

Bericht

13. LANDESKONFERENZ der LAG AVMB BW Gesundheitsversorgung in Baden-Württemberg

am 13. Oktober 2018 im Bischof-Moser-Haus, Stuttgart

Seite

Begrüßung und Einführung

Dr. med. Rudolf Kemmerich/Beirat der LAG

01

Mehr Behandlungszentren für Menschen mit geistiger Behinderung!

Prof. Dr. med. Peter Martin/Ärztlicher Leiter der Séguin-Klinik/Kehl-Kork

02

Bewegung am Arbeitsplatz - Bothmer-Gymnastik

Rolf Lenhardt/Wernau

09

Mundgesundheit bei Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung

Dr. med. dent. Guido Elsässer, Referent für Behindertenzahnheilkunde der Landes-Zahnärztekammer Baden-Württemberg

10

Übergewicht bei Menschen mit geistiger Behinderung

Dr. med. Rudolf Kemmerich/Kinder- und Jugendarzt, Umweltmedizin/Weinstadt

13

Begrüßung und Einführung

Herr Dr. Buß heißt die 60 Teilnehmer und Gäste zur 13. Landeskongress der Angehörigen Willkommen. Anschließend übergibt er die Leitung an Herrn Dr. Kemmerich, der diese Kongress geplant und die Referenten eingeladen hat.

Herr Dr. Kemmerich: „Aus zahlreichen Berichten weiß die LAG AVMB BW: Die Gesundheitsversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung ist vielfach mangelhaft. Heute möchten wir in dieser Landeskongress Gesundheitsversorgung Lösungswege für dieses Problem aufzeigen.“ Dr. Jens Spahn, Bundesminister für Gesundheit (BMG) antwortete der LAG AVMB BW gerade auf den 10-Punkte-Plan: 1. Rechnet er mit der Zulassung weiterer MZEBs, 2. Ansprechpartner für Menschen mit Behinderung, 3. Zusatzentgelte geltend zu machen und 5. Fortbildung der Mitarbeiter ist Sache der Krankenhäuser. 4. Pflegeausbildung soll eine Fachkommission weiterentwickeln – zuständig sind die Länder. 6. Ausbildung der Ärzte ist Sache der Hochschulen. Über eine Zusatzbezeichnung muss die Bundesärztekammer entscheiden. 7. Eine leistungsgerechte Abrechnungsziffer legt der paritätische Bewertungsausschuss von Ärzten und Krankenkassen fest. Das BMG kann uns nicht helfen!

Als ersten Referenten stellt Dr. Kemmerich Herrn Professor Dr. Peter Martin vor, der über die „Medizinischen Zentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung“, abgekürzt MZEB, sprechen wird. Er ist der Ideengeber und unermüdliche Antreiber dieser segensreichen Einrichtungen. Auf ihn geht die Gründung der ersten Zentren im Land zurück. Inzwischen sind es in der gesamten Bundesrepublik Deutschland 42 geworden.

Physiotherapeut Rolf Lenhardt wird anschließend mit einer Gruppe von Beschäftigten der Karl-Schubert-Werkstätten in Filderstadt die „Bothmer-Gymnastik“ erklären und vorführen. Die Botschaft der Gruppe lautet: „Die Fortbewegung des Menschen aus eigener Kraft ist eine der wichtigsten Maßnahmen zur Vorbeugung von Krankheiten.“

Nach der Mittagspause wird Dr. Guido Elsässer aus Kernen-Stetten, ein begnadeter Zahnarzt, und der Behindertenbeauftragte der Zahnärztekammer Baden-Württemberg, zu uns sprechen über „Mundgesundheit bei Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung“. „Zähne sind nicht nur Kauwerkzeug und ein Mittel zum Lächeln. Sie stehen an der Eingangspforte zum Inneren unseres Körpers. Sie sind somit die Garanten für ein gesundes Innenleben!“

Zum Schluss der Veranstaltung wird Dr. Kemmerich selber über die Krankheitsursache Nr. 1 in unserer Zeit sprechen: „Das Übergewicht“.

Prof. Dr. Peter Martin

Mehr Behandlungszentren für Menschen mit Behinderung¹

Prof. Martin zitiert einleitend die Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der FDP-Fraktion vom Sommer 2018, die auf eine Anregung von Dr. Kemmerich zurückgeht. Mittlerweile sei "die Routine in Bezug auf die für eine Inbetriebnahme erforderlichen Verfahrensabläufe" zur Ermächtigung für medizinische Zentren nach § 119c des SGB V (MZEB) „gestiegen“. Dadurch könne den Anforderungen an Gesundheitsleistungen, "die von erwachsenen Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer geistigen oder schweren Mehrfachbehinderungen benötigt werden, Rechnung getragen werden". Die Behandlung sei insbesondere auf Erwachsene mit pränatal oder in der frühen Entwicklung entstandenen Entwicklungsstörungen auszurichten (sowie auf Personen, die eine schwere Gehirnschädigung erst nach längerer normaler Entwicklung erworben haben), "die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung durch zugelassene Vertragsärzte nicht ausreichend behandelt werden können". 2014 seien vier Anträge positiv entschieden worden, im Jahr 2015 waren es 28 (epd)².

Prof. Martin ist ärztlicher Leiter der Séguin-Klinik für Menschen mit schwerer geistiger Behinderung am Epilepsiezentrum Kork mit einem stationären Bereich (auf 2 Stationen à 13 Betten, fertig gestellt 12/2012) und einem ambulanten Bereich sowie einem Medizinischen Zentrum für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB) – seit 1.4.2013. Konsiliarische Tätigkeit in Wohnheimen/Einrichtungen der Behindertenhilfe, Beratungsstelle für unterstützte Kommunikation (seit 10/2011) und seit 01.07.2015 im Sektor „geistige Behinderung“ der Psychiatrischen Institutsambulanz (PIA) Offenburg in Kork sowie ärztlicher Dienst für den Wohnverbund Kork mit ca. 310 erwachsenen Bewohnern; MZEB und Spezialambulanz für Neurologie und Psychiatrie bei schwerer geistiger Behinderung (Ermächtigungsambulanz).

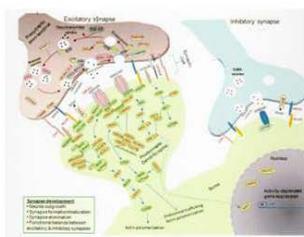
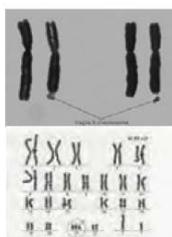
MZEB nach § 119a SGB V an der Séguin-Klinik des Epilepsiezenters der Diakonie Kork
Einrichtungen der Behindertenhilfe, die über eine ärztlich geleitete Abteilung verfügen, sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten ärztlichen Behandlung von Versicherten mit geistiger Behinderung zu ermächtigen, soweit und solange eine ausreichende ärztliche Versorgung dieser Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse der Ärzte in den Einrichtungen durch niedergelassene Ärzte nicht sichergestellt ist. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen der Art oder Schwere ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Im Zulassungsbescheid ist zu regeln, ob und in welchen Fällen die Ärzte in den Einrichtungen unmittelbar oder auf Überweisung in Anspruch genommen werden können. Die ärztlich geleiteten Abteilungen sollen mit den übrigen Leistungserbringern eng zusammen arbeiten (vgl. MZEB-Flyer: http://www.diakonie-kork.de/de/diagnostik-behandlung/Unsere-Kliniken/Sequin-Klinik/Flyer-MZEB-Sequin-Klinik_LRes_n.pdf).

Die Verhandlungen zu einem MZEB an der Séguin-Klinik wurden von Prof. Martin von der Diakonie Kork gemeinsam mit dem ärztlichen Direktor Dr. Kühlewein der Johannesdiakonie Mosbach geführt, nachdem der Vorstand der Landesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung im Bundestag mit Dr. Henke – heute Vorsitzender des Marburger Bundes – vorstellig geworden waren, wo explizit darauf hingewiesen wurde, dass wir keine Änderung der Gesetzgebung erwarten dürfen, da die bisherigen Gesetze ausreichend seien. Wir müssten nur mit den Kassen und KVen einig werden, auf deren Beteiligung an der Finanzierung der in Aussicht gestellten Pauschale die Kassen bestanden. Nach mehreren Verhandlungen einigten sich die Vertragspartner im Februar 2013 auf folgende Pauschale und Regelungen: 270 € pro Fall und Quartal, davon 135 € für ärztliche Leistungen aus dem Topf der KV und 135 € für nichtärztliche Leistungen von den Kassen sowie maximal 400 Fälle pro Quartal in Kork und 300 Fälle in Mosbach.

¹ Vollständiger Vortrag unter: http://www.lag-avmb-bw.de/Aktuelle-Meldungen/13_LAG-Landeskonferenz-2018/MZEB---Medizinische-Zentren-fur-Erwachsene-mit-geistiger-Behinderung--P.-Martin--LaKo-2018-.pdf

² epd-Sozial aktuell 152a/2018 vom 09.08.2018

Die Patienten mussten schwere Formen der geistigen oder mehrfachen Behinderung nach ICD 10 mit den Einzelkriterien F72.- oder F73.-, F84.2; F84.3 bzw. G80.0 oder G80.8 oder folgende Kombinationen aufweisen: F07.-, F09.- ...R13; F84.0 oder F84.1 oder F84.4 oder F84.8 oder F84.9 plus; F71.- oder F78.- plus F07.-, F09.- ...R13; G81.1 oder G80.2 oder G80.3 oder G80.4 plus bzw. F07.-, F09.-, F60.-...H54.7. Angeboten wurde hauptsächlich Diagnostik und Therapie von neuropsychiatrischen Störungen, insbesondere von Cerebralpareesen (z.B. Verschlechterung motorischer Funktionen im Erwachsenenalter; neuromuskuläre Skoliosen; Hilfsmittelversorgung; Indikationsstellung in Bezug auf Heilmittel), Epilepsien, neurogenen Schluckstörungen, Schlafstörungen, psychische Störungen/ Verhaltensauffälligkeiten bei geistiger Behinderung / Störungen des autistischen Spektrums; Schmerzzustände, Demenzen, Kommunikationsschwierigkeiten, neuropsychiatrische Probleme bei tuberöser Sklerose und anderen seltenen Syndromen (einschließlich Formen des syndromalen Autismus).



Chiurazzi P, Pirozzi F (2016) F1000Res 5, pii: F1000FacultyRev-599
Srivastava Ak, Schwartz CE (2014) Neurosci Biobehav Rev 46:161-174
Zim B (2009) die genetische Sprechstunde
Osborn AG (2004) Diagnostic Imaging Brain, IB-4
Squier W (2002) Acquired Damage of the Developing Brain, Plate 21, Plate 34a
Volpe JJ (1995) Neurology of the Newborn, p76
Friede RL (1989) Developmental Neuropathology, p125
Lubs HA (1969) A marker-X chromosome, Am J Hum Genet 21:231-244

Das **Behandlungsteam** besteht aus Ärzten/innen (für Neurologie und /oder Psychiatrie), Gesundheits- und Krankenpflegenden, Psychologen/innen, Heilpädagogen/innen, Fachpädagogen/innen für unterstützte Kommunikation, Ergotherapeuten/innen, Sozialarbeiter/innen, Physiotherapeuten/innen sowie u.a. auf Honorarbasis kooperierende Ärzte/innen für Chirurgie/Orthopädie, Innere Medizin (Pneumologie/Gastroenterologie) u.a. Fachgebiete (z.B. Dermatologie) und ebenfalls auf Honorarbasis kooperierende Logopäden /innen, Mobilitätstrainer/innen, Orthoptisten, Stoma-Experten/innen u.a. Leistungserbringer/innen der Hilfsmittelversorgung.

Die **Zielgruppe** des MZEB bilden Personen, die älter als 18 Jahre sind, die von schwerer/ schwerster geistiger Behinderung oder schweren Formen der Cerebralpareesen betroffen sind oder von Kombinationen aus weniger schweren Formen der geistigen Behinderung, der Cerebralpareesen sowie Störungen des autistischen Spektrums oder Sinnesstörungen.

- (1) **Medizinische Versorgungsstrukturen der GKV:** Versorgungsstärkungsgesetz, vom Bundestag am 11. Juni 2015 verabschiedet; medizinische Versorgung von Menschen mit Behinderungen nach §§ 43b, 119c und 120 SGB V sowie §119c SGB V = Medizinische Behandlungszentren: für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, die fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und

die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss zur ambulanten Behandlung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende Versorgung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen sicherzustellen.

- (2) Die Behandlung durch medizinische Behandlungszentren ist auf diejenigen Erwachsenen auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Komplexität ihrer Behinderung auf die ambulante Behandlung in diesen Einrichtungen angewiesen sind. Die medizinischen Behandlungszentren sollen dabei mit anderen behandelnden Ärzten, den Einrichtungen und Diensten der Eingliederungshilfe und mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eng zusammenarbeiten.

MZEBs	Stand: März 2018
Baden-Württemberg	8 Anträge 4 Ermächtigungen
Rheinland-Pfalz	5 Anträge 5 Ermächtigungen
Bundesrepublik	75 Anträge 42 Ermächtigungen



MZEB sollten als Zentren der Anschlussbehandlung von im Kindes- und Jugendalter in SPZs betreuten Patientinnen und Patienten dienen, aber viele Patienten/innen, die in MZEBs behandelt werden, waren vorausgehend an kein SPZ angebunden – nur etwa 10% der durch ein SPZ betreuten Personen bedürfen einer weiteren Anbindung in einem MZEB.

Verbesserung oder Wiederherstellung von Funktionen – ein Beispiel:

Symptome:

Verlust der Schluckfähigkeit

- Appetitmangel, Husten beim Trinken, Speichelfluss, Gewichtsverlust; Rückzug
- Depression? Neurogene Schluckstörung (Dysphagie)?
- Kernspintomografie des Kopfes Untersuchung des Lumballiquors
-> eindeutige Befunde einer Infektion mit Windpocken-Viren

Diagnose:

Schwere Dysphagie als Folge einer Varizellen-Neuronitis cranialis

Behandlung:

- PEG- Sonde – hochkalorische Ernährung
- Aciclovir 3 x 500 mg p.d. i.v. über 15 Tage
- Dexamethason 4 mg p.d. über 21 Tage
- nach zehn Wochen, trotz Hustens unmittelbar nach dem Schlucken kleiner Mengen von Wasser: Schlucktraining: „use it or lose it“
- nach 5 Monaten Schluckdiagnostik (Videofluoroskopie) > normaler Schluckakt, > Entfernung der PEG-Sonde

Kommunikation

„Schwierigkeiten in der Kommunikation mit geistig behinderten Patienten stellen eine der wichtigsten Hürden auf dem Weg zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung dar.“³

Kritik einer Patientin auf die Frage: Was machen Ärzte falsch, wenn sie sich mit geistig behinderten Patienten unterhalten?⁴

- sie schreien
- sie reden über die Betroffene (hinweg), so, als ob sie gar nicht da wäre
- sie erklären nicht, was passiert
- sie behandeln die Patientin, als ob sie blöd wäre
- sie hören gar nicht zu, wenn die Patientin etwas sagen möchte
- sie tun so, als ob sie verstehen würden, obwohl sie offensichtlich gar nichts von dem verstehen, was die Patientin sagt
- sie geben der Patientin nicht genug Zeit, um sich auszudrücken

Der somatische Dialog⁵

Auch Vitalzeichen – Atmung, Muskelspannung, Temperatur und Feuchtigkeit der Haut usw. – haben dann kommunikative Bedeutung, wenn der Kommunikationspartner sie aufnimmt und mit dem gemeinsamen Geschehen in Verbindung bringt.

Ein aufgeregtes Atmen kann durch eine ruhige, vorsichtig aufgelegte Hand auf den Bauch zuerst begleitet und dann auch ein klein wenig verlangsamt werden.

Die Hand auf den Bauch signalisiert: „Ich spüre, dass du aufgeregert bist, ich begleite dich und zeige dir, dass du dich nicht so aufregen musst“.

Kommunikation über Vitalzeichen/unmittelbaren körperlichen Kontakt stellt seitens der Betroffenen zunächst eine vorintentionale Kommunikation dar. Aber: Intention = Absicht kann entstehen, wenn die Erfahrung gemacht wird, dass es Antworten gibt.

Kommunikation
Ermöglichung und Erleichterung der Kommunikation – z.B. mit

- leichter Sprache 
- Piktogrammen/Bildern/Fotos/symbolisierenden Gegenständen 
- elektronischen Hilfsmitteln 
- Gebärdensprache 
- Lormen 
- gestützter Kommunikation 
- über einen „somalischen Dialog“

³ Lennox, N., Diggins, J., Ugoni, A.: Journ. Intellect. Disability Res. 1997/6: p. 242-249

⁴ Barbridge, M. in: Lennox, N., Diggins, J. (eds., 1999): Management Guidelines – People with Developmental and Intellectual Disabilities

⁵ Fröhlich, A.: Kommunikation – Einführung ins Thema. In: Maier-Michalitsch, N.J., Grunick, G. (Hg., (2010) Leben pur – Kommunikation bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Verlag Selbstbestimmtes Leben, S. 12-24

Häufigkeit von Epilepsie in % bei Menschen mit geistiger Behinderung (gB)

Metaanalyse von Janet Robertson und Mitarbeitern 2015 :

– alle Schweregrade von gB	(38 Studien):	22.2
– leichte gB	(13 Studien):	9.8
– mittelschwere gB	(5 Studien):	16.7
– schwere gB	(3 Studien):	27.0
– schwerste gB	(4 Studien):	50.9
– bei Personen ohne geistige Behinderung in industrialisierten Ländern:		0.5 bis 1.0

Häufigkeit von Epilepsie in % bei Autismus-Spektrum-Störung (ASS)

Synopse⁶ von 7 Studien aus den Jahren 1991-2013: 6 bis 27

Metaanalyse⁷ von 23 Studien aus den Jahren 1976-2005:

Epilepsien bei ASS mit gB	21.5
Epilepsien bei ASS ohne gB	8.0

Häufigkeit psychischer Störungen in % bei Intelligenzminderung (alle Schweregrade) – z.T. wurden mehrere Störungen bei einer Person diagnostiziert⁸

– psychotische Störungen	4.4
– affektive Störungen	6.6
– Angststörungen	3.8
– Zwangsstörungen	0.7
– organische Störungen	2.2
– Alkohol-/Substanzabusus	1.0
– Schlafstörungen	0.6
– Pica	2.0
– ADHS	1.5
– Autismusspektrumstörung	7.5
– Problemverhalten	22.5
– Persönlichkeitsstörungen	1.0
– andere Störungen	1.4

MZEB als „Koordinationsstelle“

Gemeinsames Eckpunktepapier der Krankenkassenverbände (2016)
zur therapeutischen Versorgung und Koordinationsfunktion:

- Die erforderliche weitere Diagnostik oder Therapie kann und soll in Anbetracht der Komplexität und Vielfalt der Krankheitsbilder nicht am MZEB verortet sein, da eine umfassende qualifizierte medizinische Behandlung durch ein MZEB in der Regel nicht erfolgen kann.
- Den Ärzten kommt aber in jedem Falle eine koordinierende Funktion im Sinne eines Lotsen oder Routers zu.
- In den anschließenden Gesprächen (Bundesverbände der Krankenkassen und BAG MZEB (2017/18): „Der Aufbau einer Arzt-Patienten-Beziehung ist in diesem Kontext nicht erforderlich“!

⁶ Jeste, S.S., Tuchman, R. (2015): Journal Child Neurology 30: p. 1963-1971

⁷ Amiet, C. et al. (2008): Biol. Psychiatry 64: p. 577-582

⁸ Cooper, S.-A. et al. (2007): Brit. Journ. Psychiatry 190: p. 27-35

Aus-, Fort-, Weiterbildungs- Aspekte der Medizin für Menschen mit geistiger Behinderung im Studium der (Zahn-) Medizin:

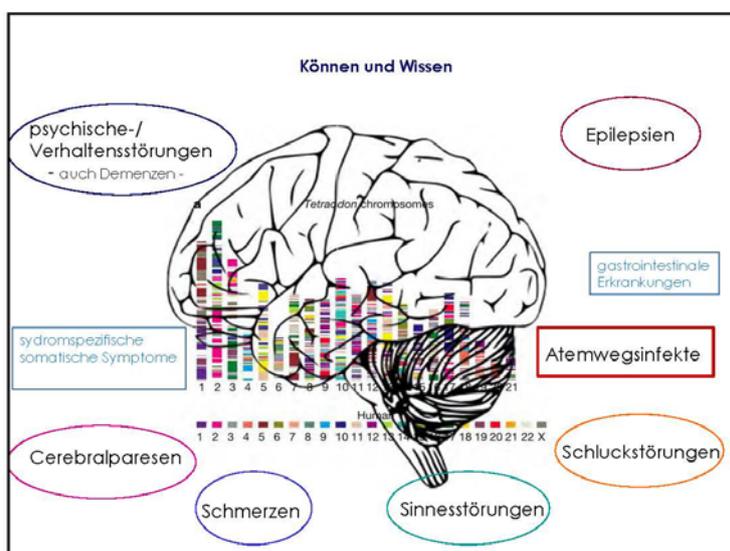
Inhalte während und nach der Facharztweiterbildung

- spezielle Fortbildungen / strukturierte curriculare Fortbildungen
- Zusatzbezeichnung / Schwerpunkt
- Facharzt für Medizin bei Menschen mit geistiger Behinderung?
(siehe Niederlande)

Ziel: Ärztinnen und Ärzte sollen nach ihrem Studium, welche Facharztausbildung sie auch immer anstreben, Besonderheiten bei der Anamneseerhebung, klinischen Untersuchung, Diagnosestellung und Therapie bei – insbesondere erwachsenen – Patienten mit geistiger Behinderung kennen und in der Lage sein, auf diese einzugehen.

Vorlesung und Wahl-(pflicht)-fach an der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg für Innere Medizin:

- 1 Stunde pro Woche, während des gesamten Semesters
- Leistungsnachweis für die Erlangung des Scheines z.B. als Referat
- Themenbeispiele von Referaten:
 - Schmerzen bei Frauen mit Rett-Syndrom
 - Schluckstörungen, Zahnpflege und Aspirationspneumonien
 - Autismus und die Darm-Gehirn-Achse
 - Neuromuskuläre Skoliosen bei genetischen Syndromen
 - Ergotherapie bei Störungen der Handfunktionen im Rahmen von Cerebralparesen
 - Menschen mit Entwicklungsstörungen in Krisen- und Kriegsgebieten des Nahen und Mittleren Ostens
 - Seit dem Wintersemester 2015/16 auch Lehrinhalte im Rahmen der Hauptvorlesung Innere Medizin und des gynäkologischen Seminars
 - Ziel für alle medizinischen Fakultäten in Deutschland:
Etablierung der Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung als Querschnittsfach (in der „Erwachsenenmedizin“) und als Teil des klinischen Curriculums an der Fakultät.



Die Deutsche Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (DGMGB) hat derzeit ca. 175 Mitglieder (Ärztinnen und Ärzte) aus Deutschland; einzelne Mitglieder aus Österreich und der Schweiz; Internetseite: <http://www.aemgb.de/>.

Sie veranstaltet ärztliche Fort- Aus- und Weiterbildungen:

jährlich eine regionale (Nord- oder Süddeutschland) und eine überregionale Fortbildungsveranstaltung; Fachzeitschrift.

Curriculum mit Zertifikat

Grundkurs „Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung“ (seit 2008), in Deutschland von der Bundesärztekammer als zertifizierte curriculare Fortbildung seit 12/2011 anerkannt:

- theoretischer Teil
- in drei Kursmodulen
- 50 Fortbildungseinheiten à 45 Minuten
- an drei Wochenenden innerhalb von einem Jahr
- Hospitationsteil
- 5 Werktage in Einrichtungen/Kliniken für Menschen mit geistiger Behinderung
- Einreichen zumindest einer Falldokumentation bei der Hospitationsstelle
- mündliche Prüfung

Perspektiven für das Curriculum:

- Entwicklung von speziellen Modulen für einzelne Fachrichtungen
- Etablierung einer gebietsübergreifenden Zusatzweiterbildung
- offizielle Zusatzweiterbildung in der Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung
 1. Schritt: Grundkurs (analog dem BAG-Curriculum-Kurs)
 2. Schritt: Fachmodule
- vertiefte Kenntnisse über Aspekte der Medizin für Menschen mit geistiger Behinderung in verschiedenen Fachgebieten

Zusammenfassende Thesen

- Früh erworbene Behinderung und im Verlauf des Lebens auftretende Erkrankungen stehen in der Medizin für Menschen mit Entwicklungsstörungen (sog. geistige Behinderung, Störungen des autistischen Spektrums, früh entstandene Mehrfachbehinderungen) in einem komplexen Zusammenhang.
- Die sehr große interindividuelle Unterschiedlichkeit der Behinderungs- und Krankheitsbilder zwingt zu individuellen Handlungskonzepten.
- Spezifische Kenntnisse und Erfahrungen aller Professionellen in der Medizin für Menschen mit Entwicklungsstörungen sind zwingend für alle medizinischen Berufe erforderlich.
- Ein von verschiedenen Berufsgruppen und unterschiedlichen Disziplinen gebildetes Behandlungsteam, dessen integraler Bestandteil die sog. Betroffenen und ihre Angehörigen/Betreuer sind, stellt die Basis für eine zielführende Arbeit in diesem Gebiet der Medizin dar.
- Um ihrer Verantwortung für diese Personengruppe gerecht zu werden, müssen die Entscheidungsträger grundlegende Änderungen in den stationären Versorgungsangeboten für Menschen mit Entwicklungsstörungen – insbesondere für erwachsene Personen! – so rasch wie möglich und auf verschiedenen Ebenen umsetzen.
 - Dazu zählen auch Neuerungen in der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung.
 - Hier genügen keine „Light-Lösungen“.
 - Diese Thematik muss im Medizinstudium (Curriculum) fest integriert sein.
 - Wir benötigen auch die Zusatzbezeichnung „Medizin für Menschen mit Entwicklungsstörungen“. Nur so können ähnliche Fortschritte wie in der Schmerz- und Palliativmedizin erzielt werden.
- Dies verlangt auch die UN-Behindertenrechtskonvention (Art. 25) von uns. Diese Maßnahmen dürfen nicht ökonomischen Interessen nachgeordnet werden!

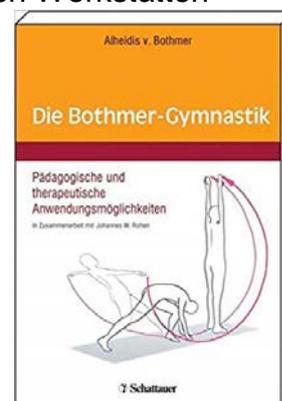
- Unter diesen Voraussetzungen einer spezifischen Qualifikation der in der Patientenversorgung Tätigen sind spezialisierte stationäre und ambulante Versorgungselemente zu fordern:
- Auf allen Stationen beratende, speziell in der Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung qualifizierte Pflegende und Ärztinnen/Ärzte in allen Häusern
- Spezialstationen für Patientinnen/Patienten mit Entwicklungsstörungen in jedem Groß-klinikum, von denen aus dann die dort vorhandenen Fachabteilungen „angesteuert“ werden können
- spezialisierte Kliniken
- ambulante Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB), nach §119c (bzw. §119a) SGB V.

Rolf Lenhardt: Bewegung am Arbeitsplatz – Bothmer-Gymnastik

Angehörige der Beschäftigten der Karl-Schubert-Werkstatt hatten immer wieder ange-regt, Bewegung neben der Arbeit in den Berufsalltag einzubauen. Aber trotz vieler arbeitsbegleitender Maßnahmen konnte immer nur eine kleine Gruppe dabei mitmachen.

Die Angehörigen hatten den Verein Lebensqualität e.V. gegründet, der zunächst den älteren Menschen in den Wohngemeinschaften, später aber auch in den Werkstätten Unterstützung anbieten konnte. Auch im Sinn der Prävention von durch Bewegungsmangel verursachten Krankheiten sollten möglichst viele Menschen erreicht werden.

Wie konnte das im Arbeitsalltag – während der Arbeit – erreicht werden? Die Teilnehmenden sollten ohne Umziehen und Wechsel der Schuhe in den Räumen der Werkstatt oder draußen im Hof zum Mitmachen aufgefordert werden. Nach einigem Bedenken über den Zeitumfang und die Möglichkeiten innerhalb der vorhandenen Arbeitsräume ist inzwischen die Bothmer-Gymnastik mit Rolf Lenhardt sehr beliebt. Seit drei Jahren hört man den freudigen Ausruf der Beschäftigten: "der Rolf kommt!". Und der Verein Lebensqualität sammelt Jahr für Jahr Spenden, um das Angebot aufrecht erhalten zu können.



Rolf Lenhardt erklärt, wie Rudolf Steiner an der Stuttgarter Waldorfschule Fritz Graf Bothmer in den 20-er Jahren des letzten Jahrhunderts für diese Aufgabe gewinnen konnte. Heute wird die Bothmer®Gymnastik in Pädagogik und Therapie eingesetzt. Es ist eine Maßnahme, die zur Gesunderhaltung beitragen soll – für die Betreuten als auch für die Mitarbeiter. Dabei kommen auch Fragen aus den verschiedenen Arbeitsbereichen, wie z.B. diese: Wie hebe und trage ich eine schwere Kiste oder wie sitze ich gesund am Arbeitsplatz? Welche Übungen kann ich im Sitzen machen?

Rolf Lenhardt unterbrach seine Ausführungen mehrfach für praktische Bothmer-Übungen mit sechs Beschäftigten der Karl-Schubert-Werkstatt und forderte auch die Teilnehmer der 13. Landeskonferenz dazu auf, die Übungen mitzumachen um die Wirkungen zu spüren und das Zusammenspiel von Mensch und Raum zu erleben.

Auf Grundlage menschenkundlicher und anatomischer Gegebenheiten hält die Bothmer-Gymnastik Übungen bereit, die einen bewussten Umgang mit den Raumdimensionen Höhe, Tiefe und Weite schulen. Bothmer-Gymnastik erweitert unser Bewegungsverständnis. Wir steigern unsere Geschicklichkeit und fördern die Wahrnehmungsfähigkeit. Wir stärken den Körper von Fuß bis Kopf, die aufrechte Haltung, die Beweglichkeit in allen Lebensbereichen und die Freude an der täglichen Bewegung. Die Übungen der Bothmer-Gymnastik führen den Menschen zu Klarheit, Offenheit und Stärke.

Dr. Guido Elsässer

Mundgesundheit bei Menschen mit geistiger u. mehrfacher Behinderung⁹

Dr. med. dent. Guido Elsässer, Referent für Behindertenzahnheilkunde der Landes-Zahnärztekammer Baden-Württemberg und stv. Vorsitzender des Ausschusses Behindertenzahnheilkunde der Bundeszahnärztekammer.

Menschen mit körperlicher und/oder geistiger Behinderung weisen ein erhöhtes Risiko für Karies und Zahnbetterkrankung und eine hohe Erkrankungsrate bei schlechtem Sanierungszustand auf. Gründe dafür sind:

- unzureichende Mundpflege
- unzureichende Behandlungsfähigkeit
- ungenügende zahnärztliche Versorgung
- Rahmenbedingungen (Richtlinien)
- keine individuellen präventiven Maßnahmen für Erwachsene
- defizitär (Mehraufwand: zeitlich, personell)
- keine klare Beschreibung der Patientengruppe¹⁰

Gesund beginnt im Mund: Ein Leben lang

Nahrungszerkleinerung → Essen als Genuss

Lautbildung, Äußeres → gesellschaftliche Teilhabe

Mundgesundheit → Allgemeingesundheit

→ Lebensqualität!

Gemeinsame Herausforderung: Zahngesundheit

Patient:

- Selbstbestimmungsrecht
- spezieller Bedarf: Behinderung/Kontext der Behinderung

Unterstützende Personen (Angehörige, Heilerziehungspfleger, Altenpfleger, Krankenschwestern, Hilfskräfte...):

- Wissen
- Motivation
- Rahmenbedingungen

Angehörige/rechtliche Betreuer:

- Wissen
- eigene Erfahrungen/Vorurteile

Zahnärzte/Team:

- Wissen
- Rahmenbedingungen;

Umfrage unter Zahnärzten in Baden-Württemberg

- 55 % aller Praxen sind rollstuhlgerecht
- 50 % aller Praxen behandeln mindestens einen Patienten mit Behinderung in der Woche
- 80 % aller Zahnärzte sind im Studium schlecht oder gar nicht auf die Behandlung von Patienten mit Behinderung vorbereitet worden
- 75 % aller Zahnärzte empfinden die Behandlung von Patienten mit Behinderung als belastend

Rechtslage:

SGB V§2a: Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen.

⁹ Vollständiger Vortrag mit allen Fußnoten unter: <http://www.lag-avmb-bw.de/Mundgesundheit-bei-Menschen-mit-geistiger-und-mehrfacher-Behinderung--G.-Elsasser--LaKo-2018-.pdf>

¹⁰ Bundeszahnärztekammer (Hg., 2010): Mundgesund trotz Handicap und hohem Alter

BEMA (Einheitlicher Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen) keine Berücksichtigung der besonderen Bedarfe

Neu: § 22a SGB V seit 1. Juli 2018: bei Pflegebedürftigen und Menschen mit Behinderungen

1. Versicherte, die einem *Pflegegrad* nach § 15 des Elften Buches zugeordnet sind oder *Eingliederungshilfe* nach § 53 des Zwölften Buches erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a des Elften Buches eingeschränkt sind, *haben Anspruch auf Leistungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen*. Die Leistungen umfassen insbesondere die Erhebung eines Mundgesundheitsstatus, die *Aufklärung* über die Bedeutung der Mundhygiene und über Maßnahmen zu deren Erhaltung, die Erstellung eines *Planes* zur individuellen Mund- und Prothesenpflege sowie die *Entfernung harter Zahnbeläge*.
2. Das Nähere über Art und Umfang der Leistungen regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92. *Pflegepersonen* des Versicherten sollen in die Aufklärung und Planerstellung nach Satz 2 einbezogen werden.
3. **NEU:** Zuschläge für Besuchsgebühren: Die Leistungen sind abrechnungsfähig für Versicherte, die einem *Pflegegrad* nach § 15 Abs. 1 SGB XI zugeordnet sind, *Eingliederungshilfe* nach § 53 SGB XII erhalten oder dauerhaft erheblich in ihrer Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI eingeschränkt sind und die *Zahnarztpraxis* aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit oder Behinderung oder eingeschränkten Alltagskompetenz *nicht oder nur mit einem hohen Aufwand aufsuchen können*.

Vorgeschriebenes Formblatt: Mundhygienestatus, Mundgesundheitsplan, ggf. Koordination¹¹

Zahnärztliche Information, Pflegeanleitung und Empfehlungen für Versicherte und Pflege- oder Unterstützungspersonen
(auch als Beitrag zum Pflegeplan sowie für die vertragszahnärztliche Dokumentation)

Vorname, Nachname	Ausgehändigt an	Datum der Untersuchung
Status Befund/Versorgung Oberkiefer rechts links Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>  Unterkiefer Totalprothese <input type="checkbox"/> Teilprothese <input type="checkbox"/> Beläge rechts <input type="checkbox"/> Beläge links <input type="checkbox"/>  Bitte zeichnen Sie die Prothesenbasis ein Zustand Pflege Zahne ☺ ☹ ☹ Schleimhaut/ Zunge/Zahnfleisch ☺ ☹ ☹ Zahnersatz ☺ ☹ ☹	Mundgesundheitsplan Unterstützung bei Mund-, Zahn- und Prothesenpflege Keine <input type="checkbox"/> Teilweise <input type="checkbox"/> Vollständig <input type="checkbox"/> Persönlicher Plan zur Mund- und Prothesenpflege und Empfehlungen zur Vorbeugung von Erkrankungen* Zähne reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Bürste Hand <input type="checkbox"/> Bürste elektrisch <input type="checkbox"/> Dreikopfbürste <input type="checkbox"/> Fluoridzahnpaste (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Fluoridgel (1-mal je Woche) <input type="checkbox"/> Zahnzwischenräume reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Zunge reinigen (1-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Prothese(n) reinigen (2-mal am Tag) <input type="checkbox"/> Speichelfluss fördern <input type="checkbox"/> Spüllösung _____ -mal am Tag Ernährung _____ Sonstiges _____ Behandlungsbedarf Füllung <input type="checkbox"/> Zahnfleisch/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Zahnentfernung <input type="checkbox"/> Zahnersatz <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ <input type="checkbox"/>	Koordination Rücksprache Zahnarzt erforderlich mit Patient <input type="checkbox"/> Rechl. Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Pflege-/Unterstützungspers. <input type="checkbox"/> Anderer Zahnarzt <input type="checkbox"/> Apotheker <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Wo soll Behandlung erfolgen Zahnarztpraxis _____ <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung _____ <input type="checkbox"/> Andernorts _____ Behandlung in Narkose <input type="checkbox"/> Krankenfahrt/-transport erforderlich <input type="checkbox"/> Behandlungseinwilligung ist erfolgt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Besonderheiten/Anmerkungen Unterschrift Zahnarzt _____

* Empfehlung zur effektiven und effizienten Umsetzung. Bestehende Regelungen zur Kostentragung der Maßnahmen bleiben unberührt

¹¹ <http://www.lag-avmb-bw.de/Zahnarztliche-Information--Pflegeanleitung-und-Empfehlungen-fur-MmgB--Formular--G.-Elsasser-LaKo-2018-.pdf>

Prothesen, Beläge, Schleimhaut?

Ergebnis: → 😊 oder 😐 oder ☹

Unterstützung: keine ↓



Instruktion, Motivation des **Patienten**

teilweise ↓



Instruktion, Motivation
des **Patienten**
und der **unterstützenden Person**

vollständig ↓



Instruktion, Motivation der
unterstützenden Person

Beim Reinigen der Zähne kommt es auf die **richtige Bürste und Handhaltung** an. Breite Griffe und weiche Borsten sowie ggf. Griff-Verstärker können das Putzen erleichtern. Die Länge der Borsten, das elektrische oder manuelle Putzen usw. sind individuell zu entscheiden. Dreikopfbürsten sollten nur beim Zähneputzen durch eine unterstützende Person verwendet werden. Absaugzahnbürsten wie Plakvac[®] nur bei hohem Aspirationsrisiko einsetzen!

Fluoride – in Zahnpasta oder Gelform – reduzieren das Kariesrisiko um bis zu 80 % ! Das Reinigen der Zahnzwischenräume, Mundschleimhaut, Zunge und ggf. der Prothese (Reinigungstabletten sind nicht notwendig) ist ein wichtiger Beitrag zur Mundgesundheit !

Das mechanische Zähneputzen ist durch nichts zu ersetzen. Mundspüllösungen werden in der Regel nicht benötigt.

Beim Essen und Trinken sollte der Zuckerkonsum eingeschränkt werden – auch der versteckte Zucker – süße Getränke säuern Mund und Magen!

Beschreibung des Behandlungsbedarfs zur Festlegung des weiteren Vorgehens.

Aufklärung:

- Patient
- Angehörige
- Rechtlicher Betreuer
- Pflege-/ Unterstützungsperson – ggf. Rücksprache mit
 - Hausarzt
 - Fachzahnarzt
 - Apotheker

Die **Behandlung** erfolgt in der Regel in der Zahnarztpraxis ggf. in der Pflege-/ Wohneinrichtung oder z. B. in einer Zahnklinik.

Eine Behandlung in Narkose bedarf der Aufklärung und Zustimmung. Ohne Behandlungseinwilligung ist keine Behandlung möglich!

Einen Krankenförderungsschein kann der Zahnarzt ausstellen. Er ist künftig nicht mehr genehmigungspflichtig.

Die Zahnsteinentfernung steht den Menschen mit Behinderung kalenderhalbjährlich zu. 😊

Das ist aber keine Zahnreinigung! ☹️

Die Mundhygieneunterweisung der Pflegeperson entspricht den Kassenrichtlinien für Parodontalbehandlungen. 😊

Bundeszahnärztekammer:

jährliche Koordinierungskonferenzen der Referenten für Prophylaxe, Alterszahnheilkunde und Behindertenzahnheilkunde aus allen Landes Zahnärztekammern sowie Vertretern der Wissenschaft. Erarbeitung von Informationsmaterial und enge Abstimmung mit der KZBV (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung).

Arbeitskreis Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung:

Referent für Alterszahnheilkunde, Referent für Behindertenzahnheilkunde, zuständige Referenten der Bezirks Zahnärztekammern

Regierungsbezirke: benannte Referenten der Bezirks Zahnärztekammern

Land-/Stadtkreise: Senioren- und Behindertenbeauftragte der Zahnärzteschaft vor Ort finden Sie unter: www.lzkbw.de

Neue Prophylaxemaßnahmen für Menschen mit Behinderung und/oder Pflegebedarf

- erster Ansprechpartner: Hauszahnarzt/ -zahnärztin
- Zahnarzt suchte im Internet www.lzk-bw.de
- Ansprechpartner in der Landes-Zahnärztekammer BW finden Sie dort
- Senioren- und Behindertenbeauftragte der Kreis-Zahnärzteschaften sind hier eingetragen.

Dr. Rudolf Kemmerich

Übergewicht bei Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung¹²

Dr. med. Rudolf Kemmerich/ Kinder- und Jugendarzt, Umweltmedizin/ Weinstadt und medizinischer Beirat der LAG AVMB erläutert die Zusammenhänge zwischen Übergewicht und Gesundheit. Häufig vermuten die Betroffenen: Die Drüsen sind schuld! Nein, die Ursache für das Übergewicht ist der ungünstige Lebensstil im 21. Jahrhundert mit Bewegungsmangel und Fehlernährung!

Nach dem **Körpermassenindex (BMI)** spricht man von Normalgewicht zwischen BMI-Werten von 18,5 und 24,9, von Übergewicht bei einem BMI 25,0 – 29,9 und von Fettsucht oder Adipositas ab einem BMI von 30,0. Die Überlebensstrategie vor 2 Millionen Jahren lautete: 1. Iss so viel, wie Du kriegen kannst! 2. Bewege Dich so wenig wie möglich - Bewegung kostet Energie!

Unsere **Überlebensstrategie im 21. Jahrhundert** lautet: 1. Iss nur so viel, wie Du brauchst! 2. Bewege Dich so viel wie möglich! Die Bewegungshormone Adrenalin und Noradrenalin sorgen für Energie aus Zucker und Fett und Sauerstoff. Ihr Gegenspieler Insulin, sorgt für Fettspeicherung. Bei wenig Bewegung erfolgt eine geringe Adrenalin- und Noradrenalin-, aber eine gleichbleibend hohe Insulin-Ausschüttung; daraus folgt Insulinmast!

Übergewicht wird durch eine Stoffwechselstörung im Gehirn verursacht: Auf Nahrungsaufnahme erfolgt eine Dopamin-Freisetzung im Gehirn, die Wohlbehagen bewirkt (dopaminerges Belohnungssystem). Übergewichtige Menschen setzen weniger Dopamin frei als schlanke Menschen. Um das gleiche Wohlbehagen zu erreichen, muss der Übergewichtige also mehr essen. Essen wird zur **Sucht!** Die Appetitbremse

¹² http://www.lag-avmb-bw.de/Aktuelle-Meldungen/13_LAG-Landeskonferenz-2018/Übergewicht-bei-Menschen-mit-geistiger-und-mehrfacher-Behinderung--R.-Kemmerich--LaKo-2018-.pdf

versagt ab BMI 30. Jenseits dieser Grenze gibt es keine freie Entscheidung mehr, nur noch die Sucht. **Folgekrankheiten** sind: Diabetes mellitus, hoher Blutdruck, Fettstoffwechselstörung, Metabolisches Syndrom, Gelenkerkrankungen, Arteriosklerose, Herzinfarkt, Schlaganfall, Schilddrüsenentzündung, Atemstörung, Krebs und Schwund der Hirnsubstanz.

Zur gesunden Ernährung gehören **Ballaststoffe**, die als Magenfüller, Anreger der Darmbewegung und zur Nahrung für Darmbakterien nützlich sind und vor Verstopfung, Hämorrhoiden, Analrhagaden, Mineralstoffmangel, Misslaunigkeit und Darmkrebs schützen. Kohlenhydratreiche Mahlzeiten führen in die Insulinfalle, da viel Insulin nötig ist, um Glukose in die Zelle zu bringen. Energiegewinnung aus Glukose und Nahrungsfett führt zum Verschluss des Fettspeichers. Dagegen ist für eine **kohlenhydratarmer Mahlzeit** wenig Insulin nötig, die Fettspeicher werden geöffnet und die Energiegewinnung erfolgt aus dem vorhandenen Körperfett.

Als gesund hat sich eine sog. **Mittelmeerkost**, also eine ausgewogene Mischkost mit viel buntem Gemüse, Obst, Fisch, Olivenöl, wenig rotem Fleisch, wenig Geflügel, Eier, Milch und wenig rotem Wein erwiesen (vgl. Anhang: **Kreta-Diät**) – auch wegen des hohen Zeitaufwands für Zubereitung und Verzehr. Diese gesunde Mittelmeerkost – wie sie vor 1958 z.B. auf Kreta üblich war – ist wirksam gegen Depression, fördert die Denkfähigkeit, senkt das Risiko für Herz-Kreislauf-Krankheiten, verhindert Diabetes, verhütet Demenz und Krebs – verlängert das Leben. In der Handreichung Gesundheit zum Thema Übergewicht¹³ findet sich auch eine Übersicht Ampelkost, in der 12 Lebensmittelgruppen auf die Ampelfarben aufgeteilt wurden. Dort findet sich auch eine Austauschabelle, in der kalorienreiche Lebensmittel kalorienarmen gegenübergestellt werden (z.B. gekochter Schinken statt Salami). Die kalorienarmen Lebensmittel sollen bevorzugt verzehrt werden. **13 Regeln** unterstützen die Gewichtskontrolle.

Dr. Kemmerich fasst zusammen: Übergewicht ist eine echte Krankheit mit Suchtcharakter; nötig sind: eine langwierige Behandlung, lebenslange Achtsamkeit, liebgewonene Gewohnheiten müssen geändert oder aufgegeben werden.

Die Erfolgsaussichten der Behandlung sind bei Beachtung der 13 Regeln gut!

Dr. Kemmerich schlägt bei übergewichtigen Menschen mit Behinderung vor, einen **Vertrag** zur Gewichtsabnahme zwischen dem Übergewichtigen und seinem betreuenden Mitarbeiter in der Einrichtung abzuschließen (vgl. Muster in der Handreichung Gesundheit Übergewicht). ... *Der Pflichten schwerste zu erfüllen: Zu bändigen den eignen Willen.*“ (Friedrich Schiller)

Anhang: Kreta-Diät (Gesundheitspolitische Schriften – Dr. Rudolf Kemmerich, 09.2018)

Nahrung ist Medizin. Diese Erkenntnis setzt sich immer mehr durch. Eine ausgewogene Mischkost mit viel buntem Gemüse, Obst, Fisch, Olivenöl und wenig rotem Fleisch fördert Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensdauer. Eine solche Ernährungsform wird als **Mittelmeerkost** oder **Kreta-Diät** bezeichnet. Sie geht auf die „Sieben-Länder-Studie“ von 1958 zurück, die den Zusammenhang von Ernährung und Gesundheit erforscht hat. Vorausgegangen war die Beobachtung, dass die Menschen auf Kreta ein besonders hohes Lebensalter erreichten und seltener als die Menschen in Nordeuropa unter Herz-Kreislauf-Krankheiten litten. „Daraus wurde geschlossen, dass das Essen rund ums Mittelmeer besonders gesund sein müsse.“¹⁴

Die Mittelmeerkost ist eine Mischkost, die auf die traditionelle Küche in Kreta zurückgeführt wird. „Der Schwerpunkt liegt dabei auf Gemüse, Salat, Obst, Fisch, Knoblauch, wenig rotem Fleisch, der Verwendung von Olivenöl sowie täglich maximal einem Glas Rotwein.“¹⁵

¹³ http://www.lag-avmb-bw.de/Aktuelle-Meldungen/13_LAG-Landeskonferenz-2018/Übergewicht-bei-Menschen-mit-geistiger-und-mehrfacher-Behinderung--R.-Kemmerich--LaKo-2018-.pdf

¹⁴ Hennies L., Mittelmeerdät, Vorteile, Nachteile und Rezepte. Chefkoch.de Newsletter, 03.06.2018

¹⁵ Wikipedia, Kreta-Diät, 23.08.2018

Inzwischen ist Kreta längst nicht mehr das Gesundheitsparadies wie vor 60 Jahren. Herzinfarkt und Schlaganfall haben zugenommen, die Lebenserwartung ist gesunken. Der Grund ist, dass die Kreter heute weniger Obst und Gemüse und mehr Fleisch als früher essen. Zudem wird gerne frittiert – und frittierte Lebensmittel enthalten reichlich fette Kalorien!

Wenn Sie 2018 eine Woche Kreta-Urlaub machen und hoffen, dabei 5 kg Gewicht zu verlieren, so werden Sie schwer enttäuscht sein. Wahrscheinlich bringen Sie nach dieser Woche sogar 2 kg mehr nach Hause!

Wenn wir von der gesunden Mittelmeerkost sprechen, müssen wir an die Zeit vor 1958 zurückdenken. Eine Mischkost in der Zusammensetzung jener Jahre wirkt lindernd und vorbeugend auf Depressionen, fördert die Denkfähigkeit, senkt das Risiko für Herz-Kreislauf-Krankheiten, Diabetes und Demenz und verhütet Krebserkrankungen – wie wissenschaftliche Studien nachgewiesen haben.

Fertigkost:

Umgekehrt werden alle diese Krankheiten durch verarbeitete Lebensmittel gefördert. Sie enthalten reichlich Konservierungsstoffe, Salz, Zucker und Fruktose. Sie steigern zumeist den Appetit und führen zum Fettansatz an Bauch, Hüften und Leber.

Für eine Studie, die 2017 im Magazin „BMC Medicine“ veröffentlicht wurde, wählten die Wissenschaftler Personen aus, die an einer Depression litten und überwiegend Fertigkost verzehrten. Die Versuchspersonen wurden in zwei Gruppen aufgeteilt. Die Teilnehmer der Gruppe 1 sollten so weiteressen wie bisher. Die Teilnehmer der Gruppe 2 wurden gebeten, viel Obst und Gemüse, Fisch, Vollkornprodukte, Nüsse und Olivenöl in ihren Speiseplan aufzunehmen. Sie sollten also ihre Ernährung auf Mittelmeerkost umstellen. Nach drei Monaten wurden die Teilnehmer beider Gruppen auf die Intensität ihrer depressiven Symptome überprüft. Die Personen aus der Gruppe 2 zeigten eine signifikante Minderung ihrer Krankheit. Bei den Personen aus der Gruppe 1 hatte sich nichts verändert.

Hirnleistung:

Eine Ernährung im mediterranen Stil verbessert die kognitive Leistungsfähigkeit. Nachgewiesen und veröffentlicht im Journal of Gerontology vom Mai 2018 wurde das in einer Studie mit Patienten, die einen Schlaganfall überlebt hatten. Bei diesen Patienten ist die Gefahr, an einer Demenz zu erkranken, doppelt so hoch wie beim Durchschnitt der Bevölkerung. Durch eine Ernährung mit viel Obst und Gemüse, Vollkornprodukten, Geflügel und Olivenöl und Verzicht auf Weißmehlgebäck, Süßigkeiten, Käse, Butter und Margarine konnte die Zahl der Demenzerkrankungen bei den Schlaganfallpatienten auf das Durchschnittsniveau abgesenkt, also halbiert werden.

Günstige Wirkungen:

Die günstigen Wirkungen der Mittelmeerkost werden auf ihren hohen Gehalt an einfach und mehrfach ungesättigten Fettsäuren zurückgeführt. Es sind das die Omega-3- und Omega-6-Fettsäuren. Seit langem ist bekannt, dass diese Fettsäuren das Risiko für Demenz herabsetzen und die Aufmerksamkeit sowie die kognitive Leistungsfähigkeit verbessern. Auch Fisch und Geflügel enthalten viele Omega-3- und -6-Fettsäuren sowie wertvolle Eiweißbausteine. Sie vermitteln eine langanhaltende Sättigung und sind Nährstoffe für die Muskulatur.

Grünes Gemüse und Beeren schützen die Nervenzellen vor Schaden und Verlust. Sie beugen damit Parkinson und Alzheimer vor.

Ballaststoffe fördern die Beweglichkeit und die Darmflora des Verdauungskanal. Sie verhindern damit zum Beispiel den Darmkrebs.

Um gesund und leistungsfähig zu bleiben ist es nicht genug, den Magen zufrieden zu stellen. Auch Gehirn, Muskeln, Knochen und Gelenke wollen gefüttert sein – Mittelmeerkost macht es möglich!

LAG AVMB BW e.V.

Geschäftsstelle Brunnenwiesen 27
70619 Stuttgart
T: 0711 473778
F: 0711 5087860
eMail: info@lag-avmb-bw.de
www.lag-avmb-bw.de

Vorstand:

Dr. Michael Buß (Vorsitzender)
eMail: mail@michael-buss.de
T: 07022 52289

Ute Krögler (Stv. Vorsitzende)
eMail: ute@kroegler.de
T: 07141 879723 (=Fax)

Renate Hofmann
eMail: hofmann.leinfeldten@googlemail.com
T: 0711 7545746

Peter A. Scherer
eMail: peasche@t-online.de
T: 0711 834439

Die Landesarbeitsgemeinschaft der Eltern, Angehörigen und gesetzlichen Betreuer von Menschen mit geistiger Behinderung in Baden-Württemberg ist ein eingetragener Verein von Angehörigen und Angehörigenvertretungen (Beiräten von Eltern, Angehörigen und gesetzlichen Betreuern) in der Behindertenhilfe Baden-Württembergs. Sie gibt den Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung sowie den gemeinsamen Anliegen ihrer Eltern, Angehörigen und gesetzlichen Betreuer mehr Gewicht und Stimme.

LAG AVMB BW e.V. ist Mitglied folgender Dachverbände:

Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Baden-Württemberg e.V.
(LAG Selbsthilfe BW),
Bundesverband von Angehörigen- und Betreuerbeiräten in Werkstätten und Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung (BKEW)
und über den BKEW an der BAGuAV
(Bundesarbeitsgemeinschaft unabhängiger Angehörigenvertretungen).

LAG AVMB BW e.V. ist als gemeinnütziger Verband nach dem Freistellungsbescheid des Finanzamts Stuttgart AZ 99059/ 26779 SG: IV/ 42 von der Körperschaftsteuer und von der Gewerbesteuer befreit.

Spendenkonto der LAG AVMB BW e.V.:

Konto-Nr. 12958201, BLZ 600 908 00
Sparda-Bank Baden-Württemberg
SEPA: DE84600908000012958201,
BIC: GENODEF1S02