



*Pflege
von Menschen
mit Behinderungen
im Alter*

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

*Pflege von Menschen
mit Behinderungen
im Alter*

-Beiträge zur Meinungsbildung-

LWL-Workshop

1. März 2007
LWL-Klinik Dortmund

Impressum

Veranstalter und Herausgeber:

Landschaftsverband Westfalen-Lippe

LWL-Abt. für Krankenhäuser und
Gesundheitswesen

LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

Dezernentin Helga Schuhmann-Wessolek

Redaktion: Margarete Weber

Layout: LWL-Print- und Postcenter

Fotos: LWL

Münster, August 2007

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	4
 I. Vorträge	
Begrüßung und Einführung	5
<i>Klaus Stahl</i> Diplom-Sozialwissenschaftler, LWL-Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen, LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen <i>Dr. med. Eckhard Gollmer</i> Moderation, Stadt Münster, Sozialpsychiatrischer Dienst, Psychiatriekoordination	
Psychisch behindert und pflegebedürftig- was nun?	6
<i>Monika Niehoff-Uster</i> Dipl. Pädagogin, Sozialtherapeutin, Dozentin am Berufskolleg für Heilerziehungspflege der St. Vincenz Gesellschaft Ahlen	
Alternde und alte Menschen mit einer geistigen Behinderung	12
Eine Herausforderung für Einrichtungen der Behindertenhilfe	
<i>Olaf Sollbach</i> Dipl. Heilpädagoge, Fachleiter Wohnstätten Welper, Sozialwerk St. Georg e.V.	
Pflege alter Menschen mit einer geistigen Behinderung	15
Der pflegewissenschaftliche Beitrag	
<i>André Fringer</i> Master of Science in Nursing, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenaher Pflege des Institutes für Pflegewissenschaft der Universität Witten-Herdecke	
Behinderung, Altern und zunehmende Pflegebedürftigkeit als Herausforderung	
für Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen	24
<i>Bernhard Fleer</i> Dipl. Pflegewirt, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS), Fachgebiet pflegerische Versorgung	
 II. Ergebnisse der Arbeitsgruppen	
Mögliche Organisationsformen zur Versorgung von Pflegebedürftigen Menschen	
mit Behinderungen im Alter	32
<i>Klaus Stahl</i> <i>Mararete Weber</i> Dipl.-Verw.-Wirtin, LWL-Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen, LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen	

Vorwort

Die demographische Entwicklung macht auch bei Menschen mit Behinderungen keine Ausnahme. Glücklicherweise unterscheidet sich deren Lebenserwartung heute nicht mehr signifikant von der der übrigen Bevölkerung. Verbunden mit dem Prozess des Älterwerdens ist jedoch oftmals auch die zunehmende Pflegebedürftigkeit. Ein erheblicher Anteil der Menschen, die in den Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, ist bereits heute pflegebedürftig. Während von pädagogischer Seite die damit verbundenen Herausforderungen an das Hilfesystem schon seit einiger Zeit diskutiert werden, hat sich die Pflege dieses Themas bisher noch nicht angenommen.

Mit dem Workshop am 01.03.07 hat der LWL dieses aktuelle Praxisthema der bedarfsgerechten Pflege von Menschen mit Behinderungen aufgegriffen mit dem Ziel, Perspektiven für zukünftige Versorgungsstrukturen zu entwickeln.

Nachdem Vormittags unterschiedliche Sichtweisen aus der Perspektive der Pädagogik und der Eingliederungshilfe in Vorträgen vermittelt wurden,

schloss sich am Nachmittag eine lebhafte Diskussion zu möglichen Organisationsformen zur Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen im Alter in zwei Arbeitsgruppen an.

Dabei wurden Fragen der Anforderungen an geeignete Settings zur Betreuung und Pflege älterer geistig, psychisch und suchtkrank behinderter Menschen aus unterschiedlichen fachlichen Blickwinkeln beantwortet.

Wir hoffen, dass die vielfältigen Diskussionsbeiträge dazu dienen können, die Pflegeangebote für Menschen mit Behinderungen bedarfsgerecht weiterzuentwickeln.



Helga Schuhmann-Wessolek
Landesrätin
LWL-Krankenhausdezernentin

Begrüßung und Einführung

Klaus Stahl

Diplom-Sozialwissenschaftler, LWL-Abteilung für Krankenhäuser und Gesundheitswesen,
LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

Im Namen des LWL-PsychiatrieVerbundes Westfalen begrüße ich Sie in der LWL-Klinik Dortmund.

Die Ankündigung der Fachtagung hatte mit über 150 Anmeldungen eine sehr gute Resonanz. Wegen der begrenzten Raumkapazitäten konnten jedoch nur jeweils ein/eine Verbands- oder Einrichtungsvertreter/in eingeladen werden.

Mit der Veranstaltung möchte der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen einen konkreten Beitrag zur Diskussion der Frage liefern, welche realistischen Möglichkeiten es gibt, dem in den nächsten Jahren steigenden Bedarf an pflegerischer Versorgung für behinderte Menschen im Alter nachzukommen. Hier ist versorgungspolitische Vorsorge zu treffen, um nicht Gefahr zu laufen, schlechte Ad-hoc-Lösungen finden zu müssen, wenn die Bedarfssituation sich zuspitzt.

Der Veranstalter möchte mit diesem Diskussionsangebot nicht dazu beitragen, die auch im Behindertenbereich „älter werdende Gesellschaft“ als Bedrohungsszenario zu begreifen. Im Gegenteil, wir sollten stolz darauf sein, dass der gesellschaftliche Fortschritt ein höheres Alter auch für behinderte Menschen möglich macht.

Der Zugang dieser Fachtagung zur Fragestellung soll ein praxisnaher sein. Die Arbeitserfahrungen der Teilnehmer/innen sollen zum Ausgangspunkt versorgungspolitischer Entwürfe gemacht werden.

Mit Dank an die Referenten/innen wünsche ich uns einen konstruktiven Dialog.

Psychisch behindert und pflegebedürftig – was nun?

Ein Erfahrungsbericht

Monika Niehoff-Uster

Diplom-Pädagogin, Sozialtherapeutin und Dozentin am Berufskolleg für Heilerziehungspflege der St. Vincenz-Gesellschaft mbH in Ahlen

Gliederung

1. Vorspann
2. Überlegungen zur Tagesstruktur anhand der Seniorenabteilung des Stift Tilbeck
3. Überlegungen zu Wohnkonzepten für psychisch beeinträchtigte Menschen mit Pflegebedürftigkeit anhand der Pflegeabteilung des St. Josephheims Neubeckum
4. Überlegungen zu besonderen Problemfeldern bestimmter Personenkreise
 - Über Fünfundsechzigjährige
 - Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige
 - Ältere behinderte Menschen in den Versorgungsstrukturen der ambulanten Dienste
5. Resümee

1. Vorspann

Sehr geehrter Herr Stahl,
sehr geehrter Herr Dr. Gollmer,
sehr geehrte Damen und Herren

Zunächst einmal möchte ich mich für die freundliche Begrüßung und für ihre Einladung zu dem Thema psychisch behindert und Pflegebedürftigkeit referieren zu dürfen, bedanken.

Dieses Thema, das mich seit Anbeginn meiner beruflichen Tätigkeit im Rahmen der Behindertenhilfe begleitet und beschäftigt, hat von seiner Aktualität nichts verloren. Im Gegenteil, es wird uns nach meinem Dafürhalten in den kommenden Jahren noch weitaus mehr beschäftigen

als wie bisher, und wir alle, Fachleute vor Ort in den Heimen und ambulanten Diensten, aber auch bei den Kosten- und Leistungsträgern aber auch in den Ausbildungsstätten, tun gut daran, uns intensiv mit den Fragestellungen zu befassen.

Dieses zu unterlassen, wäre aus Sicht der Leistungsanbieter unternehmerischer Leichtsinns, denn wie allgemein in der Gesellschaft nimmt auch unter den behinderten Menschen der Anteil der Pflegebedürftigen und Hochbetagten zu, im Verhältnis zur allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklung sogar überproportional. Die Gründe hierfür sind vielfältig. Ich setze sie als allgemein bekannt voraus, da es den Rahmen meines Vortrages sprengen würde, hier jetzt differenzierter darauf einzugehen.

Wir brauchen in naher Zukunft dem speziellen Hilfebedarf dieses Personenkreises angepasste flexible Betreuungskonzepte und Organisationsstrukturen, und ich hoffe mit meinem Vortrag einen kleinen Beitrag zur begonnenen Diskussion beitragen zu können.

Im Fokus der Diskussion in der Fachöffentlichkeit haben bislang aber eher immer Menschen mit einer geistigen Behinderung gestanden, weniger die mit einer psychischen Beeinträchtigung. Dies gilt erst recht für die Menschen, die aufgrund eines oft jahrelangen Drogen- und Alkoholmissbrauches in unseren Behinderteneinrichtungen leben.

Ich möchte mich von daher besonders diesen beiden Personengruppen zuwenden.

Da meine Überlegungen und Fragestellungen, die ich Ihnen jetzt unterbreiten möchte, Ausdruck von Erfahrungen und Diskussionen vor Ort sind und weniger das Ergebnis theoretischer Auseinandersetzung mit dem Thema, gestatten Sie mir einen Rückblick auf meinen beruflichen Werdegang in der Behindertenhilfe, immer Bezug nehmend auf unsere Fragestellung.

2. Überlegungen zur Tagesstruktur

1991 nahm ich meine Tätigkeit als Pädagogin im Stift Tilbeck auf. Dabei handelt es sich um eine der sogenannten Komplexeinrichtungen mit einer über hundertjährigen Tradition in der Behindertenhilfe, und mit über 450 Bewohnerinnen und Bewohnern sowohl mit geistiger als auch psychischen Behinderungen einer der großen Anbieter im Münsterland. Mein Bild von behinderten Menschen entsprach zu diesem Zeitpunkt dem eher allgemein üblichen „Aktion-Sorgenkind“ – Behinderten.

Geistig behindert mit einem Down-Syndrom, im Wohnheim lebend und die Werkstatt besuchend. Daneben hatte ich noch eine Vorstellung von Schwerst-Mehrfach-Behinderten, die nicht in der Lage waren, eine Werkstatt zu besuchen, aber auch alle jünger waren und an heilpädagogischen Maßnahmen teilnahmen.

Auf ältere Menschen, ja sogar Hochbetagte, mit psychischen Behinderungen oder auch geistig behindert und eben nicht mehr in der Werkstatt, war ich nicht eingestellt.

Genau mit diesem Personenkreis bekam ich es aber auch im Rahmen meiner Tätigkeit zu tun. Meine Kollegen und ich stellten rasch fest, dass man im Stift, bei all seiner Komplexität, der Ausgefeiltheit seines Betreuungsangebotes, für diese Menschen offenbar kein adäquates Angebot in der Tagesstruktur vorhielt. Auf das Älterwerden ihrer Bewohnerschaft im größeren Maßstab mit den entsprechenden Konsequenzen war man nicht eingerichtet. So gerieten die Wohngruppen die auf einmal eine Seniorin tagsüber auf der Gruppe zu betreuen hatte, in Nöte, weil man konzeptionell und das hieß oft auch personell, gar nicht auf eine ständige Besetzung eingerichtet war. Es tauchten aber auch bei zunehmender Pflegebedürftigkeit Probleme auf, die gelöst werden mussten: Anfängen von unzureichenden räumlichen Strukturen bis hin zu nicht ausreichenden Kenntnissen des Alterungsprozesses bis hin zu ungenügenden Kenntnissen fachgerechter Grund- und Behandlungspflege.

Wir im Freizeitbereich waren mit der Tatsache konfrontiert, dass unser Angebot ebenfalls eher auf die Bedürfnisse der jüngeren noch im Arbeitsleben stehenden BewohnerInnen ausgerichtet war. Und das hieß, werktags begannen unsere Angebote nicht vor 18.00 Uhr, und an den Wochenenden standen große Ausflüge, Diskos und Tanzveranstaltungen auf dem Programm. Damit trafen wir die Bedürfnisse der Jüngeren

nach Ausgleich und Bewegung und Action, weniger aber die der älteren und pflegebedürftigeren. Die intensive Auseinandersetzung mit der Thematik führte letztendlich zur Schaffung eines eigenen Seniorenbereiches als tagesstrukturierende Maßnahme zu den werkstattüblichen Zeiten.

Aber auch hier mussten wir uns zunächst einmal mit der Erkenntnis auseinandersetzen, dass es – genauso wenig wie es den Menschen mit Behinderung gibt, nicht den Menschen mit Behinderung im Alter und erst recht nicht auch noch mit Pflegebedürftigkeit gibt. Unsere Palette musste von daher ganz unterschiedliche Angebote hinsichtlich Mobilität, Belastbarkeit, Alterungsprozess, Berücksichtigung spezifischer pflegerischer Handgriffe und Abläufe, Ermüdbarkeit etc. beinhalten. Biographiearbeit, Kenntnisse alten Liedgutes und alter Traditionen, z.B. auch alter Kochrezepte, Gedächtnistraining, etc waren auf einmal ebenso gefordert wie die Kenntnis um Michael Jacksons neuesten Hit.

Junge Kollegen, dem Alter eher der Enkel-Generation näher stehend, mußten sich mit einer Lebenswelt auseinandersetzen, die sie selber z.T. nur noch über das Hörensagen der eigenen Groß- oder Urgroßeltern kennengelernt hatten. Dazu gehörte auch die Auseinandersetzung mit einem Norm- und Wertegefüge, das in vielen Punkten nicht mehr dem ihren entsprach. So erinnere ich mich beispielsweise an eine lange heftige Auseinandersetzung zwischen einer Kollegin und einer Bewohnerin über das Tragen von Strumpfhosen. Von der jungen Kollegin wegen Bequemlichkeit sehr favorisiert, von der Bewohnerin heftigst abgelehnt, die aus Gewohnheit nicht von ihren Strümpfen, vor allem aber nicht von ihrem Hüfthalter lassen mochte.

Und wir mussten die Auseinandersetzung mit den Kollegen führen, dass das Vorhalten einer eigenen Tagesstruktur für Senioren nun kein nahtloser Ersatz für Werkstatttätigkeit und damit auch Versorgtsein bedeutete, sondern dass Freiwilligkeit an der Teilnahme ein Grundsatz unserer Arbeit war, und zum anderen Senioren auch ein Recht auf: Ich will meine Ruhe, ich möchte zuhause bleiben, “ haben. Das Thema „Wohnsituation“ bedurfte anderer Lösungen.

Genauso wie mit dem Ausscheiden eines nicht-behinderten Menschen aus dem Berufsleben seine Lebenswelt und seine Lebensqualität sich verändern, so gilt dies generell auch für alle behinderten Menschen nach Ausscheiden aus der Werkstatt. Eintretende Pflegebedürftigkeit ist dabei nur ein spezieller Aspekt.

3. Überlegungen zu Wohnkonzepten

Vor zehn Jahren, also 1997, wechselte ich dann zu meinem jetzigen Träger, der Caritas-Trägergesellschaft Nord im Kreis Warendorf, seit 2006 umbenannt in St. Vincenz-Gesellschaft. Träger der St. Vincenz-Gesellschaft sind wiederum die St. Mauritz-Franziskanerinnen.

Die St. Vincenz-Gesellschaft unterhält ein Krankenhaus, ein Alten- und Pflegeheim, eine Krankenpflege- und Hebammenschule, sowie das Berufskolleg für Heilerziehungspflege, für das ich seit Oktober tätig bin, sowie drei große stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe und ambulante Dienste (FUD und Bewo). Insgesamt werden 455 Menschen unterschiedlichen Behinderungsformen und Grade betreut. Zu dem Angebot gehören eben auch zwei Pflegeabteilungen, speziell für Menschen mit Behinderungen mit derzeit 87 Plätzen sowie auch eine spezielle Abteilung für chronisch mehrfach geschädigte Abhängige.

1997, übernahm ich zunächst einmal die Leitung des St. Josephheimes in Neubeckum, später dann die Gesamtleitung der Behindertenhilfe. Zu dem Zeitpunkt liefen gerade die Verhandlungen mit dem Lwl über die Umwandlung von 47 Plätzen aus der Eingliederungshilfe in eine SGB XI Abteilung.

April 98 wurde sie dann in Betrieb genommen. Ich gebe gerne zu, dass ich als überzeugte Pädagogin zu Anfang mit der Entscheidung meines Trägers gar nicht glücklich war. Die Diskussionen darüber, wann endet Eingliederungshilfe, wann beginnt Pflege, das Denken in Schablonen von entweder- oder, hat damals und zum Teil heute noch viele Diskussionen bestimmt. Heute bin ich dankbar für den Weg, den wir gegangen sind. Anderen Falls wäre es ja auch nicht zur Eröffnung der zweiten Pflegeabteilung im St. Vincenz am Stadtpark gekommen. Ich möchte aber betonen, dass ich dabei die Schaffung einer speziellen Abteilung nur als einen gangbaren Weg ansehe, der sich bei meinem Träger aufgrund seiner Struktur und seiner Funktionssysteme anbot.

1998 jedenfalls fand ich eine bunt gemischte Abteilung vor, bei der ich den Eindruck hatte, dass die Zuweisung der Bewohner in erster Linie sich an zwei Kriterien ausgerichtet hatte: nach Lebensalter und /oder Schweregrad an Pflegebedürftigkeit. Eine meiner ersten Aufgaben bestand darin, hier zunächst einmal eine Differenzierung vorzunehmen.

Die räumlichen Strukturen - vier Wohngruppen á 12 bzw. 13 Bewohner gaben uns hierbei die äußere Form vor.

Eine Wohngruppe - aus geistig behinderten Menschen bestehend, kann ich hier in unserem Zusammenhang jetzt in der Darstellung einmal vernachlässigen.

Aber auch die Gruppe der psychisch behinderten Menschen, die den weitaus größeren Teil stellten, war in sich sehr unterschiedlich, so dass drei Gruppen mit unterschiedlichen Konzepten und Schwerpunkten entstanden und bis heute bestehen.

Die erste Gruppe setzte sich zusammen aus Bewohnern in höherem und hohem Lebensalter mit hohem Pflegebedarf. Anders als bei Menschen mit geistiger Behinderung ist das Erreichen der Lebensspanne 80 bis 100 bei psychisch behinderten trotz langjähriger chronischer Erkrankung keine Seltenheit. Es liegt in der Natur der Sache, dass das Risiko, im hohen Lebensalter auch pflegebedürftig im Sinne des SGB XI zu werden, steigt. In dieser Gruppe überlagert die Pflegebedürftigkeit den Hilfebedarf, der sich aus der Primärbehinderung ergibt.

Die zweite Gruppe bestand aus vorwiegend noch mobileren psychisch kranken Bewohnern, und ich spreche jetzt bewusst von krank. Hier hatten wir es mit einem Phänomen zu tun, dass sich im Laufe der zehn Jahre eigentlich immer wieder bestätigt hat.

In der vorwiegend aus psychisch behinderten Menschen bestehenden Bewohnerschaft der Einrichtung St. Joseph machten wir die Erfahrung, dass anders als bei Nicht-Behinderten, bei denen das Eintrittsalter von Pflegebedürftigkeit und Einzug ins Heim bei 85sten Lebensjahr durchschnittlich liegt, dass bei unseren Bewohnern mit Anfang bis Mitte 70 ein Abbauprozess eintrat, der einen Verbleib in den Außenwohngruppen kaum erlaubte. Offenbar besteht ein Zusammenhang zwischen langjährigem Psychopharmakakonsum einerseits und eintretender Herz-Kreislaufsymptomatik, Inkontinenz und zunehmender Sturzgefährdung andererseits. Vor allen die Herz-Kreislaufsymptomatik hatte zur Folge, daß die Psychopharmaka deutlich reduziert werden mussten. Dies hatte wiederum zur Folge, dass die untergründig ja immer vorhanden gewesene akute psychische Symptomatik wieder zum Vorschein kam. Dieser hieß es jetzt mit anderen Mitteln und Konzepten zu begegnen. Hier nimmt die psychiatrische Pflege, der pädagogisch fachliche Umgang mit der psychiatrischen Symptomatik sicherlich einen genauso hohen Stellenwert ein wie klassisch pflegerische Aufgaben der somatischen Pflege.

Unter anderem bedeutete dies hohe Fachlichkeit

der Mitarbeiter, Schulungen und Weiterbildung in der Thematik psychische Erkrankung, Vorhalten tagesstrukturierender Angebote, enge Begleitung durch Supervisoren und Ärzte.

Die dritte Gruppe bildete sich im Laufe der Zeit zu einer Gruppe für Personen jüngeren Alters aus, die aufgrund zumeist exogen verursachter hirnorganischer Beeinträchtigungen auf stationäre Hilfe angewiesen waren. Also, z.B. Motorradfahrer nach schwerem Unfall, Berufsunfallopfer, aber auch Sechzigjährige nach Schlaganfall, Herzinfarkt und Zustand nach Reanimation, oder auch Menschen nach einem mißglückten Selbstmordversuch, Querschnittsgelähmte im Rollstuhl etc. Die Altersspanne reichte hier von Mitte 20 bis Mitte 60.

Während wir zu Beginn unserer Inbetriebnahme vom Klientel her ja zunächst auf unsere eigene Bewohnerschaft und auf die der nahe umliegenden Häuser eingestellt waren, sprach sich das Vorhandensein unserer Abteilung gerade für die jüngeren massiv pflegebedürftigen herum. Z. T. als austherapiert geltend, waren sie, weil auf stationäre Hilfe angewiesen in übliche Einrichtungen der Altenhilfe gezogen. Über Folgen und Konsequenzen brauche ich hier nicht zu sprechen. Allein das Zusammenleben mit Menschen, die sich in einer vergleichbaren Lebenssituation befanden und in einem vergleichbaren Alter waren, löste bei etlichen einen Motivationsschub und eine Ressourcenentwicklung aus, die es uns ermöglichte, einen erheblichen Anteil von ihnen in die WFB einzugliedern. Unterstützt wurde dies durch ein stark rehabilitativ ausgerichtetes Konzept, durch ein enges Zusammenwirken eines multiprofessionellen Teams, verstärkt durch intensiven Einsatz über Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie auch von außen, und durch das Nutzen der Möglichkeiten die uns unser Träger einfach aufgrund seiner Vielfalt bot. Damit aber begann die große Konfusion bei den Kostenträgern. Pflegebedürftig, in einer SGB XI-Abteilung lebend, z. T. Leistung der Pflegeversicherung beziehend, und dann WFB- Tätigkeit, also eigentlich ein Fall der Eingliederungshilfe, das ging nicht!!

Letztendlich führte diese aus Sicht der Kostenträger unhaltbare Situation dazu, dass wir diese Bewohner, deren Eingliederung in die WFB dauerhaft gelang, dann wieder in den Eingliederungsbereich überführen konnten. Nicht in jedem Fall gelingt es, es gibt auch Rückschläge, aber dann ist ein Verbleib in einer Wohngruppe der Pflege, die altershomogen ist und deren Bewohner lebensgeschichtlich ähnliche Erfahrungen haben,

immer noch förderlicher als ein Verbleib in der klassischen Altenhilfe.

Kehrseite der Medaille- und damit wird ein anderes Problem sichtbar, das aus dem Nebeneinander zweier Hilfearten entsteht, dass ein Bewohner, der Anspruch auf Leistung nach dem Pflegeversicherungsgesetz hat und nun wieder in den Bereich der Eingliederungshilfe wechselt, diesen Anspruch bis auf eine im Verhältnis geringe Pauschale verliert. Ich erinnere mich an einen Fall, wo aus nachvollziehbaren ökonomischen Gründen ein Achtundzwanzigjähriger zurück wechselte in eine Einrichtung der Altenhilfe.

4. Überlegungen zu speziellen Gruppen

Über fünfundsechzigjährige

Wie an anderer Stelle schon erwähnt, waren wir zu Beginn unserer Betriebsaufnahme eher auf unsere eigene Bewohnerschaft oder auf pflegebedürftige Bewohner anderer Behinderteneinrichtungen eingestimmt. Nun kamen aber auch Anfragen auf uns zu, die wir gar nicht im Blickfeld hatten. Ich spreche von dem Menschen im höheren Lebensalter, also die über fünfundsechzigjährigen, die entweder zu den psychisch Späterkrankten zählten oder die sich im Laufe ihres Lebens mittels Angehöriger und anderer Hilfen alleine helfen konnten. Der Hilfebedarf bestand eigentlich eher in dem krankheitsbedingten hohen dauerhaften Aufsichtsbedarf, weniger in der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI. Eine Aufnahme und Betreuung im Sinne der Eingliederungshilfe hätte im Individualfall durchaus seine Berechtigung. Jeder, der aus der Praxis stammt, weiß aber, wie schwierig es inzwischen für über fünfundsechzigjährige es ist, Eingliederungshilfe zu erhalten. Jeder Praktiker weiß auch, wie mühselig Gespräche mit den unterschiedlichsten Sozialhilfeträgern geworden sind, seitdem der LWL sich als Kostenträger für diese Altersgruppe zurückgezogen hat. Im Gegenteil, ich befürchte, dass trotz anders lautender Postulate die Kopplung der Eingliederungshilfe an das Lebensalter noch längst nicht vom Tisch ist.

Andererseits fiel es den Betroffenen, also den Erkrankten, ihren Angehörigen und manchmal auch ihren Betreuern, leichter, einer Aufnahme in einer speziellen Pflegeeinrichtung zuzustimmen denn einer Aufnahme in einer Behinderteneinrichtung. Gerade Späterkrankten fällt es oft leichter, sich als pflegebedürftig zu akzeptieren, nicht aber die psychische Erkrankung im Sinne einer Behinderung als Teil des eigenen zukünftigen Lebens.

Überlegungen zu chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen

Wenden wir uns nun einer vermeintlich kleinen, ganz speziellen Gruppe zu. Ich meine die Menschen mit chronischen Suchterkrankungen. Dieser Personenkreis nimmt in der allgemeinen Diskussion in der Behindertenhilfe bislang wenig Raum ein. Zahlenmäßig ist er nach meinem Wissen bisher auch nicht sehr stark vertreten.

Chronisch Alkoholranke tauchen bislang in den Statistiken bisher oft aber auch als psychisch krank auf oder sie werden auf Grund ihrer Multimorbidität in den Einrichtungen der Altenhilfe mit versorgt. Aber auch dies ist ein Personenkreis, der in Zukunft uns weitaus stärker beschäftigen wird als bisher. Dafür sprechen zum einen das immer jünger werdende Eintrittsalter in den Alkohol- und Drogenkonsum; somit sinkt auch das Altersdurchschnitt, wo körperliche und vor allem Hirnleistungsschäden manifest werden, und wir bekommen es zu tun mit Konsumenten illegaler Drogen, die so langsam ins Rentenalter kommen. Unter Fachleuten ist der Begriff „Amsterdam-Rückkehrer“ durchaus nicht fremd. Ich erwarte zwar keinen dramatischen Ansturm, aber auch hier müssen wir uns rüsten und Antworten parat haben.

Ebenso wächst der Anteil chronisch alkoholabhängiger Menschen. Das Eintrittsalter in die Alkoholikerkarrieren sinkt. Einmal unterstellt, daß es ca. dreißig Jahre braucht, bis ständiger massiver Alkoholmißbrauch zu massiven irreparablen Folgeschäden führt, ist die Prognose zulässig, daß wir es in zehn bis zwanzig Jahren mit einem deutlich wachsenden Anteil vierzig bis sechzigjähriger Alkoholgeschädigter zu tun bekommen, und zwar ebenso Männer wie Frauen.

Chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige (CMA), so der Terminus technicus, stellt die betreuenden Einrichtungen, insbesondere aber die klassische Altenhilfe, derzeit vor große Schwierigkeiten. Gerade letztere sind in ihren Angebotsstrukturen auf eher alterstypische Veränderungen und Morbiditäten ausgerichtet und nicht so sehr auf die an der Suchterkrankung orientierten betreuenden Erfordernisse eines eher jüngeren, chronisch mehrfach beeinträchtigten Klientel. Problematische Verhaltensweisen wie nach wie vor bestehender Suchtdruck, Unfähigkeit und Unwille zur Abstinenz, nicht kooperatives und aggressives Verhalten, sozial unangepasste Verhaltensweisen und das alles gepaart mit einer im vergleich großen körperlichen Mobilität stellen Mitarbeiter aber auch Mitbewohner einer klassischen Altenhilfeeinrichtung vor große Probleme.

Gleichzeitig stellt diese Klientel aufgrund der durch den massiven Alkoholkonsum verursachten multiplen Organschäden hohe Anforderungen an die pflegerische Kompetenz.

Ältere behinderte Menschen in den Versorgungsstrukturen der ambulanten Dienste

Es kommt aber noch eine weitere Gruppe von „Rückkehrern“ auf uns zu: und jetzt mache ich auf ein Problem aufmerksam, das zu einem Zeitpunkt, bei dem die Ambulantisierung und das persönliche Budget mit seinen Möglichkeiten das Denken in Öffentlichkeit und Politik bestimmt, nicht gerade im Vordergrund der Diskussion steht. Ich spreche von den Rückkehrern aus dem Bewo in stationäre oder teilstationäre Angebote der Behinderten- und Altenhilfe. Auch das Ambulante Netz stößt mit seinen bisherigen Versorgungsstrukturen an seine Grenzen. Hier ist es zurzeit weniger die Frage einsetzender Pflegebedürftigkeit, die mit ambulanten Pflegediensten aufgefangen werden kann, sondern zunehmend die Frage nach der Tagesstruktur bei Ausscheiden aus der WfbM oder dem Arbeitsleben. Hier bedarf es konzeptioneller und flächendeckender Lösungen.

Aber auch hier gilt, wie allgemein gesellschaftlich diskutiert brauchen auch wir in der Behindertenhilfe Diskussionen und alternative Wohnkonzepte im Alter. Spezielle Abteilungen sind nur ein Teil der Antwort.

5. Resümee

Lassen Sie mich nun zum Schluß meines Vortrages versuchen, die Praxisschilderungen zu einigen Aussagen zusammenzufassen und Thesen für die spätere Diskussion zu formulieren.

- Behinderte Menschen werden, wie die Gesamtbevölkerung immer älter. Der Anteil der über fünfundsechzigjährigen wächst dabei stetig.
- Alle Behinderteneinrichtungen werden sich zukünftig dieser Thematik stellen müssen.
- Im Fokus der Fachöffentlichkeit stehen in Hinblick auf unser Thema derzeit eher noch Menschen mit einer geistigen Behinderung. Es ist höchste Zeit, sich den speziellen Fragestellungen der psychisch behinderten Menschen verstärkt zuzuwenden.

- Gemessen an der Prognose der sich verändernden Altersstruktur und des sich daraus ableitenden Hilfebedarfs ihrer Klientel müssen die Einrichtungen und ihre Träger Antworten finden auf Fragen
- ihrer räumlich-sachlichen Ausstattung
- der Alltagsgestaltung ihrer in Ruhestand gehenden bzw. befindlichen Bewohner (Fragen der Altersteilzeit, Vorruhestandsregelung, Tagesstruktur, Freizeitangebote etc.)
- der Anpassung der Qualifikation des Betreuungspersonals an den sich wandelnden Hilfebedarf
- des Einsatzes multiprofessioneller Teams sowohl in den Systemen der Altenhilfe und der Eingliederungshilfe und der gegenseitigen Akzeptanz als Fachkraft
- Schaffung der gesetzlichen Voraussetzungen dafür
- Vernetzung von Angeboten der Altenhilfe und der Behindertenhilfe
- Kooperation beider Hilfesysteme
- Durchlässigkeit beider Hilfesysteme

Altwerden und pflegebedürftig sein, ist bei behinderten Menschen, wie bei nicht behinderten, nicht identisch.

Der Alterungsprozeß verläuft individuell, und wir sind gefordert, für die Menschen, die sich uns anvertrauen, passende Antworten und Lösungen zu finden. Ich hoffe ich kann ein wenig dazu beitragen.

Ich danke für ihre Geduld.

Alternde und alte Menschen mit einer geistigen Behinderung

Eine Herausforderung für Einrichtungen der Behindertenhilfe

Olaf Sollbach

Sozialwerk St. Georg
Dipl. Heilpädagoge u. Fachleiter
Dortmund, 01.03.2007



Gliederung des Vortrags

1. Kurze Vorstellung der Einrichtung Wohnstätten Welper
2. Das Phänomen des Alterns aus verschiedenen Perspektiven
3. Darstellung der Herausforderungen
4. Kernaussagen
5. Leitideen
6. Ausgewählte Handlungsfelder
 - Gestaltung der nachberuflichen Phase
 - Das Versprechen vom lebenslangen Wohnrecht
 - Eingliederungshilfe versus Pflege- zwei Königskinder-
 - Bedeutung der individuellen Betreuungsplanung
 - Möglichkeit einer sinnvollen Beschäftigung in der Tagesstätte

1. Vorstellung der Einrichtung

1. Die Wohnstätten Welper
 - Gemeindeintegrierte Einrichtung der Eingliederungshilfe für insg. 65 Menschen mit einer geistigen Behinderung
 - Unterschiedliche Wohnformen (Wohngruppen für 6- 9 Personen, Appartements, Außenwohngruppen)
 - Angebot einer Wohngruppe für Personen mit einem erhöhten Pflegebedarf
 - Ausbildung der Mitarbeiterinnen (Altenpflegerinnen, Erzieherin, Ergänzungskräfte)
 - Tagsstrukturierenden Angebote - Kurzvorstellung

2. Das Phänomen des Alterns aus verschiedenen Perspektiven

- 2.1 *Das Altern aus der Sicht der ... Menschen mit einer geistigen Behinderung*
 - Eigene Wahrnehmung von Alterungsprozessen
 - Auseinanderklaffen von biologischem Alter und sozialer Alterseinschätzung
 - Wohn- und Betreuungserfahrungen als prägende biografische Ereignisse
 - Versorgung u. Verwahrung bis in die 80-er Jahre
 - Menschen mit geistiger Behinderung als scheinbar „zeitlose Wesen“
 - Ansprache von Klienten
 - Prägung des Selbstbildes durch den Abgleich von Selbst- und Fremdbild
 - Individuelles Betreuungssetting
 - Außenkontakte werden nach Möglichkeit aufrecht erhalten
 - Einsatz von ehrenamtlichen Kräften, bzw. Honorarkräften
 - Erschwerte soziale Teilhabe bei hoher Pflegebedürftigkeit
- 2.2 *Das Altern aus der Sicht ... der MitarbeiterInnen*
 - MitarbeiterInnen erleben sich im Umgang mit alternden Menschen oft als nicht ausreichend qualifiziert
 - Oftmals hat die Arbeit mit diesem Klientel kein hohes Prestige
 - Schwierigkeiten im Umgang mit Kompetenzabbau und Stagnation von Entwicklung
 - MitarbeiterInnen müssen sich mit Tod und Sterbebegleitung auseinandersetzen

2.3. Das Altern aus der Sicht der ... Institutionen

- Das Altern der Menschen als konzeptionelle und personelle Herausforderung
- Wie können MitarbeiterInnen sinnvoll qualifiziert werden

3. Auf folgende „Herausforderungen“ müssen Antworten gefunden werden

- Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe haben den Personaleinsatz darauf ausgerichtet, dass die Personen die WfbM besuchen.
- Was geschieht mit der Mehrzahl an behinderten Personen, die bei den Eltern wohnen?
- Wie müssen tagesstrukturierende Angebote gestaltet werden?
- Wann stellt sich die Frage nach der Abgrenzung der Behindertenhilfe zur Altenhilfe (Teilhabe versus Pflege); Wer trifft die Entscheidung?
- Wie können ambulante Hilfen ausgebaut werden, so dass eine stationäre Aufnahme nicht, bzw. zu einem späteren Zeitpunkt notwendig ist?
- Wie gehen Einrichtungen damit um, wenn sie sich schrittweise zu Pflegeheimen entwickeln?
- Wie werden MitarbeiterInnen für dieses Arbeitsfeld fortgebildet?
- Welche Lebensräume kommen den Bedürfnissen dieser Personengruppe entgegen?
- Entsprechen die baulichen Gegebenheiten den Bedürfnissen dieser Personengruppe?
- Nach welchen Kriterien sollen Wohngruppen zusammengesetzt werden? Homogen versus heterogen

4. Kernaussagen

- Lebenserwartung von Menschen nähert sich der Gesamtbevölkerung an
- Fehlende statistische Daten in Deutschland mit der Folge, dass bedarfsgerechte Angebote nicht entwickelt werden können
- „Es gibt nicht den alternden geistig behinderten Menschen“
- Unterscheidung zwischen angeborener und im Erwachsenenalter erworbener Behinderung
- Starre Altersgrenzen sind wenig sinnvoll

- „Das Alter ist weiblich“
- Abgrenzung Altenhilfe von Behindertenhilfe (Pflege versus Teilhabe)

Bedürfnislagen und Hilfebedarfe sind so unterschiedlich, dass nicht von einer „Homogenen Gruppe“ gesprochen werden kann. (Differenzierte Versorgungsstruktur)

Kategorisierung von Menschen mit einer geistigen Behinderung nach dem Kriterium „Pflegebedürftigkeit“

Disziplinübergreifend wird anerkannt, dass Altern von physischen, psychischen, gerontologischen und sozialen Faktoren beeinflusst wird und prozesshaft ist

Begleitung und Förderung zur Selbstbefähigung und Selbstbestimmung als zentrale handlungsleitende Maxime

5. Leitideen

- Selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist ein Bürgerrecht
- Grundbedürfnisse behinderter Menschen unterscheiden sich nicht von denen Nichtbehinderter im gleichen Alter
- Nach Möglichkeit Verbleib im eigenen Umfeld/Wohnort
- Gemeindeintegrierte Wohnformen sollten favorisiert werden
- Finanzierbarkeit von Wohnformen
- Individuelles Betreuungssetting u. teilhabeorientierte Pflege

6. Ausgewählte Handlungsfelder

6.1 Gestaltung des Übergangs vom Arbeitsleben in der WfbM in den Ruhestand (vgl. Studie Prof. Mair)

- Tagesstrukturierung des Lebens von Menschen mit geistiger Behinderung durch den Besuch der WfbM
- Frühzeitige Vorbereitung auf den Ruhestand

6.2. Das Versprechen vom lebenslangen Wohnrecht

- Grundforderung nach dem Recht auf lebenslanges Wohnen
- Entspricht diese Forderung dem Normalitätsprinzip?

- Sind Personen mit einem erhöhten Pflegebedarf tatsächlich in einem Wohnheim besser aufgehoben?
- Wer profitiert von dieser Forderung? (Angehörigen, Träger oder Betroffene)
- Wohnortwechsel als gravierender Einschnitt im Leben

6.3 Eingliederungshilfe versus Hilfe zur Pflege

- *Zwei Königskinder-*
- Behindertenhilfe als Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII
- Zielrichtung: Ermöglichen oder Erleichtern der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Eingliederungshilfe als weit gefasster pädagogischer Ansatz
- Pflegeleistungen als integraler Bestandteil der Eingliederungshilfe
- Hilfe zur Pflege (§§ 61 ff. SGB XII): tendenziell wird mehr die Aufrechterhaltung der Körperfunktionen gewichtet
- Dynamischer versus statischer Charakter der Hilfeart
- Konsequenzen aus der zugrunde liegenden Hilfeart
- Trennung von Pädagogik und Pflege konnte bereits in der Vergangenheit nicht überzeugen
- Kommunikation zwischen den Vertretern beider Disziplinen ist nicht immer einfach
- Höherer Bedarf an Pflegekräften

Das bewährte System der Eingliederungshilfe muss mit fundiertem gerontologischem Wissen ergänzt werden:

Gerontologische Grundlagen könnten sein:

- Gerontologie und geistige Behinderung im Alter
- Pflegeplanung als Bestandteil der Betreuungsplanung
- Biografische Begleitung durch Validation
- Aktive Gesundheitsförderung (z.B. Umgang mit Übergewicht)
- Bewegungs- und Aktivierungsanregungen

Multidisziplinäre Zusammenarbeit ist nicht alleinige Angelegenheit der betreffenden MitarbeiterInnen, sondern eindeutig Leitungsaufgabe!

Geeignete Instrumente sind z.B.

- Förderung spezifischer, individueller Kompetenzen

- Einsatz einer beratenden Pflegekraft
- Individuelle Betreuungs- und Pflegeplanung (Punkt 6.4)

Frage nach der Zukunftsfähigkeit der beiden Disziplinen

6.4. Exkurs: Individuelle Betreuungsplanung in der Praxis-Sozialwerk St. Georg

- Einführung der Betreuungsplanung und deren Dokumentation im Jahr 1998 bei dem Träger Sozialwerk St. Georg
 - Parallel Neustrukturierung der Leitungsebenen
- Kernelemente des Betreuungsprozesses:
- Betreuungsplanungsdokumentation, Hilfeplangespräche, Angehörigenarbeit und Schnittstellenarbeit
 - BezugsbetreuerInnen sind für den gesamten Betreuungs- und Pflegeprozess verantwortlich.
 - Wesentlicher Schritt: von der Gruppen- zur individuellen Betreuung

6.5 Individuelle Betreuungsplanung- allgemein

Hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen Pflege - und pädagogischen Kräften hat die Betreuungsplanung folgende Vorteile:

Im Vordergrund steht ein für den behinderten Menschen geeignetes Betreuungssetting.

Es können aus beiden Bereichen Ziele bestimmt werden:

- Bsp.: Förderung von Außenaktivitäten oder Verselbständigungsziele
- Verbindung der morgendlichen Pflege mit Elementen der basalen Stimulation

6.6. Tagesstrukturierende Angebote

- Tagesstrukturierende Angebote haben eine herausragende Bedeutung
- Die Wohnstätten Welver haben zwei räumlich getrennte tagesstrukturierende Angebote
- Senioren/Seniorinnen nehmen das freiwillige Angebot sehr gerne an
- Individuelle Betreuung bedeutet nicht nur individuelle Ziele, sondern auch, dass jede Person ihren Platz nach eigenen Vorstellungen gestaltet.
- Wichtig: Auch ältere Personen mit einer stark eingeschränkten Belastbarkeit besuchen in Abhängigkeit von Belastungsgrenzen die Tagesstätte.

Pflege alter Menschen mit einer geistigen Behinderung

Der pflegewissenschaftliche Beitrag

André Fringer

Master of Science in Nursing, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenaher Pflege des Institutes für Pflegewissenschaft der Universität Witten-Herdecke



Die folgende Präsentation stützt sich zum einen auf die Ergebnisse einer BScN-Arbeit (Fringer 2004) und zum anderen auf einen Publikationsentwurf (Fringer 2007).

Themenübersicht

- Einleitung
- Pflege, Familie, Pflegewissenschaft
- Altern und geistige Behinderung
- Körperliche und psychische Veränderungen
- Bedarfe geistig behinderter Menschen im Alter
- Pflegerischer Interventionsrahmen
- Diskussion und Fazit

Der Vortrag spannt einen Themenbogen ausgehend von einer Definitionsskizze zu den Begriffen Pflege sowie Familie und thematisiert anschließend das Altern, körperliche und psychische Veränderungen und Bedarfe von geistig behinderten Menschen. Der Vortrag endet mit einem Vorschlag für einen pflegerischen Interventionsrahmen bei alten Menschen die als geistig behinderte bezeichnet werden.

Geistig behinderte Menschen sind für die Disziplin Pflege unsichtbar gewesen. Nach dem 2. Weltkrieg wurden geistig behinderte Menschen in psychiatrischen Einrichtungen untergebracht. In den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts übernahmen zunehmend die Sozial- und Sonderpädagogik und schließlich die Heilerziehungspflege die Betreuung dieser Menschen. Schulen und Ausbildungsplätze wurden geschaffen und Werkstätten für behinderten Menschen eingerichtet. Parallel zu dieser Entwicklung wurden geistig behinderte Menschen zunehmend „unsichtbarer“ in der Öffentlichkeit, an Arbeitsplätzen und auch in den familiären Lebensbereichen.

Das Thema Behinderung ist wie auch das Thema Pflegebedürftigkeit ein unbequemes Thema, welches auch als Ekelthema bezeichnet werden kann, über das nicht gerne gesprochen wird. Auch in der Disziplin Pflege wurden geistig behinderte Menschen zunehmend unsichtbarer, was dazu führte, dass z. B. auf die Bedarfe in einem „Mainstream Krankenhaus“ nicht adäquat reagiert werden kann. Aus Untersuchungen am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke ist bekannt, dass das Thema Behinderung von Pflegekräften die generell wenig Kontakt zu diesen Menschen haben nicht wahrgenommen wird und Behinderung oft mit Pflegebedürftigkeit gleichgesetzt wird.

Die Lebenserwartung von geistig behinderten Menschen lag deutlich hinter der der „Allgemeinbevölkerung“. Inzwischen ist aber bekannt, dass sich die Alterspyramide geistig behinderter Menschen umkehrt und es inzwischen mehr geistig behinderte Menschen gibt, die über 40 Jahre alt sind als die Anzahl von Kindern und Jugendlichen die als geistig behindert bezeichnet werden.

Insgesamt findet heute und es fand in den 90er Jahren eine Sensibilisierung in Bezug auf das Altern bei Menschen mit einer geistigen Behinderung statt. Es gibt viele Tagungsberichte und Publikationen zum Thema bedarfsgerechtes Altern

Einleitung

- Unsichtbarkeit
- Lebenserwartungen von geistig behinderten Menschen
- Alterspyramide geistig behinderter Menschen
- Sensibilisierung (Tagungen, Publikationen)
- Bedarfsabzeichnung

Pflege alter Menschen mit einer geistigen Behinderung – Thema und Aufgabenbereich der Disziplin Pflege?

- Schröck 1988
 - Helfen, Unterstützen
 - Weidner 1999
 - Systematisches Sichern und Fördern
 - BMfSFJ 2002
 - Fokus Kranksein, Beeinträchtigung
 - NURSING data 2004
 - 9 Grundtätigkeiten (Barthou 2004)
- Grundtätigkeiten der Pflege
 1. Beobachten
 2. Einschätzen
 3. Informieren
 4. Beraten
 5. Unterrichten
 6. Anleiten
 7. Unterstützen
 8. Durchführen
 9. Managen

bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. Dies kann als eine logische Entwicklung bezeichnet werden, nachdem die ersten geistig behinderten Menschen nicht mehr in den Werkstätten für behinderte Menschen gehen konnten und auch wollten. Nun muss auf eine weitere Entwicklung reagiert werden, die viel weiter fortgeschritten ist als bisher angenommen wurde, nämlich die altersbezogene Pflegebedürftigkeit bei geistig behinderten Menschen. Die Pflegebedürftigkeit von geistig behinderten Menschen können Einrichtungen der Behindertenhilfe, die nicht adäquat vorbereitet sind, an ihre Leistungsgrenzen bringen. Vor diesem Hintergrund stellen sich Fragen, wohin geht die Entwicklung?

Die Frage, warum sich die Pflegewissenschaft mit diesem Thema beschäftigt, ist berechtigt. Was hat die Disziplin Pflege damit zu tun? Schröck (1988) definiert Pflege als eine helfende und unterstützende Tat.

Weidner (1999) geht weiter und bezeichnet die professionelle Pflege als ein systematisches Sichern und Fördern des Vollzugs der Lebensmöglichkeiten. Das Bundesministerium für Senioren, Frauen und Jugend (BMfSFJ 2002) fokussiert pflegerisches Handeln auf das Kranksein und oder die Beeinträchtigung. NURSING data (2004) identifiziert neun Grundtätigkeiten auf denen pflegerische Interventionen basieren, nämlich Beobachten, Einschätzen, Informieren, Beraten, Unterrichten, Anleiten, Unterstützen, Durchführen und Managen. Der Einwand ist berechtigt, dass auch andere Disziplinen diese Grundtätigkeiten als Handlungsgrundlage beanspruchen, z. B. Medizin oder Psychologie. Hier wird deutlich, dass Pflege wie andere Berufe auch mehr ist als nur eine Verrichtungstätigkeit und Pflegen auch denken bedeutet.

Aufgrund dieser Vorüberlegung kann konstatiert werden, dass das Gesundheits- und Krankheitspektrum von Menschen die als geistig behinderte bezeichnet werden auch Gegenstand pflegerischer Bemühungen sein muss und somit ein Thema für die Pflegewissenschaft darstellt. Insbesondere internationale Publikationen lassen deutlich werden, dass die Trennung Behinderung und Pflege ein künstliches Produkt deutscher Nachkriegsgeschichte ist. Die noch junge Pflegewissenschaft steht am Anfang der noch notwendigen Entwicklung sich auch diesem Thema zu nähern.

An dieser Stelle kann festgehalten werden, dass geistig behinderte Menschen eine Aufgabe und Tätigkeitsfeld für die Disziplin Pflege ist. Insbesondere internationale Publikationen machen deutlich, dass die Trennung Behindertenpädagogik, Heilerziehungspflege versus „Krankenpflege“ eine sinnlose Trennung ist. Skiba (2004) hat dieses Thema treffend als „Neuland“ für die Pflege bezeichnet. Die pflegewissenschaftliche Disziplin steht erst am Anfang, sich auch diesem Themenfeld zu nähern. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber auch für die Behindertenhilfe, sich dem „unliebsamen“ Thema Pflege zu stellen. Für die vorliegenden Thematik wiederum bedeutet dies für die Behindertenhilfe im Allgemeinen „Neuland“ in einer neuen Dimension.

Zwischenfazit

- Es ist ein Thema für die Disziplin Pflege
- Es ist „Neuland“ für die Disziplin Pflege
- Es ist ein Forschungsbereich der Pflegewissenschaft

Der Begriff „Familie“ wird sehr offen definiert. Familie ist das, was der Betroffene darunter versteht und schließt somit alle denkbaren Lebensformen mit ein. Erst auf den zweiten Blick werden bei geistig behinderten Menschen die unterschiedlichen „familiären“ Konstellationen deutlich. Freundschaftliche Beziehungen erhalten bei nähere Betrachtung eine ganz andere Gewichtung, sie spielen im Leben von institutionalisierten geistig behinderten Menschen eine wesentlich andere Rolle (siehe hierzu der Film von Thomas Riedelheimer: Schweben heißt lieben, 1994). Nicht zu

unterschätzen sind Familienkontakte bezüglich ihres sinnstiftenden Elements bei Menschen mit einer geistigen Behinderung.

Zum Begriff Familie:

- Wird weit gefasst
- Ist, was der Betroffene darunter versteht
- Schließt alle denkbaren Lebensformen mit ein
- Erst auf den zweiten Blick werden „familiäre“ Konstellationen deutlich

Schaut man sich Situationsanalysen von geistig behinderten Menschen in ihren Familien an, so wird deutlich, dass ca. die Hälfte der geistig behinderten Menschen in Großbritannien zuhause bei den Eltern wohnen. Schätzungen hierzulande gehen davon aus, dass ca. 60% der geistig behinderten Menschen in ihren Familien leben. Aus Großbritannien ist auch bekannt, dass ein Drittel dieser Menschen über 70 Jahre alt sind. Erst der Tod oder die Pflegebedürftigkeit der Eltern ist der Grund dafür, dass eine Heimeinweisung notwendig wird. Oft scheitern die Versorgungs- und Zukunftspläne der Eltern von geistig behinderten Menschen aufgrund von Geldmangel. Das heißt, dass die Eltern zwar den Bedarf ihrer Kinder sehen und einschätzen können, aber eine Lösung nicht realisiert werden kann. Zur Situationseinschätzung gehört auch die Analyse familiärer Kontakte zur Ursprungsfamilie geistig behinderter Menschen in Heimen.

Geistig behinderte in den Familien - Situationseinschätzung

- Schätzungen gehen von 60% GB in Deutschland aus (Theunissen 2002)
- Hälfte (50%) in Großbritannien leben zu Hause bei den Eltern (Hatzidimitriadou & Milne 2005)
- Ein Drittel der zu Hause lebenden ist über 70 Jahre (ebda.)
- Tod oder Pflegebedürftigkeit der Eltern ist Grund für eine Heimeinweisung (ebda.)
- Oft scheitern familiäre Entscheidungen aufgrund von Geldmangel (ebda.)

Die Ergebnisse der Studie von Bland et al. (2003) in der familiäre Kontakte von 94 alten geistig behinderten Menschen mit einem Alter ab 65 Jahren untersucht wurden, lassen deutlich werden, dass kaum Kontakte zur Familie im „herkömmlichen“ Sinne bestehen. Die Konsequenz mangelnder Kontakte zu Familienangehörigen kann unter anderem auch ein Grund für altersbezogene Depressionen sein. Wiederum muss eine künstlich geförderte Steigerung familiärer Kontakte sensibel organisiert werden, da die Qualität dieser Kontakt vor Quantität geht.

Übersicht zu Familienkontakte

(Bland et al. 2003)

- Mangelnder familiärer Kontakt = Grund für altersbezogenen Depressionen
- Qualität vor Quantität

Familie	Wöchentlich	Monatlich	Gelegentlich	Kein Kontakt
Eltern		2%	2%	94%
Geschwister	4%	17%	18%	60%
Kinder			1%	95%
Anderer Verwandte		11%	27%	60%

Familiäre Kontakte von n=94 alten Menschen mit einer geistigen Behinderung ab dem 65. Lebensjahr

Die Weltgesundheitsorganisation WHO führt das gesteigerte Altern bei geistig behinderten Menschen auf die medizinischen und sozialen Fortschritte unserer Zeit zurück. Die WHO konstatiert jedoch auch, dass geistige Behinderung nach wie vor eine doppelte Benachteiligung bedeutet, da diese Errungenschaften der medizinischen und sozialen Systemen nicht Bedarfsgerecht diese Menschen berücksichtigt (z.B. Stichwort DRG).

Wann beginnt eigentlich das „Altern“ bei geistig behinderten Menschen? International gilt als unausgesprochener Konsens, dass das Alter abca. 50 Jahren ein Schwellenwert darstellt. Bei

Alter und geistige Behinderung

- WHO: medizinischer sozialer Fortschritt (Bland et al. 2003)
- WHO: geistige Behinderung heißt doppelte Benachteiligung (ebda.)
- Wann beginnt das „Altern“ bei geistiger Behinderung?
 - ab ca. 50 Jahren = Schwellenwert
 - ab ca. 30 Jahren = Schwellenwert bei Downsyndrom (Hatzidimitriadou & Milne 2005)
- Sind die altersbedingten Verlufterfahrungen gleich?
 - Wiegen schwerer, da das ganze Leben lang benachteiligt

Menschen mit Downsyndrom wird dieser Schwellenwert ab dem 30sten Lebensjahr gesehen. An dieser Stelle kann die Frage gestellt werden, ob die altersbedingten Verlusterfahrungen bei geistige behinderten Menschen im Vergleich zur Normalbevölkerung gleich sind?

Die Heilpädagogen konstatieren, dass diese Verlusterfahrungen schwerer wiegen, da diese Menschen das ganze Leben lang benachteiligt waren, insbesondere diejenigen, die heute als „alt“ bezeichnet werden, da diese nicht in die Errungenschaften der modernen Behindertenhilfe gekommen sind.

In Bezug auf das Altern von geistig behinderten Menschen gab es längere Zeit in der Öffentlichkeit Mythen und wenig abgesichertes Wissen. Diese Mythen können nachfolgend entnommen werden:

- „Ältere Menschen mit geistiger Behinderung sind grundsätzlich hilfebedürftiger oder pflegebedürftiger;
- Ältere Menschen mit geistiger Behinderung können nicht denken, bei ihnen ist die Lernfähigkeit ganz zurückgegangen;
- Aktivierung bei älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung ist aufgrund des fortgeschrittenen Alters sinnlos, denn Lern- und Veränderungsfähigkeit sind nicht mehr gegeben;
- Entscheidend ist die „Verwahrung“ aber nicht die Frage nach der Lebensqualität und Wohnqualität;
- Menschen mit geistiger Behinderung erreichen kein höheres Lebensalter, bei ihnen verläuft der Alterungsprozess grundsätzlich „anders“ als bei Menschen ohne geistiger Behinderung“ (Kruse 2001a, 103).

Mythen in Bezug auf das Altern bei geistiger Behinderung

- „Ältere Menschen mit geistiger Behinderung sind grundsätzlich hilfe- oder pflegebedürftiger
- Ältere Menschen mit geistiger Behinderung können nicht denken, bei ihnen ist die Lernfähigkeit ganz zurückgegangen
- Aktivierung bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung ist aufgrund des fortgeschrittenen Alters sinnlos, denn Lern- und Veränderungsfähigkeit sind nicht mehr gegeben
- Entscheidend ist die „Verwahrung“ aber nicht die Frage nach der Lebensqualität und Wohnqualität
- Menschen mit geistiger Behinderung erreichen kein höheres Lebensalter, bei ihnen verläuft der Alterungsprozess grundsätzlich „anders“ als bei Menschen ohne geistiger Behinderung“ (Kruse 2001a, 103)

Zwischenbilanz zum Altern bei geistiger Behinderung

Kennzeichen erwachsener Mensch mit einer geistigen Behinderung zwischen 25. - 45. Lebensjahr:

- Beschäftigung, Arbeitsstätte
- Vertraute Umgebung, Heimat
- Familie, Beziehung, Freunde
- Selbständigkeit

Kennzeichen alter Menschen mit einer geistigen Behinderung zwischen 65. - 75. Lebensjahr:

- Keine Beschäftigung
- Verlust der vertrauten Umgebung
- Verlust von Familie, Beziehung und Freunde
- Verlust der Selbständigkeit

(Theunissen 2002)

Der pflegewissenschaftliche Beitrag

- Seit den 90er Jahren vermehrt ein Forschungsthema
- Zwei große Themenfelder bestimmen das Altern von geistig behinderten Menschen:
 - Vermehrt körperliche Einschränkungen
 - Zusätzlich höhere psychische Einschränkungen

Als Zwischenbilanz in Bezug auf das Altern bei geistig behinderter Menschen konnte durch die zugrunde liegende Literaturanalyse festgestellt werden, dass ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung in vier Bereichen eine Verlusterfahrung machen:

1. Verlust der Beschäftigung in der Werkstatt für behinderte Menschen
2. Verlust der vertrauten Umgebung
3. Verlust von Familie, Beziehung und Freunden
4. Verlust der Selbstständigkeit durch altersbezogene Einschränkungen

Seit den 90er Jahren wird Altern und Pflegebedürftigkeit bei geistig behinderten Menschen zunehmend ein Forschungsthema. Dabei können zwei große Themenfelder identifiziert werden, die das Altern bestimmen:

- Vermehrt körperliche Einschränkungen
- Zusätzlich höhere psychische Einschränkungen

Untersuchungen zu physischen Veränderungen aufgrund des Alters bei geistig behinderten Menschen im Vergleich zur „Allgemeinbevölkerung“ zeigen, dass deutliche Abweichungen bei folgenden Erkrankungen festzustellen sind:

Abweichungen altersbezogener Veränderungen geistig behinderte Menschen im Vergleich zur „Allgemeinbevölkerung“

- Herz-, Kreislauferkrankungen
- Arthritis und rheumatische Folgeerkrankungen
- Atemwegserkrankungen
- Osteoporose
- Schilddrüsenerkrankungen
- Nebenwirkungen durch Polypharmazie und LMT (Longterm Medical Treatment) insbesondere durch Psychopharmaka
- Sensorische Einschränkungen
- Epilepsie

(Bland et al. 2003)

- Herz- u. Kreislauferkrankungen
- Arthritis und rheumatische Folgeerkrankungen
- Atemwegserkrankungen
- Osteoporose
- Schilddrüsenerkrankungen
- Nebenwirkungen durch Polypharmazie
- Sensorische Beeinträchtigungen
- Epilepsie

Die Folgen altersbezogener Veränderungen machen sich überwiegend durch Mobilitätsverlust bemerkbar. Dabei kann die Frage gestellt werden, ob es geeignete Präventionsprogramme für Menschen mit einer geistigen Behinderung gibt?

Folgen der altersbezogenen Veränderungen

- Mobilitätsverlust (keine Präventionsprogramme)
- Bei Downsyndrom:
 - Endokrine Veränderungen
 - Seh-, Geschmacks- und Höreinschränkungen
- Psychische Erkrankungen (Vergleich Normalbevölkerung und junge Menschen mit geistiger Behinderung)

(Hatzidimitriadou & Milne 2005; Bland et al. 2003)

Bei Downsyndrom sind insbesondere endokrine Störungen und Veränderungen des Seh-, Geschmacks- und Hörvermögens festzustellen. Zusätzlich psychische Erkrankungen können die Folge sein. Diese identifizierten Veränderungen wurden nicht nur im Vergleich zur Normalbevölkerung herausgefunden, sondern auch im Vergleich von alten zu jungen Menschen mit einer geistigen Behinderung.

Die Heilpädagogen konstatieren ganz andere Bedarfskataloge für geistig behinderte Menschen im Alter, auf die im Folgenden nicht näher eingegangen werden soll. Im Folgenden soll der Fokus auf pflegebezogene Bedürfnisse gelegt werden. Zwei Themen bestimmen dabei die Bedarfsanalyse. So lassen sich Bedarfe identifizieren, die sich aus dem Prozess des Alterns ergeben und Bedarfe, die sich aus den Sekundärerkrankungen im Alter ergeben.

Bedarfe geistig behinderter Menschen im Alter

- Heilpädagogen konstatieren andere Bedarfskataloge für geistig behinderte Menschen (Skiba 2006)
- Hier: Fokus auf pflegebezogenen Bedürfnissen
- Zwei Themen bestimmen die Bedarfsanalyse
 - Bedarfe, die sich aus dem Prozess des Alterns ergeben
 - Bedarfe, die sich aus den Sekundärerkrankungen ergeben

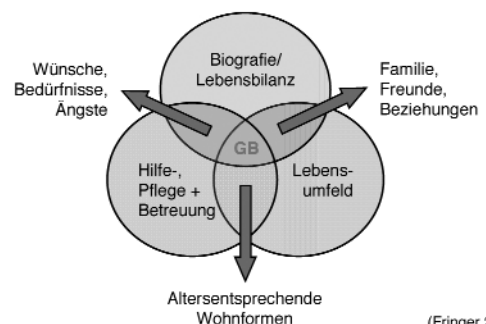
Bedarfe, die aufgrund des Prozess des Alterns entstehen, können folgenden drei Bereichen zugeschrieben werden:

- Biografie/Lebensbilanz
- Hilfe-, Pflege und Betreuung
- Lebensumfeld

Aus den Überschneidungen dieser Bereiche können weitere Bedarfsbereiche identifiziert werden:

- persönliche Wünsche, Bedürfnisse und Ängste
- Altersentsprechende Wohnformen
- Familie, Freunde und Beziehungen

Bedarfe aufgrund des Prozess des Alterns



(Fringer 2004)

Die folgende Tabelle veranschaulicht die Besonderheiten bei geistig behinderten Menschen in den zuvor identifizierten Bereichen:

Besonderheiten bei geistig behinderten Menschen		
Biografie/Lebensbilanz	Hilfe, Pflege, Betreuung	Lebensumfeld
<ul style="list-style-type: none"> - Kaum Chancen auf schulische Förderung - Lebenslauf ist radikal anders verlaufen - Entwicklungen wurden nicht gefördert - Keine Verwirklichung von Lebensplänen - Erst spät bestand die Chance auf einen Arbeitsplatz - Lange Institutionalisierung - Bei bestimmten Behinderungsarten sehr früh einsetzender Alterungsprozess 	<ul style="list-style-type: none"> - Fehlendes Bedürfnis nach vorbeugender Gesundheitsfürsorge - Fehlen von Bewältigungsstrategien - Lebenslang auf vielseitige Unterstützung und intensive Fremdpflege angewiesen - Risiko für Alterserkrankungen ist höher 	<ul style="list-style-type: none"> - Kaum Wertschätzung durch die Umwelt erfahren - Kaum Privatsphäre (Mehrbettzimmer) - Soziales Umfeld wurde nicht selber gewählt - Lebensumfeld spielte sich meist in einer Behinderteneinrichtung oder in einer Wohngruppe ab
Wünsche, Bedürfnisse, Ängste	Altersentsprechende Wohnform	Familie, Freunde, Beziehungen
<ul style="list-style-type: none"> - Stark eingeschränkte Selbstbestimmung - Altersbedingte Veränderungen werden existenzieller und bedrohlicher erlebt 	<p>(Benachteiligung bei der Unterstützung der Pflegebedürftigkeit durch das SGB XI)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kaum Möglichkeit eine intime Beziehung zu leben - Mangelnder Bezug zu Angehörige im Alter - Angst der Eltern vor der ungewissen Zukunft ihrer Kinder nach ihrem Ableben

Wenn heute von alten, geistig behinderten Menschen gesprochen wird, dann sind das Menschen, die nicht in die Errungenschaften der modernen Behindertenhilfe gekommen sind. Viele haben eine lange Institutionalisierung mit mehreren Wechsel von Versorgungskonzepten hinter sich. Sie haben nicht gelernt ihre Bedürfnisse zu artikulieren und ihre Gesundheit vor Schaden zu schützen. Hinzu kommt noch, dass das Risiko altersbezogener Erkrankungen höher ist. Die folgende Tabelle lässt deutlich werden, welche Kriterien zu berücksichtigen sind, wenn man über diese Menschen in Bezug auf die Besonderheiten des Alters zu sprechen kommt.

Anhand der Studie von Bland et al. (2003) können altersbedingte Gesundheitsproblemen bei geistig behinderten Menschen näher betrachtet werden, die stellvertretend als Beispiel für Forschungsergebnisse, die zu diesem Thema durchgeführt wurden. Deutlich wird, dass folgende Gesundheitsprobleme von geistig behinderten Menschen identifiziert werden können, die 65 Jahre und älter waren:

- Psychologisch/Verhalten
- Inkontinenz Stuhl/Urin
- Herz-, Kreislauf und Atemwege
- Sehkraft

Wie aus der Tabelle (rechts) entnommen werden kann, zeigt sich, dass fast alle geistig behinderten Menschen aus dieser Stichprobe mehr als zwei gesundheitliche Probleme aufweisen. Die Forscher haben diese Kriterien noch weiter untersucht und die Teilnehmer befragt, welches der Hauptgesundheitsprobleme auf den Alterungsprozess an sich zurückzuführen sei. Im Bereich Psychologisch/Verhalten wird deutlich, dass es hierbei vermehrt um kognitive Fähigkeiten handelt, die vermehrt zu Problemen führen, wie z.B. Vergesslichkeit. Es sind weniger körperliche Unruhe bzw. körperliche und verbale Aggressionen die im Alter auftreten.

Von Bedeutung sind die Ergebnisse bezüglich der Aussagen zu Urin- und Stuhlinkontinenz. Hierbei wird deutlich, dass laut Aussagen der Studienteilnehmer die Gesundheitsprobleme eindeutig auf die Veränderungen durch den Alterungsprozess

Gesundheitsprobleme im Alter geistig behinderter Menschen

Typ des Gesundheitsproblems	Anzahl der GB in Prozent, die diesem Problem zugeordnet wurden
Psychologisch/Verhalten	72% = 4. (Vergesslichkeit)
Inkontinenz Stuhl/Urin	59% = 1. (Tag und Nacht)
Herz-, Kreislauf und Atemwege	55% = 2. (Ödeme)
Sehkraft	53% = 3. (Grauer Star)
Haut/Fußpflege	50%
Mobilität	49%
Essen/Schlucken/Zähne	47%
Knochen/Gelenke	46%
Ohren/Hörkraft	36%
Epilepsie	19%
Verdauung	18%
Endokrinsystem	15%

(Bland et al. 2003)

zurückzuführen sind und somit im Alter als Problem neu hinzukommen. Es wird auch deutlich, dass zwar das Erinnerungsvermögen durch das Alter beeinträchtigt wird, aber vielmehr Inkontinenzprobleme eine bedeutende Rolle in Bezug auf Gesundheitsprobleme im Alter von geistig behinderten Menschen spielen. Fazit dieser Betrachtung ist, dass ein hoher Anteil alter Menschen mit einer geistigen Behinderung psychische Probleme bzw. Verhaltensauffälligkeiten aufweisen, zu denen Inkontinenzprobleme hinzukommen, die wiederum in Verbindung mit Atem- und Kreislaufproblemen wesentlich zur Immobilität dieser Menschen beitragen. Kommunikative Probleme durch sensorische Beeinträchtigungen machen die Betreuung und Pflege dieser Menschen hoch komplex, was ein hohes pflegerisches Niveau erfordert, das auf entsprechendem Hintergrundwissen aufbaut.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Altern bei geistig behinderten Menschen durch einen früh einsetzenden Alterungsprozess gekennzeichnet ist, welches durch das Fehlen von persönlicher Gesundheitsfürsorge als Risiko für Altersbezogenen Erkrankungen eine neue Dimension erhält. Die lange Institutionalisierungsbiografie hat auch dazu geführt, dass diese Menschen nicht gelernt haben ihre Bedarfe, Wünsche und Vorstellungen zu artikulieren. Dies gilt insbesondere bei der Bedarfsanalyse zu berücksichtigen.

Fazit altersbezogener Bedarfe

- **Früh einsetzender Alterungsprozess**
- **Fehlendes Bedürfnis nach Gesundheitsfürsorge**
- **Risiko für Alterserkrankungen**
- **Lange Institutionalisierung**
- **Urin- und Stuhlinkontinenz**
- **Herz- und Kreislauferkrankungen**
- **Sensorische Einschränkungen (Sehkraft)**

Pflegerische Interventionsmöglichkeiten

- Aspekte aus der BScN-Arbeit (Fringer 2004)
- **Vergangenheitsbezogene Aspekte**
 - **Gegenwartsbezogene Aspekte**
 - **Zukunftsbezogene Aspekte**

In der Literaturanalyse von Fringer (2004) zum Thema „Pflege alter Menschen mit einer geistigen Behinderung“ konnten vergangenheits-, gegenwarts- und zukunftsbezogene Aspekte identifiziert werden, die einen Arbeitsrahmen für die Pflege alter Menschen mit einer geistigen Behinderung bietet. Die folgende Tabelle präsentiert diesen Rahmen:

	Besonderheiten alter Menschen mit geistiger Behinderung	Pflege alter Menschen mit geistiger Behinderung
Vergangenheitsbezogene Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> - Lebensgeschichte/Biografie - Persönliche Entwicklung und erfahrene Förderung - Persönliche Lebenserfahrung 	<ul style="list-style-type: none"> - Biografisches Arbeiten - Hintergrundwissen
Gegenwartsbezogene Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> - Früh einsetzender Alterungsprozess - Fehlendes Verständnis pflegerischer Versorgung - Fehlende Gesundheitsfürsorge - Fehlende Bewältigungsstrategien 	<ul style="list-style-type: none"> - Aktivierende und fördernde Pflege - Wissen, Unterstützung der Selbstpflegefähigkeiten, fördernde „spielerische“ Atmosphäre - Managen, Unterstützen - Sicherheit, Vertrautheit und Routine vermitteln - Anleiten, Beraten
Zukunftsbezogene Aspekte	<ul style="list-style-type: none"> - Hohes Risiko für Alterserkrankungen - Schnellerer Verlauf altersbezogener Verluste von zum Teil mühsam erworbenen Fähigkeiten - Abweichende Bedürfnisse 	<ul style="list-style-type: none"> - Erkennen und wissen, präventiver Pflege - Aktivierende und fördernde Pflege - Wissen und Erkennen

Den in der linken Spalte analysierten terminalen „Besonderheiten“ alter Menschen mit einer geistigen Behinderung können beispielhaft pflegerische Grundtätigkeiten gegenübergestellt werden, um den identifizierten Bedarfen zu begegnen. Diese Ergebnisse lassen sich durch die Bedarfsanalyse von Jahncke-Latteck et al. (2005) bestätigen, sie zeigte:

- ein hoher pflegfachlicher Bedarf aus Sicht der Bewohner besteht (z.B. bei der Körperpflege).
- Weder Bewohner noch Mitarbeiter verfügen über fachlich ausreichende Fähigkeiten, um systematisch Pflegeprobleme und Risikopotenziale erkennen zu können.

Defizite der professionellen Pflege

- **Hoher interdisziplinärer pflegfachlicher Bedarf**
- **Mangelnde fachliche Fähigkeiten, um systematisch Pflegeprobleme und Risikopotenziale erheben zu können**
- **Die Durchführung von Unterstützungsleistungen basieren auf Lebenserfahrungen und nicht auf aktuellen Erkenntnissen**
- **Keine Pflegeplanung, unzureichende Pflegedokumentation**

- Notwendige Unterstützungsleistungen bei Bewohnern werden nicht auf dem Hintergrund einheitlicher und aktueller Erkenntnisse, sondern fast ausschließlich auf dem Hintergrund individueller Lebenserfahrungen durchgeführt.
- Pflege findet weder geplant noch nachweislich dokumentiert statt (Jahncke-Latteck et al. 2005).

Herausforderungen anhand einer Negativliste (Bland et al. 2003)

- Zu wenig diagnostische Maßnahmen
- Wenn, dann inadäquate diagnostische Maßnahmen
- Zu wenig präventive Maßnahmen
- Zu wenig spezifische Behandlungen
- Keine Bedarfsorientierung im häuslichen Umfeld
- Wenn, dann keine spezifisch ausgerichtete ambulante Pflege
- Wenn, dann keine spezifisch ausgerichtete stationäre Pflege, die auf die veränderten Anforderungen vorbereitet wurde

Die Analyse zeigt die Defizite der professionellen Pflege. Bland et al. (2003) ergänzen dieses Bild und formulieren Herausforderungen an das Gesundheitssystem anhand einer Negativliste. Laut Autoren erhalten Menschen mit einer geistigen Behinderung:

- zu wenig diagnostische Maßnahmen
- wenn, dann inadäquate diagnostische Maßnahmen
- zu wenig präventive Maßnahmen
- zu wenig spezifisch Behandlungen
- keine Bedarfsorientierung im häuslichen Umfeld
- wenn, dann keine spezifisch ausgerichtete ambulante Pflege
- wenn, dann keine spezifisch ausgerichtete stationäre Pflege die auf die auf die veränderten Anforderungen vorbereitet wurde

Forschungsergebnissen von Thompson (2002), die 253 geistig behinderten Menschen in Pflegeeinrichtungen in Großbritannien untersucht haben zeigen, dass 40% der geistig behinderten Menschen vor dem 65. Lebensjahr in eine Institution der Altenhilfe einzogen. Bei Einzug in die Einrichtungen hatten sie ein Durchschnittsalter von 64,8 Jahren (SD = 11,5; Spannweite 17 – 88 Jahre). Die Verweildauer in diesen Heimen lag durchschnittlich bei 6,2 Jahren (SD = 8,2) mit einem Durchschnittsalter von 71,0 Jahren (SD = 10,6; Spannweite 33- 95 Jahren). Die Gruppe der

geistig behinderten Menschen ist somit jünger als die der anderen Bewohner (80. bis 90. Jährige). Das „Department of Health“ (2001b) in Großbritannien gibt als akzeptables Eintrittsalter in eine Einrichtung der Altenhilfe das Alter von 75 Jahren vor. Nur 38% der geistig behinderten alten Menschen in der Studie von Thompson (2002) wiesen dieses Alter bei Eintritt in die Einrichtung auf.

Darüber hinaus sind Menschen mit einer geistigen Behinderung in großen Einrichtungen der Pflege sehr dünn verstreut, was gern als Ausrede verwendet wird, warum nicht adäquat auf den individuellen Bedarf dieser Menschen eingegangen werden kann (Thompson 2002). Hier liegt auch eine Gefahr der Stigmatisierung durch „andere“ Altenheimbewohner, die aufgrund mangelnden Verständnisses gegenüber behinderten Menschen. Es stellt sich generell die Frage, ob es angemessen ist, Menschen mit unterschiedlichen Bedürfnissen zu (ver-)mischen (Thompson 2002).

Alte Menschen mit einer geistigen Behinderung, die in Pflegeheimen untergebracht sind haben verminderte Möglichkeiten ihren Alltag aktiv auszufüllen, einen eingeschränkten Zugang zu Tageseinrichtungen und einen reduzierten Kontakt zu ihrer Familie und Freunden, die sie aus der Zeit der WfB kennen, da oft die Orte der Altenpflege sich nicht unmittelbar in der alten Umgebung befinden. Um das Risiko einer negativen Auswirkung bei einem Umzug in ein Heim zu minimieren, sollte im Vorfeld die Möglichkeiten einer adäquaten Versorgung geprüft werden, die den altersbezogenen Bedürfnissen bei geistig behinderten Menschen gerecht werden.

Die Diskussion um den Ort der Betreuung von alten geistig behinderten Menschen ist zur Zeit hoch aktuell. Hierbei stellt sich die Frage, wer sich für die Versorgung dieser Menschen verantwortlich zeichnet. Die Beantwortung dieser Frage sollte nicht ohne Behinderten- Selbsthilfegruppen, der

Diskussion

- Wer ist verantwortlich für die Versorgung dieser Menschen?
- Behinderten-Selbsthilfegruppen
- People First
- „Foundation for People with learning Disabilities“ (2002) = zu frühe Heimeinweisungen vor dem 65. Lebensjahr
- Heime sind nicht adäquat auf die Bedarfe ausgerichtet = Gefahr des nicht Annehmens (Unsichtbarkeit)
- KH-Projekte (Prof. Dr. W. Schnepf)

Bewegung People First unternommen werden. Die „Foundation for People with learning Disabilities“ (2002) weist darauf hin, dass oft eine zu frühe Heimeinweisung vor dem 65. Lebensjahr der Regelfall ist und dass diese Heime nicht adäquat auf die Bedarfe ausgerichtet sind. Hierbei besteht die Gefahr des „nicht Annehmens“, d.h. Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Altenhilfe werden unsichtbar.

In „Evidence Based Nursing Projects“ (EBNP) am Lehrstuhl für familienorientierte und gemeindenaher Pflege des Instituts für Pflegewissenschaft konnten von Masterstudenten erste Forschungsergebnisse in Bezug auf die Erfahrungen behinderter Menschen, deren Angehörige und professionell Pflegende in Mainstreameinrichtungen gesammelt werden. Insgesamt wird deutlich, dass die Disziplin Pflege sensibilisiert werden muss, um adäquat und systematisch den Lebensvollzug dieser Menschen zu sichern, zu unterstützen und zu fördern.

Die Herausforderungen an die bestehenden Strukturen können wiederum anhand der Analysen aus Großbritannien formuliert werden. Sie zeigen, dass folgende Grundvoraussetzungen notwendig sind, um eine effektive und effiziente Versorgung gewährleisten zu können:

- eine Partnerschaft zwischen den Einrichtungen der Behindertenhilfe, den Institutionen der Demenzhilfe und der ambulanten Versorgungsszene

Fazit

- Es ist ein aktuelles Thema der Pflegepraxis und Pflegewissenschaft
- Bedarf besteht die Familie zu integrieren und zu fokussieren
- Notwendigkeit rechtzeitiger Altersortbestimmung d.h. interdisziplinärer Austausch und Zusammenarbeit
- Notwendigkeit der Praxisanleitung und Weiterentwicklung
- Für eine systematische Entwicklung:
 - Studien zu Bedürfnissen alter Menschen mit einer geistigen Behinderungen und deren Familien hierzulande
 - Begleitforschung
 - Strukturanalyse und Entwicklung von Versorgungskonzepten

- eine auf Forschungsergebnissen fundierte Versorgungsstruktur durch entsprechende Rahmenbedingungen des Heimes und der Pflegekräfte
- Erkenntnisse über die Versorgungsbedarfe dieser Menschen
- Flexibilität in Bezug auf die Verantwortungsübernahme
- Entsprechende Weiterbildungen und Motivation der Pflegekräfte

Herausforderungen betreffen hauptsächlich die Koordination der verschiedenen Versorgungs- und Pflegesystemen und die Entwicklung von Partnerschaften der verschiedenen Anbieter und Einrichtungen (Hatzidimitriadou & Milne 2005).

Referenzen

- Berthou (2004): Das Projekt NURSING data in der Schweiz. In: Assessmentinstrumente in der Pflege – Möglichkeiten und Grenzen. Hrsg.: Bartholomeyczik und Halek. Verlag Schlütersche
- Bland et al. (2003): Double Jeopardy?: Needs and Services for Older People Who have Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities* 7 (4), 323 - 344
- BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger unter besonderer Berücksichtigung dementieller Erkrankungen. Bonn: BMFSFJ (zugleich Bundesdrucksache 14/8822).
- Fringer (2004): Pflege alter Menschen mit einer geistigen Behinderung – Literaturstudie deutschsprachiger Publikationen aus Deutschland und Österreich im Zeitraum von 1980 bis 2004. Universität Witten/Herdecke
- Hatzidimitriadou.; Milne, (2005): Planing ahead. Meeting the needs of older people with intellectual disabilities in the United Kingdom
- Kruse (2001): Selbstbestimmung und soziale Partizipation – Kompetenzerhaltung und –förderung. In: Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung. Hessisches Sozialministerium, Landeswohlfahrtsverband Hessen und Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. Marburg, 85-110
- Schröck (1988): Forschung in der Krankenpflege: Methodologische Probleme. *Zeitschrift Pflege* 1 (2), 84-93
- Skiba (2006): Geistige Behinderung und Altern. Books on Demand GmbH, Norderstedt
- Theunissen (2002): Altenbildung und Behinderung. Impulse für die Arbeit mit Menschen, die als lern- und geistig behindert gelten. Bad Heilbrunn
- Weidner (2004): Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung – Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege. Mabuse Verlag

Behinderung, Altern und zunehmende Pflegebedürftigkeit als Herausforderung für Pflege und Betreuung in stationären Einrichtungen



Bernhard Fleer

Dipl. Pflegewirt, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS), Fachgebiet pflegerische Versorgung

Gliederung des Vortrags

- Vorstellung des MDS und seiner Aufgaben
- Begriffsdefinitionen:
 - Behinderung
 - Pflegebedürftigkeit/Pflegebedarf
- Gesetzliche Grundlagen
- Pressespiegel/Publikationen
 - Öffentliche Diskussion
- Bedarf behinderter Menschen
- Behinderung und Pflegebedürftigkeit
- *Analyse der Ist-Situation*
 - Bericht der Bundesregierung (16.12.04) über die Lage behinderter Menschen und der Entwicklung ihrer Teilhabe
 - Empfehlungen für eine teilhabeorientierte Pflege (Behindertenbeauftragte der Bundesregierung)
 - 1. Bericht des BMFSFJ über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner
- Qualitätskriterien für die Betreuung und Pflege
 - Möglichkeiten der Konzeptentwicklung unter den jetzigen Rahmenbedingungen

MDS

- Koordinierung der medizinischen Dienste und Beratung der Spitzenverbände
- Aufgaben: § 282 SGB V:
 - Richtlinien über die Zusammenarbeit Krankenkassen mit den Medizinischen Diensten zur Sicherstellung einer einheitlichen und qualifizierten Begutachtung
 - Grundsätze zur Fort- und Weiterbildung
- Grundsatzstellungen
- Begutachtungs-Richtlinien

- Bundesweite Statistik zu Daten der Pflegebegutachtung
- Gründung: 1989, Sitz: Essen, Mitglieder: Spitzenverbände der Krankenkassen, ca. 60 Mitarbeiter

Aufgaben MDS / MDK für die Pflegeversicherung

- Einzelfallbegutachtung
- Qualitätsprüfungen
- Pflegestufe, Prävention und Rehabilitation
- Anregungen zur Verbesserung der aktuellen Pflegesituation
- Beratung der Pflegekassen in grundsätzlichen Fragen

Behinderung

- Körperlich
- Sinnesbehinderung (Hören, Sehen)
- Sprachbehinderung
- Psychische (seelische) Behinderung
- Lernbehinderung
- Geistige Behinderung
- Erworbene und angeborene Behinderungen (WIKIPEDIA.DE)

Behinderung

- (*allg.*) *Bez. für Einschränkung* des Wahrnehmungs-, Denk-, Sprach-, Lern- u. Verhaltensvermögens
- *Behinderung, geistige*: veraltete Bez. Oligophrenie, Schwachsinn; Bez. für angeb. od. frühzeitig erworbene Intelligenzminderung, die mit einer Beeinträchtigung des Anpassungsvermögens einhergeht (...)

- *Behinderung, psychische*: syn. seelische Behinderung; allg. Bez. für die Folgen einer chron. psychischen Störung od. Erkr., die nicht nur vorübergehend zu einer erhebl. Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung, der Erwerbstätigkeit u. der sozialen Integration geführt haben. Die p. B. ist rechtlich der körperlichen bzw. geistigen Behinderung gleichgestellt u. kann nach amtl. Feststellung u. U. zur Inanspruchnahme best. Sozialleistungen berechtigen.
(*Pschyrembel, 258. Auflage*)

Begriffsdefinitionen: Behinderung laut WHO

- ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
- Behinderungsbegriff der ICF umfassender als der Begriff des SGB IX
 - Funktionsfähigkeit eines Menschen:
 - Alle Aspekte der funktionalen Gesundheit

ICF

- Demnach ist eine Person funktional gesund, wenn – vor dem Hintergrund ihrer Kontextfaktoren
 1. ihre körperliche Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (*Konzepte der Körperfunktionen und Körperstrukturen*),
 2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (*Konzept der Aktivitäten*),
 3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder –strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (*Konzept der Partizipation (Teilhabe) an Lebensbereichen*).
- *Schädigung, Aktivitätsbeeinträchtigung, Partizipationseinschränkung*
- Behinderungsbegriff der ICF als Oberbegriff zu jeder Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit eines Menschen.
- Dieser Begriff ist damit umfassender als der Behinderungsbegriff des SGB IX.

Behinderung – sozialrechtliche Definition

Behinderung nach SGB IX

- Menschen sind *behindert*, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist. § 2 I SGB IX
- Menschen sind im Sinne des Teils 2 *schwerbehindert*, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben. § 2 II SGB IX
- *Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt* werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge ihrer Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen). § 2 III SGB IX

Pflegebedürftigkeit

- Die Pflegebedürftigkeit eines Menschen ist eine deskriptive Größe, in die die Einschränkungen eines Menschen, seine Potenziale und Ressourcen des sozialen Umfelds mit einfließen (vgl. Wingefeld 2000, Bartholomeyczik, Hunstein, Koch et al 2001). Sie ist Teil einer möglichen umfassenden Hilfebedürftigkeit eines Menschen und beschreibt „nur“ die pflegerischen Probleme (Halek 2003).

Pflegebedarf

- Der Pflegebedarf dagegen ist nicht an die Person selbst gebunden. Er beschreibt die *Interventionsebene*, d. h. Handlungen, Maßnahmen und Leistungen der Pflege, die für die Bewältigung der Pflegeprobleme erforderlich sind. Der Pflegebedarf orientiert sich an den gesetzten *Pflegezielen* und den vorhandenen *Ressourcen*. Er kann durchaus anders sein, als das subjektive Bedarfempfinden des Pflegebedürftigen und wird, außer durch die Pflegeziele, durch normative Werte wie Gesetzgebung, Ökonomie, Kultur und Professions-

verständnis beeinflusst. Der Pflegebedarf ist die Gesamtheit aller Hilfen, die erforderlich sind, um die gestellten Pflegeziele zu erreichen (vgl. Wingenfeld 2000). (Halek 2003)

Begriff der Pflegebedürftigkeit SGB XI

- § 14 SGB XI: Fähigkeits- und Aktivitätsstörungen (verrichtungsbezogen)
- Ausgenommen:
 - Kommunikation
 - Fähigkeit, den Alltag selbst zu strukturieren und zu steuern
- § 45a SGB XI: Leistungen für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf
- Benachteiligung von Menschen mit Demenz, mit geistigen und psychischen Behinderungen
- Finanzielle Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung

Begriff der Pflegebedürftigkeit

- Die Arbeitsgruppe II des Bundespflegeausschuss hat im Jahre 2002 vorgeschlagen, ... für alle Leistungsträger einen umfassenden Pflegebegriff zu schaffen, um damit ggf. die bisherige aufgespaltene Zuordnung von Pflegebedarfen zu bestimmten Kostenträgern zu überwinden. Konsequenz dessen wäre, dass allen Sicherungssystemen ein umfassender Pflegebegriff zugrunde gelegt und erst in einem weiteren Schritt eine Zuordnung der Leistungszuständigkeiten auf die einzelnen Kostenträger oder ggf. die Eigenverantwortung bezogen auf die jeweiligen Hilfebedarfe vorgenommen wird.

Vorschlag des Bundespflegeausschusses (2002)

- Der Begriff der Pflegebedürftigkeit orientiert sich in Analogie zum SGB IX an den Defiziten zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.
- Verrichtungen des täglichen Lebens aus den Gebieten der Körperpflege, Mobilität, Ernährung und hauswirtschaftlichen Versorgung
- Aktivierungs-, Beaufsichtigungs- und Betreuungsaufwand (sowohl bezogen auf die Verrichtungen des täglichen Lebens als auch außerhalb der Verrichtungen)
- Bedarf an behandlungspflegerischen Maßnahmen
- Fähigkeit zu kommunizieren und Bedarf an sozialer Betreuung

Relevante Gesetze

- SGB V: Gesetzliche Krankenversicherung
- SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- SGB XI: Pflege
- SGB XII: Sozialhilfe
- Heimgesetz
- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung ... nach § 80 SGB XI gelten nur für die entsprechenden Einrichtungen (d.h. nicht für Einrichtungen der Behindertenhilfe)
- H. Fuchs: „Behinderte und pflegebedürftige Menschen sind alle behinderte Menschen im Rechtssinne (§2 SGB IX).“

§ 55 SGB XII

Sozialgesetzbuch (SGB)

Zwölftes Buch (XII)

- Sozialhilfe -

Sechstes Kapitel

*Eingliederungshilfe für behinderte Menschen § 55
Sonderregelung für behinderte Menschen in
Einrichtungen*

- Werden Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne des § 43a des Elften Buches erbracht, umfasst die Leistung auch die Pflegeleistungen in der Einrichtung. Stellt der Träger der Einrichtung fest, dass der behinderte Mensch so pflegebedürftig ist, dass die Pflege in der Einrichtung nicht sichergestellt werden kann, vereinbaren der Träger der Sozialhilfe und die zuständige Pflegekasse mit dem Einrichtungsträger, dass die Leistung in einer anderen Einrichtung erbracht wird; dabei ist angemessenen Wünschen des behinderten Menschen Rechnung zu tragen.

Eingliederungshilfe

Sozialgesetzbuch (SGB)

Zwölftes Buch (XII)

- Sozialhilfe -

Sechstes Kapitel

*Eingliederungshilfe für behinderte Menschen § 53
Leistungsberechtigte und Aufgabe*

- (1) Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der

Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

- (2) Von einer Behinderung bedroht sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Dies gilt für Personen, für die vorbeugende Gesundheitshilfe und Hilfe bei Krankheit nach den §§ 47 und 48 erforderlich ist, nur, wenn auch bei Durchführung dieser Leistungen eine Behinderung einzutreten droht.
- (3) Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.
- (4) Für die Leistungen zur Teilhabe gelten die Vorschriften des Neunten Buches, soweit sich aus diesem Buch und den auf Grund dieses Buches erlassenen Rechtsverordnungen nichts Abweichendes ergibt. Die Zuständigkeit und die Voraussetzungen für die Leistungen zur Teilhabe richten sich nach diesem Buch.

Behinderung und Pflegebedürftigkeit – Pflegebedürftigkeit und Behinderung - Pressespiegel

- Z.B. Ärztezeitung (2005): Neue Konzepte gesucht für alte, pflegebedürftige behinderte Menschen
 - Pflegeheime sind oft nicht auf die Betreuung von Menschen mit Behinderungen eingestellt. Sozialrechtler fordern trägerübergreifende Budgets.
 - Verlust des vertrauten Umfelds
 - Wohnheime im Pflegefall nicht mehr zuständig (Verantwortung vom Sozialhilfeträger zur Pflegeversicherung)

- Ronald Richter, Vorsitzender der Arbeitsgruppe Sozialrecht beim Deutschen Anwaltsverein:
„Menschen mit Behinderungen stehen zwischen den Gesetzbüchern.“
- Richter: Trägerübergreifendes Budgets ganz schnell!
- Fehlende Ausstattung in Pflegeeinrichtungen
- Ausbildung und Erfahrung der Mitarbeiter
- Leben in der vertrauten Umgebung (lebenslanges Wohnrecht?)
- Zukunftskonzepte gemeinsam mit den Betroffenen entwickeln
 - Diese Forderung/Darstellung zieht sich durch alle Veröffentlichungen.
- Jung, behindert - und im Altenheim: Marburger Studie (2000) ermittelt für Hessen über 1400 Behinderte unter 60 Jahren in Einrichtungen der stationären Altenhilfe.
 - Psychosoziale und pädagogische Betreuung ist in diesen Einrichtungen nachrangig oder findet nicht statt.
 - Behindertengerechte Heimplätze?

Bedarf behinderter Menschen

- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- Medizinische Rehabilitation
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- Leistungen der Krankenbehandlung
- Abgrenzung: Pflege und Teilhabe als Problem in der Praxis
- Leistungen zur Teilhabe trotz Pflegebedürftigkeit
- Verhältnis SGB IX und SGB XI – zwischen Pflege und Teilhabe – Verbindung Teilhabe und Pflege
(nach Welti 2006)

Behinderung und Pflegebedürftigkeit

- Charakteristika
- Psychisch und geistig behinderte Menschen in Pflegeeinrichtungen – Wie ist die Qualität?
- Qualitätsindikatoren?
- Messbar, überprüfbar?
- TQM/Qualitätsprüfung analog SGB XI?

Analyse des Ist-Zustands

- Pflegebedürftige Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe
- Behinderte Menschen in Pflegeeinrichtungen
 - Sach- und fachgerechte Betreuung und Pflege oft nicht gewährleistet (Quellen: zitierte Veröffentlichungen)
- Herausforderungen für beide Einrichtungsarten
- Geeignete Settings: für die Betreuung und Pflege älterer geistig, psychisch und suchtkrank behinderter Menschen

Bericht der Bundesregierung (16.12.04) über die Lage behinderter Menschen und der Entwicklung ihrer Teilhabe

- „Die Bundesregierung wird vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung und der zunehmenden Anzahl von Menschen mit Behinderung im Rahmen der Reform um die Weiterentwicklung der Pflegeversicherung darauf hinwirken, dass Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sich an den Teilhabezielen des SGB IX orientieren, dass alle Rehabilitationsträger des SGB IX die notwendigen Leistungen zur Verhinderung von Pflegebedürftigkeit erbringen (§§ 4 und 5 SGB IX, „Reha vor Pflege“) und dass Pflegebedürftigkeit in keinem Fall dazu führt, dass erforderliche Leistungen zur Teilhabe nicht erbracht werden.“
- Eine Pflegeeinrichtung kann für einen älteren behinderten Menschen oft nicht die fachlich angemessene und erforderliche Begleitung und Assistenz sicherstellen.
 - Geistig Behinderte Menschen: Schaffung von kleinen, pädagogisch betreuten Wohnformen zur sozialen Integration
 - In den Wohneinrichtungen müssen auch tagsüber altersspezifische Angebote zur Verfügung stehen.
- Abgrenzung Pflegeversicherung/Eingliederungshilfe
 - 10% des Heimentgelts, jedoch höchstens 256 Euro monatlich
- Landtag NRW: Enquete Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in Nordrhein-Westfalen“ zitiert im Schlussbericht Ruth Schröck:
 - Sicherstellung einer umfassenden Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am Leben in der Gesellschaft durch die Pflege

- *H. Fuchs*: „Sicherung der gleichberechtigten Teilhabe pflegebedürftiger Menschen am Leben in der Gesellschaft kann von der Pflege allein nicht bewältigt werden.“
- „Multi- und interdisziplinäre Aufgabenstellung, die von den beteiligten Akteuren in gemeinsamer Verantwortung wahrzunehmen ist“
- „Ko-Produktion“ „mit“ und nicht „am“

Teilhabeorientierte Pflege

- Arbeitskreis teilhabeorientierte Pflege bei der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen:
 - Empfehlungen für eine teilhabeorientierte Pflege
- Übergabe der Empfehlungen am 12.12.06 an Frau Bundesministerin Ulla Schmidt.
- Weiterentwicklung der Pflege aus der Sicht behinderter Menschen
- Positionen für eine teilhabeorientierte Pflegepolitik
- Teilhabe und Selbstbestimmung als wesentliche Qualitätsmerkmale einer Reform der Pflegeversicherung
- Recht auf Teilhabe als Menschenrecht

Empfehlungen für eine teilhabeorientierte Pflege

- „Teilhabeorientierte Pflege ist eine Pflege, die selbstbestimmte Teilnahme am Leben in der Gesellschaft ermöglicht.“
- Selbstbestimmung!
Teilhabe (ICF) der WHO: Einbezogenheit einer Person in verschiedene Lebensbereiche (Lernen und Wissensanwendung, allgemeine Aufgaben und Anforderungen, Kommunikation, Mobilität, Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, bedeutende Lebensbereiche, Gemeinschaftsleben, soziales und staatsbürgerliches Leben. Konkrete Gestaltung von Teilhabe abhängig von der individuellen Lebenssituation).
- ICF-orientierte Verfahren zur Feststellung des Teilhabe- und Pflegebedarfs
- Koordination des Sozialrechts
- Pflegebedarf versus Pflegebedürftigkeit
- Verrichtungsbezug überwinden (Grundlage für die Erbringung flexibler Angebote S. 11)

Qualität von teilhabeorientierter Pflege

- Definition von Qualität aus der Perspektive der Leistungsberechtigten
- Erarbeitung und Weiterentwicklung von Standards für bestimmte wesentliche Komponenten von Pflege und Teilhabeleistungen
- Betroffenenkompetenz einbeziehen
- Anspruch der Leistungsberechtigten auf Zugang zu MDK und Heimaufsichtsprüfberichten in verständlicher Form

1. Bericht des BMFSFJ über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner

- Aspekte Altern, Behinderung und Pflegebedarf
- Altern als individueller Prozess: formale Altersgrenze z.B. von 65 Jahren kann niemals das subjektive Alter festlegen
- Keine signifikanten Unterschiede zwischen der Lebenserwartung behinderter und nichtbehinderter Menschen
- Das Risiko, bereits in jungen Jahren zum Pflege- und Betreuungsfall zu werden ist je nach Art oder Schwere der Behinderung ausgeprägter
- Von 82 Millionen Menschen in der BRD sind ca. 8% bzw. 6,6 Millionen Menschen mit Schwerbehinderungen anerkannt (stat. Bundesamt, Dezember 2003)
- 74% der schwerbehinderten Menschen sind älter als 55 Jahre, ab 75 Jahren überwiegt der Anteil der Frauen mit Behinderung deutlich.
- Pflegequalität in Einrichtungen der Behindertenhilfe weitgehend unerforscht
- Andere Qualitätsmaßstäbe als in der Altenpflege: Lebenszufriedenheit der Klienten (??)
- Ähnlich Altenhilfe: Einrichtungen selbst entwickeln die QS
- Umzug von älteren Menschen mit Behinderungen in andere Wohnheime oder in Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung der Wünsche des Betroffenen
- Umzüge sind realistischerweise nicht immer auszuschließen
- Überleitung
- Bauliche und sachliche Ausstattung
- Kooperationen von Einrichtungen der Behindertenhilfe mit Einrichtungen der Altenhilfe und Pflegeeinrichtungen zukunftsweisend

- Normalitäts- und Integrationsprinzip der Behindertenhilfe
- Zielgruppenorientierte Zusammenarbeit mit Seniorenbegegnungsstätten (offene Altenhilfe)
- Einbindung in das Tagesprogramm teil- bzw. vollstationärer Pflegeeinrichtungen
- Plädoyer: SGB XI weiterentwickeln: Pflegebedürftige Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe sollen Leistungen der SPV in Anspruch nehmen können:
 - ...etwa durch die Anerkennung des Heims als eigene Häuslichkeit zur Erbringung ambulanter Pflegeleistungen (Kostenfrage)
- Einbeziehen von Selbsthilfegruppen
- Breite gesellschaftliche und politische Debatte führen
- ...
- Einrichtungen der Behindertenhilfe sollten ihre Qualität gegenüber dem Kostenträger definieren
- Qualitätshandbücher
- Ältere Menschen mit Behinderungen als quantitativ bedeutsame Gruppe
- Aktuell Durchschnittsalter in Einrichtungen der Behindertenhilfe ca. 40 Jahre. Anteil der über 65-jährigen steigt
- Keine signifikanten Unterschiede zwischen der Lebenserwartung behinderter und nichtbehinderter Menschen
- Risiko, bereits in jungen Jahren zum Pflege- und Betreuungsfall zu werden je nach Art oder Schwere der Behinderung ausgeprägter
- ...

Qualität

- Versorgung lebenslang behinderter Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe (KDA, s. 177)
 - Ausreichend und geeignetes Fachpersonal (multiprofessionelles Team: Pflegekräfte und Heilerzieher, Qualifizierungsmaßnahmen, Weiterbildungen)
 - Umbau/Anpassung Wohnbereiche (rechtzeitig)
 - Befragung der Bewohner (rechtzeitig) zu subjektiven Wünschen und Erwartungen

- Kooperation stärken zwischen Wohneinrichtungen/WfbM/Pflegeeinrichtungen)
- Verknüpfung Pflegegesetz, Eingliederungshilfe (bundesweiter Standard)
- Raum für individuelle Lösungen (Case Managements)
- Aus der Präambel der gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen
 - Für die Pflege von Behinderten in den Einrichtungen der Behindertenhilfe gilt diese Vereinbarung nicht.“
 - Soweit in solchen Einrichtungen Pflege erbracht wird, sollen die dafür geltenden Qualitätsmaßstäbe gesondert vereinbart werden.“
- Zukunft: vermehrte Anstrengungen erforderlich, um (alters-) adäquate Versorgung der älter werdenden Menschen mit Behinderung zu gewährleisten (KDA S. 192)
- Kompetenztransfer zwischen pädagogisch und pflegerisch qualifiziertem Personal: Erkenntnisse der Behindertenpädagogik und der Pflegewissenschaft integrieren
- Messbare Qualitätsindikatoren: Zufriedenheitsbefragungen?
- Lebenslanges Wohnrecht? – Umgang mit Tod und Sterben?
- Pflege: psychiatrisch/somatisch
- Sozial-Arbeit / Soziale Betreuung und Beschäftigung / Lebensweltorientierung
- Pflegeüberleitung
- Fachkräfte
- Managementanforderungen!
- Lernende Organisation
 - Reflexion: MA: Supervision, kollegiale Beratung
 - Welche Berufsgruppen
 - Dokumentation, Überleitung
 - Angehörige und Ehrenamtler
 - Lebensqualität
- Autonomie und Behinderung: Kommunen
- Pflegebegriff, Begutachtung von Pflegebedürftigkeit

Klientel

- Breites Altersspektrum (z.B. 24 – 85 Jahre)
- Geistige und psychische Behinderungen
- Suchterkrankungen
- Herausforderndes Verhalten
- Verhaltensstörungen
- Psychosen, Schizophrenien, Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen
- Forensische Problematik
- Sogenannte ehemalige „LANGZEITPATIENTEN“
- Ambulant und Stationär
- Leistungs- und Prüfungsvereinbarungen mit dem überörtlichen Sozialhilfeträger
- Leistungstypen werden beschrieben

Leistungstypen (Beispiele)

- Menschen mit einer geistigen Behinderung und weiteren Beeinträchtigungen wie selbst- und fremdaggressives Verhalten, gering ausgeprägte Integrationsfähigkeit und ausgeprägte Rückzugstendenzen
- Menschen mit körperlichen oder Mehrfachbehinderungen. Kombination aus einer körperlichen und anderen Behinderungen. Heilpädagogische und pflegerische Anteile
- Gehörlose und hörbehinderte Menschen, die durch Sinnesbeeinträchtigung auf stationäre Hilfen angewiesen sind
- Menschen mit einer psychischen Behinderung mit hohen Unterstützungsleistungen in elementaren Bereichen und durchgängigem Aufsichtsbedarf. Maßregelvollzugspatienten: Sicherungsmaßnahmen und Kontrollen
- Menschen mit Suchterkrankungen, auch aufgrund illegaler Drogen und mit Mehrfachbehinderungen. Suchtmittelfreies Leben durch die stationäre Hilfe. Abhängigkeit chronisch und meist mehrfach

Rahmenbedingungen

- Aufhebung der Schnittstellenproblematik Teilhabe und Pflege
- Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs
- Konzeptentwicklung für pflegebedürftige Menschen mit Behinderung
- Aufgaben Gesetzgebung und Politik

Aufgabenstellung heute

- Konzeptentwicklung unter den heutigen Bedingungen ist möglich.
- Qualitätsindikatoren entwickeln
- Psychisch-kognitive und körperliche Aspekte von Pflege und Betreuung
- Ziel: umfassende und an den Bedürfnissen des Klienten orientierte Pflege und Betreuung
- Managementanforderungen
- Interprofessionelle Zusammenarbeit: (Psychiatrische) Pflege und Pädagogik
- Einbeziehen des Klienten
- Konzepte für Menschen mit psychischen Behinderungen und mit geistigen Behinderungen

- Bericht der Bundesregierung über die Lage behinderter Menschen und der Entwicklung ihrer Teilhabe (16.12.04)
- Welti, F.: Workshop Pflegebedürftigkeit – Quo Vadis des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (14.12.2006)

Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit!

2 parallele Workshops

- *Mögliche Organisationsformen zur Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen im Alter*
 - Monika Niehoff-Uster und André Fringer
 - Olaf Sollbach und Bernhard Fleer
- Gemeinsame Entwicklung in den Workshops mit Zusammenfassung der Ergebnisse im Plenum

Quellen/Literaturhinweise

- Arbeitskreis Teilhabeorientierte Pflege bei der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2006): Empfehlungen für eine teilhabeorientierte Pflege
- KDA (Hrsg.) (2005): Die demographische Entwicklung und ihre Auswirkungen auf ältere Menschen mit Behinderung – eine unlösbare Herausforderung? Köln
- Fuchs, H. (o.J.): Aspekte einer wirksamen Strukturreform der Pflegeversicherung. Düsseldorf
- Halek, M. (2003): Wie misst man die Pflegebedürftigkeit? Hannover: Schlütersche
- Erster Bericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner (15.08.06)

Ergebnisse der Arbeitsgruppen

Mögliche Organisationsformen zur Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen im Alter

Vorgestellt und zusammengefasst von

Klaus Stahl

Margarete Weber

Zwei themengleiche multiprofessionell zusammengesetzte Arbeitsgruppen diskutierten mögliche Organisationsformen zur Versorgung von pflegebedürftigen Menschen mit Behinderungen im Alter. Ziel sollte sein, möglichst realitätstaugliche Ansätze unter Berücksichtigung der aktuellen Rahmenbedingungen zu entwickeln. Dabei wurden natürlich die Rahmenbedingungen, die gegenwärtig die Pflege und Betreuung von Menschen mit Behinderungen bestimmen, kritisch betrachtet, z.B. die zersplitterte Finanzierungszuständigkeit, die fehlende Möglichkeit, Behandlungspflege zusätzlich zum Vergütungssatz zu finanzieren, die Entscheidungskriterien, ob ein Mensch mit Behinderung dem Leistungsbereich des SGB XI oder des SGB XII zugeordnet wird, oder die Möglichkeiten der Tagesstruktur im Rahmen der Pflegeversicherung bzw für berentete Bewohner im Rahmen der Eingliederungshilfe. Der Schwerpunkt der Diskussion lag jedoch in der Erarbeitung einer praxisnahen Zukunftsperspektive.

Folgende Schwerpunkte kristallisierten sich dabei heraus:

Konvergenz-Aufeinander zugehen der Hilfesysteme

Einige Teilnehmer nahmen aus ihrer Sicht wahr, dass die pflegerischen Leistungsangebote als nachrangiger oder geringwertiger betrachtet wurden, als die pädagogischen Angebote der Eingliederungshilfe. Dies wurde als nicht angemessen betrachtet. Ein Grund dafür ist sicherlich auch die Unkenntnis über das jeweilig andere Hilfesystem. Ziel der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen soll es daher sein, dass alle Berufsgruppen bzw beteiligten Institutionen mit gegenseitiger Wertschätzung aufeinander zugehen. Dies kann z.B. durch gegenseitige Hospitationen, gemeinsame Veranstaltungen und Fortbildungsangebote und die gemeinsame Entwicklung von Standards erfolgen. Eine besondere Verantwortung kommt hier-

bei der Leitungsebene von Einrichtungen zu. Wichtig ist es ebenfalls, die Hilfen im Alter frühzeitig zu planen und für eine gute Überleitung sich verändernder Hilfeangebote zu sorgen.

Organisation ambulanter Hilfen

Bereits vorhandene pflegerische ambulante Angebote, wie z.B. ambulante Pflegedienste, Tagespflegeeinrichtungen oder Altagestätten sollten auch Menschen mit Behinderungen offen stehen. Voraussetzung dafür ist die Entwicklung entsprechender Konzepte.

Familienentlastende Angebote sind stärker auf ältere Menschen auszurichten. Dazu ist die Klärung der Kostenträgerschaft erforderlich.

Alternative Wohn- und Betreuungsangebote, wie sie sich derzeit auf dem Gebiet der Altenpflege entwickeln (Stichwort Demenz-WG) können auch für ältere Menschen mit Behinderungen geschaffen werden.

Zur Bedarfsermittlung, frühzeitigen Planung von und rechtzeitigen Überleitung in diese Hilfen ist die Einbeziehung der Angehörigen erforderlich.

Organisation stationärer Hilfen

Als sinnvolle und zeitgemäße Möglichkeit, pflegerische Hilfen für älter werdende Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu organisieren, wurde die Konzipierung von bzw. Umwandlung in spezielle SGB XI-Pflegeabteilungen betrachtet. Diese Möglichkeiten kommt eher für größere Einrichtungen in Betracht.

Kleinere Einrichtungen der Behindertenhilfe sind gehalten, die Pflege so lange es möglich ist, als Individualfall zu lösen und sich dabei Kooperationspartner zu suchen.



Stark für die seelische Gesundheit

Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen ist der gemeinnützige Gesundheitsdienstleister des LWL, des Kommunalverbands der 18 Kreise und 9 kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe. Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen leistet einen entscheidenden Beitrag zur seelischen Gesundheit der Menschen in Westfalen-Lippe.

- **113 Einrichtungen im Verbund:**
Krankenhäuser, Tageskliniken und Institutsambulanzen, Rehabilitationszentren, Wohnverbände und Pflegezentren, Akademien für Gesundheitsberufe, Institute für Forschung und Lehre
- **ca. 8.500 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**
aus allen Berufen des Gesundheitswesens
- **ca. 140.000 behandelte und betreute Menschen** im Jahr

Wir arbeiten für Sie in den Kreisen Borken, Coesfeld, Gütersloh, Höxter, Lippe, Paderborn, Recklinghausen, Soest, Steinfurt, Unna, dem Hochsauerlandkreis und dem Märkischen Kreis sowie in den kreisfreien Städten Bochum, Dortmund, Hamm, Herne und Münster.