzvideos wurde sowohl von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung als auch von ihren Unterstützenden allgemein als sehr gelungen beschrieben. Das gewählte Farbschema wurde als sehr angenehm und freundlich beschrieben. In jedem der Kompetenzvideos treten eine oder mehrere Protagonistinnen und Protagonisten auf, deren Lebenssituation dargelegt wird. Die animierten Personen wurden ebenfalls als freundlich und trotz der recht vereinfachten Darstellung nicht als zu kindlich wahrgenommen. Sprachniveau und Sprechtempo wurden an die Bedürfnisse von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung angepasst. Dementsprechend wurde besonders auf eine deutliche Aussprache, ein langsames Sprechtempo und ein einfaches Sprachniveau geachtet. Dass dies zu einer überaus guten Verständlichkeit führte, wurde von den Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmern bestätigt.

b) Zugänglichkeit:

Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung sollen jederzeit selbstständig auf die kostenlos abrufbaren Kompetenzvideos zugreifen können. Das scheint jedoch nicht uneingeschränkt möglich zu sein. Viele berichteten in den Interviews von technischen Herausforderungen, die einen selbstständigen Zugriff erschweren oder bisweilen unmöglich machen. „Nein, weil ich schon eben gesagt habe ich kenne mich mit Computer gar nicht aus“ [5N2:81]. Die Unterstützerinnen und Unterstützer ergänzten, dass sie Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung beim Videozugriff unterstützten und dass diese gemeinsam mit mehreren Personen zeitgleich geschaut würden, um somit individuellen Zugriffsschwierigkeiten entgegenzuwirken.

„Ich zeige es lieber hier vor Ort, werfe es an die Wand. Sie wissen ja, wir haben ja diese Bildschirme hier, die wir einsetzen können. Das ist ja dann ein großer Fernseher sozusagen und das scheint mir für das Klientel geeigneter zu sein, das würde ich auch immer empfehlen, verabredet euch hier im Büro und zeigt die auf der großen Leinwand“ [9U3:41].

c) Anwendung & Nutzung der Videos:

Die Nutzung der Videos erfolgte bislang eher unsystematisch und spontan. Abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung wurden einzelne Videos gezeigt, oder nochmals in Erinnerung gerufen, um sie in ihrer Selbstständigkeit in Fragen der Gesundheit zu stärken. Wenn die Videos gezeigt wurden, versammeln sich manchmal auch mehrere Personen, sodass sich im Anschluss an die Videobetrachtung Diskussionen um das im Video aufgegriffene Thema ergaben. Die Unterstützerinnen und Unterstützer nehmen in diesen Diskussionen eine impulsgebende Moderationsrolle ein und geben die Möglichkeit, das Gesehene anhand von Fragen zu reflektieren und auf die eigene Lebenssituation zu übertragen.

Dennoch existieren zahlreiche Ideen, in welchem Kontext die Videos auch mit einem systematischen Ansatz genutzt werden können. Es könnten Workshops veranstaltet werden, in denen die Videos aufeinanderfolgend und aufeinander aufbauend besprochen werden.

Fokusgruppen

Insgesamt wurden die Kompetenzvideos gut angenommen. Es gab diverse Kritiken, die angesprochen wurden. Dabei wurden zwei Hauptpunkte herausgenommen. Der erste betrifft, dass unklar war, worauf die Videos abzielen, die Themennennung wurde als zu ungenau angesehen. Der zweite Punkt betraf die Unterstützung. Die Videos wurden mit dem Ziel entwickelt, möglichst die Nutzenden direkt anzusprechen. Die Ressourcen der Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung wurden als zu heterogen angesehen und es blieb unklar, was mit den Videos in der Praxis zu tun ist. Daher wurde ein Handout empfohlen. Weitere Aspekte, die diskutiert wurden, waren die Echtheit der Geschichten und die Übertragbarkeit auf eigene Gesundheitsprobleme sowie die Beeinflussung von Gesundheitsinformationen durch (ökonomische) Interessen.

Diskussion

Das Projektziel war die partizipative Entwicklung von zielgruppengerecht aufbereiteten Erklärvideos zur Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz von Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung und die Messung von kurz- und langfristigen Effekten (Wirksamkeitsmessung). Das Ziel wurde mit den umfassenden Arbeiten zur Entwicklung der Videos und der Modifizierung erreicht.

Ergebnisdiskussion

Die wesentlichen zu diskutierenden Punkte auf die Ergebnisse sind:

1. Empirischer Nachweis Stärkung der Gesundheitskompetenz
2. Limitationen der Wirksamkeitsstudie
3. Aussagekraft für modifizierte Videos

1. Empirischer Nachweis Stärkung der Gesundheitskompetenz

Durch den Nachweis einer positiven Veränderung der Gesundheitskompetenz konnte gezeigt werden, dass die Gesundheitskompetenz durch speziell entwickelte Videos gesteigert werden kann. Es wurde sich mit der Pandemiesituation als mögliche Verzerrung der Daten auseinandergesetzt, da für die Erhebung der Vergleich mit der Kontrollgruppe fehlt. Dies wird ausgeschlossen, da die Themen der Videos und der Fragebögen keinen Zusammenhang zu Themen haben, die COVID-19 mit sich gebracht hat. Vielmehr wird vermutet, dass die Reihenfolge der Videos einen Effekt haben. Die ersten vier Videos, die zwischen t_0 und t_1 gezeigt wurde, waren einfachere Themen im Vergleich zum Zeitraum zwischen t_1 und t_2 .

2. Limitationen der Wirksamkeitsstudie

Die größte Herausforderung bei der Durchführung des Projekts waren die Auswirkungen der COVID19-Pandemie. Geplant war, die Videos in Gruppen von fünf Personen mit einem mit den Praxispartnerinnen und Praxispartnern gemeinsamen entwickelten Vorgehen zu zeigen. Dies konnte aufgrund der Bestimmungen nicht umgesetzt werden und so waren die Praxispartnerinnen und Praxispartnern frei, wie die Videos gezeigt werden. Dadurch gab es Unterschiede. Während Videos in Gruppen zur unterschiedlichen Anzahl von Personen oder einzeln gezeigt wurden, variierte ebenfalls der Unterstützungsgrad beim Verständnis der Kompetenzvideos. Ein Praxispartner aus der Kontrollgruppe berichtete hinterher, dass diese ein Treffen zum Thema Gesundheit mit teilweise ähnlichen Themen der Videos einrichtete. Dies wurde umgesetzt, obwohl mehrfach darum gebeten wurde, mögliche Verzerrungen zu vermeiden. Eine weitere Limitation ist die Verwendung der Kurzform des HLS-EU anstatt der Langform. Im Projektteam wurde dies mehrfach diskutiert, es standen jedoch keine Alternativen zur Verfügung. Der Gesundheitszustand zeigte keine Verbesserung, Ausnahme einen leichten Effekt in der Interventionsgruppe zwischen t0 und t1. Da viele Gesundheitsangebote bedingt durch die Covid-19 Schutzmaßnahmen nicht mehr zur Verfügung standen, ist dies als eine deutliche Limitation zu benennen. Die unterschiedliche Möglichkeit zur Wahrnehmung von Angeboten bei den unterschiedlichen Erhebungszeiträumen kann als ein mögliches Bias angesehen werden, der Einfluss auf die Ergebnisse des WHO DAS 2.0 hatte. Daher wurde die geringe Veränderung des Wertes von t0 auf t1 in der Interventionsgruppe kritisch bewertet.

3. Aussagekraft für modifizierte Videos

Nach den Studien wurden die Videos modifiziert. Die größten Veränderungen sind die Benennung der Lernziele in den Videos zur Themenfokussierung und das vornehmlich aus den Fokusgruppen entstandene Manual zur Durchführung der Videovorführung. Da es zu Änderungen kam, kann nun keine eindeutige Aussage über die Wirksamkeit der Videos benannt werden.

Gesamtbeurteilung

Insgesamt wird das Ergebnis als positiv eingestuft. Es konnte nachgewiesen werden, dass die Kompetenzvideos eine Wirkung erzielen können. Durch die Ergebnisse der leitfadengestützten Interviews und der Fokusgruppen basierend auf den Ergebnissen der quantitativen Wirksamkeitsstudie zielgruppenorientierten Modifizierung ist von einer verbesserten Stärkung der Gesundheitskompetenz auszugehen.

Gender Mainstreaming Aspekte

Gender Mainstreaming Aspekte wurden in verschiedenen Projektphasen diskutiert wie z. B. in der Forschungs-AG bei der Entwicklung der Videos, der Wirksamkeitsstudie oder in den leitfadengestützten Interviews. Obwohl bei der Entwicklung der Videos des Öfteren Unterschiede aufkamen, waren die hinterher nicht relevant (Besuch Frauenärztin/Frauenarzt) oder konnten geschlechtsneutral dargestellt werden. Bei der Datenauswertung der RCT konnten keine Geschlechtsunterschiede festgestellt werden.

Verbreitung und Öffentlichkeitsarbeit der Projektergebnisse

Bei der Abschlussveranstaltung wurde ein breites Publikum eingeladen. Letztendlich waren ca. 100 Personen online bei der Veranstaltung dabei, die so für ein Fachpublikum zugänglich war. Die ca. 100 teilnehmenden vor Ort waren die Studienteilnehmenden plus Unterstützenden von den Praxispartnern. Die Ergebnisse wurden am Ende des Projekts publiziert, um auf die Videos aufmerksam zu machen. Die Veröffentlichungen erfolgten zum Ende des Jahres 2023 in der Fachzeitschrift Teilhabe und Zeitschrift Menschen, die einen hohen Verbreitungsgrad in Einrichtungen der Eingliederungshilfe haben. Die Beiträge wurden genutzt, um auf die Homepage zu verweisen, auf denen die Videos und das Manual kostenfrei verfügbar sind.

Die hochschuleigene Presseabteilung berichtete zu unterschiedlichen Zeitpunkten über das Projekt:

- <https://www.hsbi.de/presse/pressemitteilungen/inklusive-forschung-fuer-und-mit-menschenmit-handicap>
- <https://www.hsbi.de/presse/pressemitteilungen/fachbereich-gesundheit-beim-inklusionsforumder-special-olympics-world-games>
- <https://www.hsbi.de/presse/pressemitteilungen/zielgruppe-menschen-mit-handicap-an-der-fhsind-bunte-clips-fuer-die-gesundheit-entstanden>

Beim Tag der offenen Tür 2023 der Hochschule Bielefeld wurden die Projektergebnisse vorgestellt:

<https://www.hsbi.de/programm/tag-der-offenen-tuer-2023/06-05-2023-foerderung-der-gesundheit-unddes-selbstmanagements-von-menschen-mit-zugeschriebener-geistiger-behinderung-279>

Verwertung der Projektergebnisse (Nachhaltigkeit / Transferpotential)

Mit den Videos sind partizipativ und getestete Videos entstanden, die in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe (und bei Menschen mit ähnlicher Literalität) entstanden, die im Praxisalltag eingesetzt werden können, um die Gesundheitskompetenz zu stärken. Die Videos werden auf einer eigenen Internetseite (<https://www.foerderges.hsbi.de/>) und auf YouTube® (<https://www.youtube.com/@foerdergeshsbielefeld>) zur Verfügung gestellt. Die Hochschuleseiten sind dafür nicht geeignet. Die Seite hat die Funktion, allgemein über die Projekte an der Hochschule Bielefeld zu informieren und verfolgt so das Ziel, über die Veröffentlichungen und andere Projekte der Hochschule Bielefeld auf die Kompetenzvideos aufmerksam zu machen. Insgesamt sollen die Erfahrungen aus dem Projekt, auf der Internetseite gesund.bund.de zur Verfügung gestellt werden, dies ist noch ausstehend. Es konnten erstmalig bedeutsame Erkenntnisse zur zielgruppengerechten Entwicklung von Erklär/Kompetenzvideos generiert werden.

Die Daten des HLS-EU16 wurden an die Hochschule Fulda übermittelt, um Daten für die Validierung des Fragebogens zur Verfügung zu stellen.

Weiterführende Fragestellungen sind, welche Wirkung die modifizierten Videos haben und welche Ergebnisse unter typischen Bedingungen (ohne Pandemieschutzmaßnahmen) erzielt werden können. Es kamen Fragen zur Datenerhebung des Gesundheitsverständnisses bei Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung auf. Aktuell fallen Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung aus großen Datenerhebungen heraus. Durch den Einsatz von eigens entwickelten

Fallvignetten konnten erste Erkenntnisse gesammelt werden. Diese gilt es weiter zu entwickeln, um ein Tool für die Datenerhebung im Gesundheitsbereich von Menschen mit geistiger Behinderung zu haben zum Beispiel für die Evidenzbasierung für DiGAs für Menschen mit zugeschriebener geistiger Behinderung.

Publikationsverzeichnis

Veröffentlichungen:

Vetter, N.S., Voß, M., Bruland, D., Seidl, N., Latteck, Ä.D. (2021). Promoting health literacy in people with intellectual disabilities via explanatory videos: scoping reviews. In: *Health Promotion International*, 38(4), daab193, <https://doi.org/10.1093/heapro/daab193>

Vetter, N.S., Ilskens, K., Seidl, N., Latteck, Ä.D., Bruland, D. (2022). Health literacy of people with intellectual disabilities. How meaningful is the Social Context for a target group-oriented Model of Health Literacy? In: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (23), 16052, [https://doi: 10.3390/ijerph192316052](https://doi.org/10.3390/ijerph192316052).

Bruland, D., Vetter, N., Voß, M., Seidl, N., Latteck, Ä.-D. (2023): Gesundheitskompetenz stärken – Zielgruppengerechte Kompetenzvideos für Menschen mit Lernschwierigkeiten entwickeln. Zeitschrift Teilhabe, 62(4), 170-175.

Bruland, D., Vetter, N., Voß, M., Seidl, N., Latteck, Ä.-D. (2023): Videos zur Förderung der Gesundheitskompetenz. Zeitschrift Menschen, 6, 78 - 80.

Kongressteilnahmen:

16th World Congress on Public Health "Public health for the future of humanity: analysis, advocacy and action" ausgerichtet von der World Federation of Public Health Associations und der European Public Health Association (Oktober 2020). Eigener Beitrag (Poster): Bruland, D., Vetter, N. & Latteck, Ä.-D. - Health Literacy in people with intellectual disabilities –is there a need for an adapted concept?

2. Teilhabekongress der Aktion Teilhabeforschung (September 2021). Eigener Beitrag (Online-Vortrag): Voß, M., Forschungs-AG - „Können wir nicht weiterarbeiten, wie die im Fernsehen auch? So, mit Video?“ – Von der Präsenz- zur Online-Arbeit in der Forschungs-AG im Forschungsprojekt Erklärvideos zur Stärkung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit Lernschwierigkeiten.

Digitale Zukunft @OWL (März 2022). Eigener Beitrag (Kurzvortrag): Latteck, Ä.-D., Seidl, N., Vetter, N.S., Voß, M., Bruland, D. - Erklärvideos zur Stärkung der Gesundheitskompetenz für Menschen mit geistiger Behinderung - Geko-MgmB

Symposium Gesundheitskompetenz - zwischen Wissenschaft und Praxis (September 2022). Eigener Beitrag (Workshop): Bruland, D., Latteck, Ä.-D. - Zum Modell der Gesundheitskompetenz von Menschen mit geistiger Behinderung: Niedrige Gesundheitskompetenz oder nicht adäquat?

Webinar 'Promoting Health Literacy Among People With Intellectual Disabilities Using a Variety of Communication Channels' der International Health Literacy Association (September 2022). Eigener Beitrag (Online-Vortrag): Bruland, D., Vetter, N., Latteck, Ä.-D. - Explainer videos to strengthen health literacy in people with intellectual disabilities.

Global Forum for Inclusion der Special Olympics (Juni 2023). Eigener Beitrag (Workshop). Bruland, D., Vetter, N., Latteck, Ä.-D. - Explainer videos to strengthen health literacy in people with intellectual disabilities.

Zitierte Literatur

- (1) Kulig, W., Theunissen, G. & Wüllenweber, E. (2006). Geistige Behinderung. In: E. Wüllenweber, G. Theunissen & H. Mühl (Hrsg.). Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Stuttgart: Kohlhammer.
- (2) Hässler, F. (2006). Polypharmazie in der Behandlung bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: T. Messer & M. Schmauß. Polypharmazie in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Wien: Springer.
- (3) Kirsch, I. S., Jungeblut, A., Jenkins, L. & Kolstad, A. (1993). Adult literacy in America: A first look at the results of the national adult literacy survey. Washington DC: US Department of Education, National Center for Education & Statistics.
- (4) Parker, R., Ratzan, S. & Lurie, N. (2003). Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality health care. *Health Affairs*, 22(4), 147-153. (5) Sørensen K, van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 2012; 12(1): 80.
- (6) Schaeffer, D. & Pelikan, J. (2017). Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: Hogrefe.
- (7) Rimmer J. H., Hsieh K., Graham B. C. et al. (2010). Barrier removal in increasing physical activity levels in obese African American women with disabilities. *Journal of women's health* 19 (10), 1869-1876.
- (8) UN-BRK (2006). Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Online abrufbar: <https://www.behindertenrechtskonvention.info/>.
- (9) Chinn D. (2014). Critical Health Literacy Health Promotion and People with Intellectual Disabilities. *Asia-Pacific Journal of Health, Sport and Physical Education*, 5(3): 249-65.
- (10) Wolf, K.D. (2015). Video-Tutorials und Erklärvideos als Gegenstand, Methode und Ziel der Medien- und Filmbildung. In: A. Hartung, T. Ballhausen, C. Trultzsich-Wijnen, Barberi & K. Kaiser-Müller (Hrsg.). Filmbildung im Wandel. New academic press.
- (11) Wolf, K.D. & Kratzer, V. (2015). Erklärstrukturen in selbsterstellten Erklärvideos von Kindern. *Jahrbuch Medienpädagogik*, 12, 29-44

- (12) Mayring, P. (2007). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Springer.
- (13) Geukes, C. (2018). Das integrative Basisverfahren von Kruse als qualitativrekonstruktive Methode für Interviews am Beispiel von Menschen mit geistiger Behinderung. Journal für qualitative Forschung in Pflege und Gesundheitswissenschaften, 20(20), 1-26.
- (14) Vetter, N.S., Voß, M., Bruland, D., Seidl, N., Latteck, Ä.D. (2021). Promoting health literacy in people with intellectual disabilities via explanatory videos: scoping reviews. In: Health Promotion International, 38(4), daab193, <https://doi.org/10.1093/heapro/daab193>
- (15) Vetter, N.S., Iliskens, K., Seidl, N., Latteck, Ä.D., Bruland, D. (2022). Health literacy of people with intellectual disabilities. How meaningful is the Social Context for a target group-oriented Model of Health Literacy? In: International Journal of Environmental Research and Public Health, 19 (23), 16052, <https://doi: 10.3390/ijerph192316052>.
- (16) Jorm, A.F., Korten, A.E., Jacomb, P.A., Christensen, H., Rodgers, B., Pollitt, P. (1997). "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Medical Journal of Australia, 166 (4), 182 - 186.
- (17) Schreier, M. (2012). Qualitative Content Analysis in Practice. doi 10.4135/9781529682571.

Gantt-Chart Geko-MgB

[illegible]

[illegible]