
Menschen mit Behinderungen im Alter

Pädagogische, soziale und pflegerische Betreuungsangebote
der LWL-Wohnverbände und LWL-Pflegezentren



Für die Menschen,
Für Westfalen-Lippe.

Impressum

Menschen mit Behinderungen im Alter

Pädagogische, soziale und pflegerische Betreuungsangebote
der LWL-Wohnverbände und LWL-Pflegezentren

Herausgeber

Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)
LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen
48133 Münster
Telefon: 0251 591-5764
Telefax: 0251 591-267
lona.konsorski@lwl.org
www.lwl-psychiatrieverbund.de

Text, Koordination und Redaktion

lona konsorski

Gestaltung und Grafiken

Oktober Kommunikationsdesign, Bochum

Druck

Druckerei Lonnemann GmbH, Selm

Auflage

5.000 Exemplare

© 2010 LWL

Inhalt

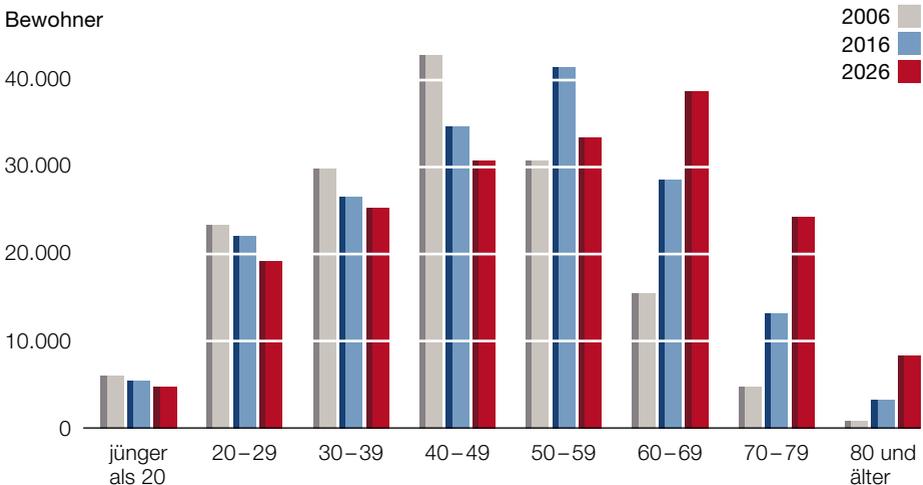
1. Historisch neue Herausforderung	2
2. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe als Träger von Wohnverbänden und Pflegezentren	4
2.1. Einrichtungüberblick	5
2.2. Bewohnerstruktur der Einrichtungen	5
2.2.1. LWL-Wohnverbände	5
2.2.2. LWL-Pflegezentren	9
3. Veränderungen bei älteren Menschen mit Behinderungen	13
4. Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven der Betreuungsstrukturen und -angebote	17
4.1. LWL-Wohnverbände	17
4.2. LWL-Pflegezentren	24
4.3. Zusammenwirken der LWL-Wohnverbände und LWL-Pflegezentren	26
5. Kernaussagen	29
6. Literaturverzeichnis	31

1. Historisch neue Herausforderung

Der demografische Wandel ist auch bezüglich der Menschen mit psychischen und geistigen Behinderungen zu einem zentralen Thema geworden. Der medizinische Fortschritt ermöglicht es immer mehr Menschen mit einer Behinderung, ihr Alter zu erleben bzw. „alt zu werden“. Erst nach der Zeit des Nationalsozialismus geborene Menschen mit geistigen und /oder psychischen Behinderungen hatten eine Chance, das 7. Lebensjahrzehnt zu erreichen.

Die voraussichtliche Entwicklung der Altersstruktur von Bewohnerinnen und Bewohnern stationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe stellt für die betreuenden Einrichtungen und Dienste eine in dieser Form neue Herausforderung hinsichtlich der konzeptionellen Ausrichtung ihrer Leistungsangebote dar. Insbesondere stellt sich zukünftig die Frage nach der adäquaten Abdeckung von zunehmenden Pflegebedarfen, die mit dem demografischen Wandel bei

Aktuelle und hochgerechnete Anzahl der Bewohner stationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe¹



Menschen mit Behinderungen strukturell mindestens ebenso einhergehen wie in der Gesamtbevölkerung. Von der Leistungsangebotsseite ist hier noch keine durchgehende „Vorsorge“ getroffen worden.

Strategien, die lediglich auf eine Übertragung der geriatrisch ausgelegten Konzepte der Altenhilfe auf Menschen mit Behinderungen setzen, sind nicht hinreichend und werden den besonderen Bedarfen der Zielgruppe nicht gerecht. Untersuchungen² und Erfahrungen haben gezeigt, dass das Altern von Menschen mit Behinderungen häufig andere Unterstützungsformen und Hilfesettings erfordert, als dies für alte Menschen ohne Behinderung gilt.

Die Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe könnten mit ihrer derzeitigen Ausstattung überfordert sein, wenn es um die Betreuung erheblich pflegebedürftiger Bewohnerinnen und Bewohner bzw. Klientinnen und Klienten im größeren quantitativen Umfang geht.

Notwendig ist ein flexibles, den individuellen Bedarfen entsprechendes Betreuungsangebot, das die schematischen Grenzen zwischen Eingliede-

rungshilfe und Pflege für die betroffenen Menschen mit Behinderungen überwindet. Die derzeitigen sozial- und insbesondere sozialfinanzierungsrechtlichen Grundlagen machen eine solche „Grenzöffnung“ allerdings schwierig.

Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen stellt sich bereits seit geraumer Zeit dieser Herausforderung sowohl durch die Entwicklung spezieller bzw. angepasster Leistungsangebote in seinen Wohnverbänden und Pflegezentren als auch durch eine flexible Verbindung zwischen diesen beiden Schwerpunkt-Angebotsformen. Dieser Ansatz zur angebotsseitigen Überwindung sozialrechtlicher Grenzziehungen – die vom LWL-Anbieter als solche gewahrt bleiben – wird ergänzt um das jederzeit zur Verfügung stehende medizinisch-psychiatrische Leistungspotenzial der LWL-Fachkliniken vor Ort.

¹ „Alt und behindert“, Hrsg. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, März 2009, S. 7

² Vgl. u.a. „Wohnen im Alter“, Bundesvereinigung Lebenshilfe 2008; „Gemeindeintegriertes Wohnen für Menschen mit Behinderungen im Alter“, Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V. 2008

2. Der LWL als Träger von Wohnverbänden und Pflegezentren

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) arbeitet als Kommunalverband mit 13.000 Beschäftigten für die 8,5 Millionen Menschen in der Region. Er betreibt 35 Förderschulen, 19 Krankenhäuser, 17 Museen und ist einer der größten deutschen Hilfezahler für Menschen mit Behinderung. Er erfüllt damit Aufgaben im sozialen Bereich, in der Behinderten- und Jugendhilfe, im Bereich Gesundheit und Psychiatrie (LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen) sowie in der Kultur, die westfalenweit wahrgenommen werden. Die neun kreisfreien Städte und 18 Kreise in Westfalen-Lippe sind die Mitglieder des LWL. Sie tragen und finanzieren den Landschaftsverband, den ein Parlament mit 100 Mitgliedern aus den Kommunen kontrolliert.

Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen ist ein Netzwerk von profilierten Zentren, Kliniken sowie Pflege- und Wohneinrichtungen in der Region. Er ist Träger u.a. der LWL-Wohnverbände und -Pflegezentren.

Die weltweit gültigen Rahmenvorgaben für die Verwirklichung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen regelt aktuell die UN-Behindertenrechtskonvention.

Ziel des Abkommens ist, die Chancengleichheit behinderter Menschen zu fördern und ihre Diskriminierung in der Gesellschaft zu unterbinden. Es wird nicht Integration, sondern soziale Inklusion gefordert. Das heißt: im vollen Umfang an der Gesellschaft teilzuhaben und dabei Autonomie und Unabhängigkeit zu bewahren. Die Allgemeinen Grundsätze (Art. 3) fordern: „Die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft“. „Die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit.“³

Für die Eingliederungshilfeangebote des LWL bedeutet dies, dass die Menschen mit Behinderungen so weit wie möglich

³ „Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“, 03.05.08, *Umsetzung des Übereinkommens in der Bundesrepublik Deutschland*: Unterzeichnung der Konvention und des Zusatzprotokolls durch die Bundesregierung am 30.03.2007. Hinterlegung der Ratifizierungsurkunde am 24.02.2009. In Kraft getreten am 26.03.2009

selbst bestimmen können sollen, wo, in welcher Form und von wem sie Hilfen in Anspruch nehmen wollen. Der Mensch mit Behinderung muss nach seinen Möglichkeiten mitwirken und es muss ein angemessenes Gleichgewicht zwischen den persönlichen Wünschen und den Möglichkeiten der Gesellschaft / des LWL herrschen. Die derzeit noch überwiegend einrichtungszentrierten Hilfestrukturen müssen stärker personenzentriert ausgerichtet werden.

2.1. Einrichtungsumblick

Die LWL-Wohnverbände und -Pflegezentren entwickelten sich aus den Förder- und Wohnbereichen der Landeskliniken auf demselben Gelände. Vor ca. 14 Jahren hat der LWL die Versorgung von damals sogenannten „nicht-krankenhausbehandlungsbedürftigen“ Menschen mit geistigen und psychischen Behinderungen aus den Kliniken herausgelöst und ein Netz außerklinischer ambulanter und stationärer Hilfsangebote für diesen Personenkreis aufgebaut, um es kontinuierlich regional und ortsnah weiterzuentwickeln. Im Zuge der damals zeitlich parallelen Einführung der Pflegeversicherung wurden auch ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen geschaffen.

2.2. Bewohnerstruktur der LWL-Einrichtungen

2.2.1. LWL-Wohnverbände

In den Wohnverbänden leben Menschen mit einer geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Abhängigkeitserkrankung (einschließlich Doppel- und Mehrfachdiagnosen). Die Menschen werden zielgruppendifferenziert in ambulanten, stationären oder vermehrt dezentralen Wohnformen gefördert und betreut. Die Wohnverbände sehen es ausdrücklich als ihre Versorgungsverpflichtung an, auch für Menschen mit schwersten Behinderungen und gleichzeitig herausforderndem Sozialverhalten sowie sehr betreuungsintensivem Versorgungsbedarf spezialisierte Betreuungskonzepte umzusetzen. An verschiedenen Standorten werden entsprechende Angebote, teilweise mit erforderlicher eingeschränkter Ausgangsregelung, vorgehalten. Neben den differenzierten Wohnmöglichkeiten werden im Rahmen von Förder- und Betreuungsplanungen noch weitere Angebote z. B. in den Bereichen Arbeit und Beschäftigung (z. T. in Kooperation mit externen Trägern), Freizeit, hauswirtschaftliche und lebenspraktische Fähigkeiten, Beratung sowie Seelsorge vorgehalten.

Stationär

Der Anteil der Menschen mit Behinderungen im Alter ab 60 Jahre liegt in den stationären Bereichen der Wohnverbände (Stand:15.09.2009) bei ca. 16 %. Allerdings variiert dieser Anteil – historisch bedingt – zwischen 0 % bis 24 % an den einzelnen Standorten.

Im Vergleich zu stationären Wohnformen der Eingliederungshilfe in Westfalen-Lippe in anderer Trägerschaft zeigt sich, dass sowohl der Anteil der 50 bis 64-Jährigen als auch der Anteil der ab 65-Jährigen in den LWL-Wohnverbänden leicht über dem Durchschnitt liegt⁴.

Altersverteilung der Bewohner/innen der LWL-Wohnverbände

84 %

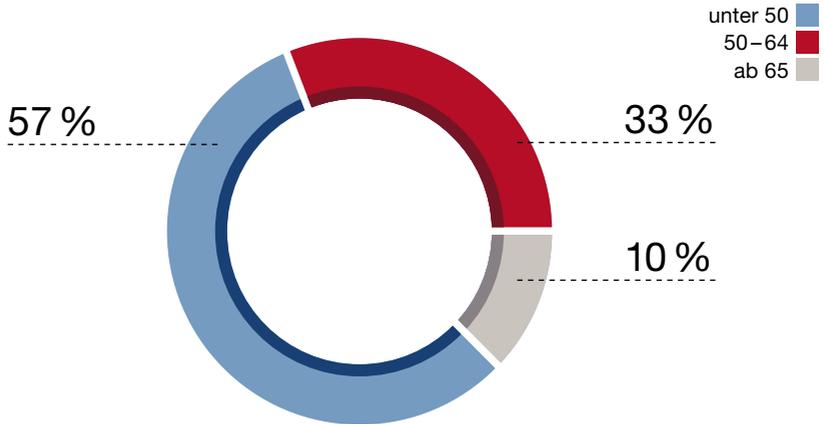
unter 60 Jahre

16 %

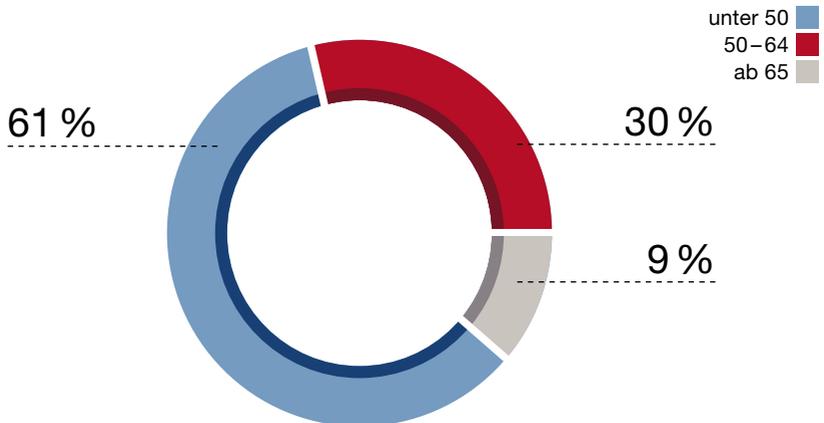
ab 60 Jahre

⁴ Quelle: „Datenlieferung nach Rahmenvereinbarung Wohnen“ vom 30.06.2009 der LWL-Behindertenhilfe Westfalen

Altersstrukturen der Bewohner/innen der LWL-Wohnverbände



Altersstrukturen der Bewohner/innen in Eingliederungshilfe in Westfalen



Im Zeitverlauf 2006 bis 2009 zeigt sich eine Verschiebung von der Altersgruppe der unter 50-Jährigen zu den 50 bis 64-Jährigen, wobei die letztgenannte Gruppe kontinuierlich leicht ansteigt.

Der Prozentsatz der Pflegebedürftigen mit einer Pflegestufe liegt in den Wohnverbänden per 15.09.2009 bei durchschnittlich 31 % (Bandbreite von 0 % bis 69 %). Die Erhebungen in den Wohnverbänden zum Pflegebedarf von 2006 bis 2009 zeigt einen stagnierenden Verlauf. Allerdings darf Pflegebedürftigkeit in der Eingliederungshilfe nicht generell mit Alterspflegebedürftigkeit gleichgesetzt werden. Häufig werden Menschen mit Behinderung und einer zusätzlichen körperlichen Behinderung aufgrund ihres Hilfebedarfs in eine Pflegestufe eingruppiert.

Ambulant

Im Jahr 2009 wurde in den Wohnverbänden eine Evaluation der Bewohnerbetreuung durchgeführt.⁵

Die Verweildauer ist vor allem im Ambulant Betreuten Wohnen im Durchschnitt kürzer (ca. 6 Jahre) als im stationären Wohnen der LWL-Einrichtungen (ca. 20 Jahre). Der Altersdurchschnitt ist etwas niedriger. Es gibt nur wenige Klienten/innen in ambulanten Wohnformen, die in eine Pflegestufe eingruppiert sind.

Da die Klienten/innen in ihren eigenen Wohnungen leben, ist die Organisation einer pflegerischen Versorgung durch ambulante Pflegedienste auch sozialrechtlich unproblematisch. Meistens sind die älteren Wohnungen nicht barrierefrei, sodass bei oder vor einer eintretenden Pflegebedürftigkeit eine geeignete und bezahlbare Wohnung gesucht wird, wenn der Klient/die Klientin dies wünscht.

⁵ Dirk Richter, „Evaluation des stationären und ambulant betreuten Wohnens psychisch behinderter Menschen in den Wohnverbänden des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe“ in „Psychiatrische Praxis“ 2010

2.2.2. LWL-Pflegezentren

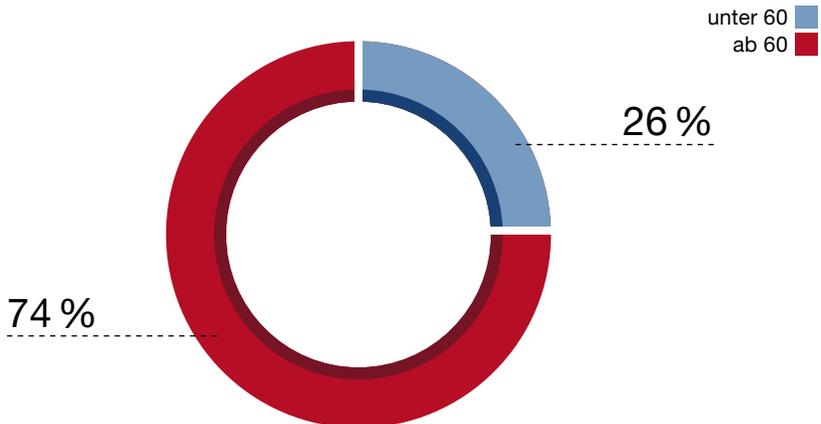
Die Pflegezentren setzen je nach Standort für Bewohner/innen mit einer geistigen, einer psychischen Behinderung oder einer Abhängigkeitserkrankung (einschließlich Doppel- und Mehrfachdiagnosen) unterschiedliche Schwerpunkte.

Darüber hinaus werden Menschen gepflegt und betreut, die eine hirnorganische Beeinträchtigung, eine neurologische, demenzielle, somatische oder gerontopsychiatrische Erkrankung, eine

körperliche Behinderung und/oder das apallische Syndrom („Wachkoma“) aufweisen. Auf auto- und fremdaggressive Verhaltensweisen wird in fachgerechter Weise eingegangen.

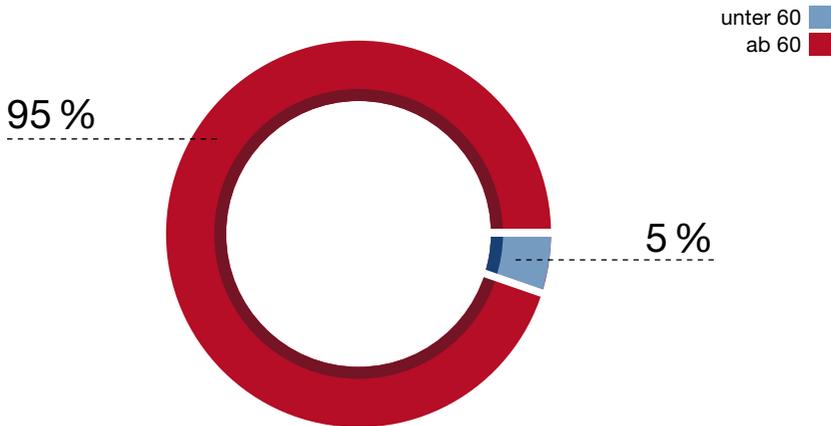
Der Anteil der Bewohner/innen der Pflegezentren im Alter ab 60 Jahre liegt durchschnittlich bei 74 % (Stand: 15.09.2009). Im Bundesdurchschnitt der Altenheime liegt dieser Prozentsatz bei 95 %⁶:

Altersstruktur der Bewohner/innen der LWL-Pflegezentren



⁶ Statistisches Bundesamt (2008). Pflegestatistik 2007, Deutschlandergebnisse, Pflegebedürftige in Heimen

Altersstruktur der Bewohner/innen im Bundesdurchschnitt



Die Bewohner/innen der LWL-Pflegezentren sind im Mittel also deutlich jünger als die in den durch die Bundespflegestatistik erfassten Einrichtungen. Das Durchschnittsalter der Bewohner/innen der LWL-Pflegezentren liegt mit 67,9 Jahren ebenso unter dem der Altenheimbewohner/innen in Deutschland mit 81,8 Jahren.⁷ Diese Differenz lässt sich mit der oben beschriebenen besonderen Klientel und Ausrichtung der LWL-Pflegezentren erklären.

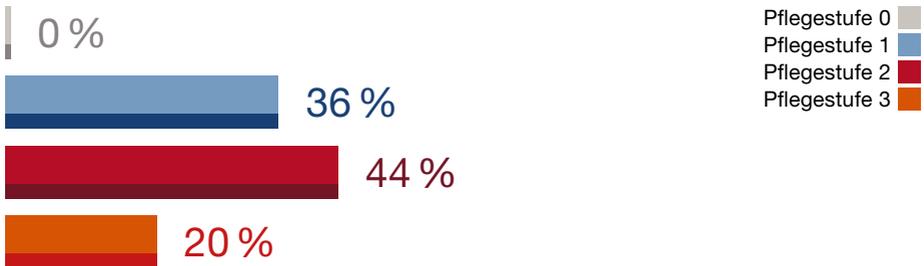
Aufgrund ihrer vorliegenden Grunderkrankung, wie beispielsweise geistige und /oder psychische Behinderung oder Suchterkrankung, kann eine psychiatriespezifische Pflegebedürftigkeit wesentlich früher als in der Durchschnittsbevölkerung auftreten.⁸

⁷ LWL-interne Erhebung 2009

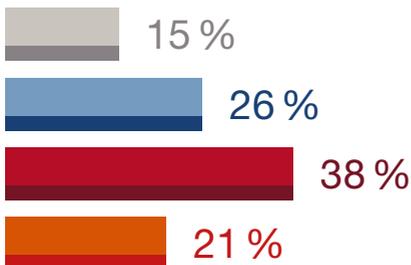
⁸ Vgl. u.a. „Perspektiven alternder Menschen mit schwerster Behinderung in der Familie“, Hrsg. Dr. Andreas Borchers, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hannover 2008; „Gemeindeintegriertes Wohnen für Menschen mit Behinderungen im Alter“, Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V. 2008

Die Verteilung der Pflegestufen in den Pflegezentren (Stichtag 15.09.2009) stellt sich im Vergleich zu den Durchschnittszahlen der Bewohner/innen der Altenhilfeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen⁹ folgendermaßen dar:

Pflegestufen der Bewohner/innen in Altenhilfeeinrichtungen NRW



Pflegestufen der Bewohner/innen der LWL-Pflegezentren



⁹ Statistisches Bundesamt (2008). Pflegestatistik 2007, Ländervergleich – Pflegeheime

Es zeigt sich, dass in Altenhilfeeinrichtungen anderer Trägerschaft keine Bewohner/innen mit Pflegestufe 0¹⁰, dafür mehr mit Pflegestufe 1 und 2 als in den LWL-Pflegezentren wohnen. In diesem Unterschied kommt die Spezifität der LWL-Pflegezentren zum Ausdruck.

Zum einen können nicht durchgehend alle Einrichtungen der Behindertenhilfe Bewohner/innen selbst mit diesem nur geringen Pflegebedarf fachlich vertretbar betreuen, sodass das differenzierte Angebot der LWL-Pflegezentren als das individuell angemessene angenommen wird. Dabei ermöglicht ein früherer Wechsel in ein Pflegezentrum, teilweise bereits bei Pflegestufe 0, eine bessere soziale Eingliederung in das neue Wohnumfeld. Den betreffenden Bewohner/innen wird damit auch bei zunehmender Pflegebedürftigkeit stabiles soziales Umfeld ermöglicht.

Zum anderen wird der mangelhafte und praxisferne derzeit gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff deutlich. Wichtige Gesichtspunkte, wie z.B. Kommunikation und soziale Teilhabe, werden ausgeblendet, und der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Begleitung und Anleitung bei Menschen mit einge-

schränkter Alltagskompetenz wird nicht berücksichtigt. Vor diesem Hintergrund sind die betreffenden Bewohner/innen zwar tatsächlich pflegebedürftig, finden aber derzeit nicht eine entsprechende sozialrechtliche Anerkennung ihrer Betreuungsbedarfe.

Im Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird eine Unterteilung in fünf Bedarfsgrade empfohlen. Sie ist so angelegt, dass auch relativ gering Beeinträchtigte erfasst werden, die nach den heute geltenden Regelungen der Pflegeversicherung keine Leistungen erhalten. Damit soll vermieden werden, dass Menschen als „nicht pflegebedürftig“ bezeichnet werden, obwohl sie auf pflegerische Hilfe angewiesen sind. Zusätzlich zur Pflegebedürftigkeit wird noch die Hilfebedürftigkeit (Beeinträchtigung der Selbstständigkeit) festgestellt, um die individuelle Bedarfslage umfassender einschätzen zu können.¹¹

Durch eine gesetzliche Verankerung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs würden auch die Bewohner/innen der LWL-Pflegezentren rechtlich zum großen Teil als pflege- und hilfebedürftig „definiert“ werden, die z.Zt. noch in die Pflegestufe 0 eingestuft sind.

¹⁰ Bei Pflegestufe 0 liegt ein Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung vor, der noch nicht 90 Minuten täglich erreicht hat, wovon wenigstens 45 Minuten auf die Grundpflege entfallen müssen.

¹¹ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit: „Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsberichts“, Berlin, 26.01.2009, S. 36ff

3. Veränderungen bei älteren Menschen mit Behinderungen

Grundsätzlich sind die im Folgenden beschriebenen Veränderungen nicht zu verallgemeinern, sie sind von der Person und ihrer Biografie abhängig. Allen Menschen mit Behinderung ist gemein, dass sich im Alter ihre Orientierung und Handlungsmuster verändern, das Ruhebedürfnis steigt und individuelle Abweichungen in der Kommunikation und Interaktion auftreten. Hinsichtlich dieses – individuell unterschiedlichen – Entwicklungsprozesses unterscheiden sie sich somit nicht von älteren Menschen ohne Behinderungen.

Altersbedingte Veränderungen, wie z.B. eine beginnende Demenz, sind häufig schwerer zu erkennen als bei nicht behinderten Menschen. Erste Anzeichen einer Demenz können als eine neue Verhaltensform der Grundbehinderung fehlgedeutet und dementsprechend nicht adäquat medizinisch und betreuerisch aufgegriffen werden. Deshalb sind eine genaue ärztliche Diagnostik, Beobachtungen im Alltag, Erstellen der Verlaufsberichte sowie die Kenntnis

der aktuellen Demenzforschung notwendig.

Der Beginn von altersbedingten Veränderungen kann in einigen Fällen bei Menschen mit Behinderung stark von der Gesamtbevölkerung abweichen. Bekannt ist, dass bei Menschen mit Trisomie 21 (Down-Syndrom) altersbedingte Veränderungen schon ab dem 40. Lebensjahr eintreten können und dann im Regelfall sehr schnell fortschreiten¹².

Bei Menschen mit Behinderungen im Alter ist es auch schwieriger zu erkennen, ob oder inwiefern eine Veränderung im Wesen oder Verhalten des Einzelnen mit seiner zugrunde liegenden Behinderung/Erkrankung, seinem fortschreitenden Alter selbst oder auch mit der gegebenenfalls erforderlichen langjährigen Medikation zusammenhängt.

¹² Vgl. u.a. „Perspektiven alternder Menschen mit schwerster Behinderung in der Familie“, Hrsg. Dr. Andreas Borchers, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hannover 2008; „Gemeindeintegriertes Wohnen für Menschen mit Behinderungen im Alter“, Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V. 2008

Welche Auswirkungen die für manche Personen jahrelange Medikamentengabe (besonders von Psychopharmaka /Neuroleptika) auf das Altern bzw. die Pflegebedürftigkeit hatten und haben, ist nicht eindeutig bzw. gesichert zu beantworten. Um Nebenwirkungen von Medikamenten zu erkennen, ist ärztliche Beratung erforderlich. Es wird vermutet, dass die Menschen, die lebenslang hoch dosierte Medikation erhalten haben, eher gebrechlich werden können. Außerdem diskutieren Fachleute kontrovers, ob atypische Neuroleptika eine lebensverkürzende Wirkung haben¹³. Grundsätzlich wird bei Verdacht auf Nebenwirkungen von (langjährigen) Medikamentengaben dieser mit einem Arzt abgeklärt.

In den Pflegezentren wird gegenüber den Wohnverbänden das Fachwissen über altersbedingte Veränderungen verstärkt vorgehalten. Der kognitive, psychische und körperliche Abbau wird auch hier über die langfristige systematische Beobachtung festgestellt, z.B. anhand der geführten Dokumentation. Es werden, unterschieden nach Grundbehinderungen, verschiedene Tendenzen in der Betreuungspraxis der Pflegezentren beobachtet:

- = Bei Menschen mit geistigen Behinderungen kann die Demenz früher einsetzen, die Entwicklung verläuft dann rasanter. Es können parallel epileptische Anfälle auftreten. Der körperliche Verfall, insbesondere die Erschlaffung der gesamten Muskulatur, ist massiv.
- = Demenz bei Menschen mit chronisch psychischen Behinderungen äußert sich im vermehrten Rückzug des Bewohners/der Bewohnerin in die psychische Erkrankung. Sie werden inaktiv und antriebsarm und benötigen ein erhöhtes Maß an Aktivierung.
- = Menschen mit einer Suchterkrankung können bereits in jüngeren Jahren dement werden, sind nach guter Pflege oft körperlich fit und uneinsichtig bezüglich ihrer Suchtproblematik.

¹³ Vgl. u.a. Volkmar Aderhold: „Mortalität durch Neuroleptika“ in „Soziale Psychiatrie“ 09/2007; Nils Greve: „Wenn Goethe noch leben würde, hätte er Zyprexa genommen“ in „Kerbe“ 03/2009

In den Pflegezentren werden nachvollziehbar mehr (vermutliche) Auswirkungen von andauernder Medikationeneinnahme beobachtet als in den Wohnverbänden; das Alter der Bewohner/innen und somit auch die Dauer der vorangegangenen Medikamenteneinnahme liegen hier deutlich höher.

Folgende Auswirkungen werden in den Pflegezentren beobachtet und zu großen Teilen der vorangegangenen, länger andauernden Medikamenteneinnahme zugeordnet:

- Voralterung
- Störung des Bewegungsablaufs (Dyskinesie)
- Speichelfluss
- Veränderung des Gaumens, Zahnersatz sitzt teilweise nicht richtig
- Haltungs- und Gangveränderungen
- erhöhtes Sturzrisiko
- Infektanfälligkeit
- reduzierte Wundheilung
- Veränderung der Stimmungslage
- Appetitlosigkeit
- Antriebsarmut
- neuroleptischer Parkinsonoid
- Abnahme des Schmerzempfindens
- Auswirkungen auf Leber und Niere (Organveränderungen)

Grundsätzlich werden beobachtete Effekte mit einem Arzt/einer Ärztin abgeklärt, um sicher zu sein, dass es sich um Nebenwirkungen handelt. Gemeinsam wird dann versucht, durch z.B. eine Umstellung oder Anpassung der Medikamente die eventuell auftretenden unerwünschten Nebenwirkungen bei der einzelnen Person zu minimieren.

Literatur und Praxiserfahrungen zu Veränderungen bei älteren Menschen mit Behinderungen sind rudimentär und unzulänglich. Die Fragestellung soll daher durch das LWL-Forschungsinstitut für Seelische Gesundheit in Bochum in einer Langzeitstudie empirisch-wissenschaftlich untersucht werden.

Vordringlich soll die Frage nach den Wechselwirkungen zwischen altersbedingten Veränderungen/Erkrankungen wie z.B. Demenz und der Grundbehinderung (geistige oder psychische Behinderung, Suchterkrankung) erforscht werden. Es soll nachgeprüft werden, ob Menschen mit einer bestimmten Behinderungsart anders (z.B. früher, später, schneller, langsamer) altern als die Durchschnittsbevölkerung. Zusätzlich ist zu untersuchen, wie sich die physische Alterung auf die Grundbehinderung auswirkt. Dabei ist zu beachten, dass viele Menschen mit Behinderungen zumeist jahrzehntelang Medikamente eingenommen haben, die

vermutlich sowohl Auswirkungen auf den Alterungsprozess als auch auf die Grundbehinderung/ Grunderkrankung haben.

Durch die Untersuchung soll ein Beitrag zur Ermittlung und Unterscheidung von Alters-, Behinderungs-, Behandlungs- bzw. Medikamenteneffekten geleistet werden. Es sollen Erkenntnisse für die Verbesserung der ärztlichen Behandlung und mehr Handlungssicherheit für das Betreuungspersonal der Wohnverbände und Pflegezentren bei der Betreuung und Begleitung von älteren Menschen mit Behinderungen gewonnen werden.

Um den Bedarfen der Menschen mit Behinderungen im Alter zu entsprechen, müssen Mitarbeiter/innen der Wohnverbände in sozial-gerontologischen und geragogischen sowie medizinischen, geronto-psychiatrischen und sozial-pflegerischen Fragestellungen weiter qualifiziert werden. Mitarbeiter/innen aus den Pflegezentren muss entsprechendes Fachwissen aus der Behindertenhilfe vermittelt werden¹⁴.

¹⁴ Vgl. Abschlussbericht „Gemeindeintegriertes Wohnen für Menschen mit Behinderungen im Alter“, Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V. 2008, S. 35, S. 58 ff

4. Bestandsaufnahme und Entwicklungsperspektiven der Betreuungsstrukturen und -angebote

Die Ergebnisse vorliegender Untersuchungen¹⁵ zeigen, dass sich die Wünsche zur zukünftigen Lebensgestaltung von älteren Menschen mit und ohne Behinderungen kaum von einander unterscheiden. Sie wollen gesund und aktiv sein, ihren Ruhestand nicht allein, sondern in Gesellschaft verbringen, bestimmen können, wo sie alt werden, und selbst entscheiden, wie sie ihr Leben gestalten wollen¹⁶. Bezüglich der Bewohner/innen ist es die Aufgabe der Wohnverbände und Pflegezentren, diese Wünsche möglichst individuell zu konkretisieren und in korrespondierende Leistungsangebote umzusetzen.

4.1. LWL-Wohnverbände

Wohnen und Betreuung

Die Wohnverbände passen ihre gebäudlichen Strukturen kontinuierlich den jeweils gültigen gesetzlichen Bestimmungen und den pädagogischen Konzepten an. Zurzeit werden größere

Umstrukturierungen der Gebäude und der einzelnen Standorte gemäß den Vorgaben des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG) NRW geplant und umgesetzt.

In neu errichteten Gebäuden wohnen die Menschen mit Behinderungen barrierefrei und behindertengerecht in kleinen Wohngruppen überwiegend in Einzelzimmern mit angeschlossenem Sanitärbereich. Die älteren Gebäude werden im Zuge der Umsetzung des WTG barrierefrei und behindertengerecht umgebaut oder aufgegeben und möglichst gemeindeintegriert neu errichtet, wenn entsprechende Versorgungsbedarfe vorliegen.

Unabhängig von der Größe des Wohnverbundes sind insgesamt nur wenige Wohngruppen ausschließlich für ältere Menschen mit Behinderungen gebildet worden. Die Gruppen sind in der Regel altersgemischt, es gibt allerdings einige wenige Seniorengruppen, in denen die

¹⁵ Vgl. u.a. Abschlussbericht „Gemeindeintegriertes Wohnen für Menschen mit Behinderungen im Alter“, Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V. 2008

¹⁶ Ebd., S. 26

Bewohner/innen zusammen alt geworden sind. Ein Umzug in eine spezielle Gruppe allein aufgrund des Alters, ohne dass der Hilfebedarf sich verändert hat, ist nicht vorgesehen. Einen Menschen mit Behinderung nur aufgrund seines Alters umziehen zu lassen, ohne dass der Hilfebedarf ein anderer geworden ist, wird von den Wohnverbänden als nicht sinnvoll angesehen. Wichtig ist, dass der Bewohner/die Bewohnerin sich in seiner/ihrer Wohngruppe wohl fühlt und dort gemäß seinem/ihrer Hilfebedarf gefördert werden kann.

Ändert sich der Hilfebedarf in Richtung einer erhöhten Pflegebedürftigkeit und ist die Wohngruppe nicht hinreichend barrierefrei, wird vorrangig innerhalb des Wohnverbundes umgezogen. Steht die Pflegebedürftigkeit allerdings bereits im Vordergrund, wird zumeist ein Umzug des Bewohners/der Bewohnerin direkt ins Pflegezentrum angestrebt, um die Zahl der Umzüge möglichst zu minimieren. Der Umzug ins Pflegezentrum wird von dem Bewohner/der Bewohnerin als ebenso viel oder wenig einschneidend erlebt wie der Umzug innerhalb des Wohnverbundes in eine andere Wohngruppe.

In beiden Fällen muss sich die Person auf andere Mitbewohner/innen, anderes Personal und andere Räumlichkeiten einstellen. Da die Pflegezentren

meist in der Nähe zu den Kernstandorten der Wohnverbände errichtet wurden, muss sich der Mensch mit Behinderung, der umzieht, nicht an eine neue Umgebung gewöhnen. Zumeist trifft er sowohl in einer anderen Wohngruppe als auch im Pflegezentrum alte Bekannte, die er von der Arbeit in einer WfbM, einer tagesstrukturierenden Maßnahme oder von der Freizeitgestaltung (z.B. Ausflügen oder Urlauben) kennt.

Ändert sich bei Menschen, die im Ambulant Betreuten Wohnen leben, der Hilfebedarf, muss gemeinsam entschieden werden, ob ein Umzug in ein stationäres Wohnangebot oder in das Pflegezentrum angezeigt ist. Auch hier wird bei einer erhöhten Pflegebedürftigkeit der Umzug ins Pflegezentrum bevorzugt, da dadurch weniger umgezogen werden muss. Der Klient/die Klientin muss sich in beiden Fällen auf eine neue Umgebung, neue Mitbewohner/innen und neues Personal einstellen.

Personalqualifikation

Die Qualifikationen der Mitarbeiter/innen sind breit gefächert:

- Erzieher/innen
- Heilerziehungspfleger/innen
- Heilpädagogen/innen
- Ergotherapeuten/innen
- Sozialarbeiter/innen
- Sozialpädagogen/innen

- Dipl.-Pädagogen/innen
- Dipl.-Psychologen/innen
- Gesundheits- und Krankenpfleger/innen
- Altenpfleger/innen
- Heilerziehungspflegehelfer/innen
- Altenpflegehelfer/innen
- Hauswirtschaftler/innen
- Nichtfachkräfte

vergleichbar ist. Weiterhin liegt der Schwerpunkt der Wohnverbände in der Förderung des Einzelnen und nicht in dessen Pflege¹⁸.

In den Wohnverbänden richten sich u.a. folgende interne und externe Fortbildungsangebote auch an Mitarbeiter/innen, die mit älteren Menschen mit Behinderungen arbeiten:

Zu beobachten ist, dass der traditionell hohe Anteil der Gesundheits- und Krankenpfleger/innen in den LWL-Wohnverbänden auf das bedarfsgerechte Niveau abnimmt. Die Wohnverbände befürworten eine integrierte Ausbildung, in der Erziehung/Heilerziehungspflege zu gleichen Teilen mit dem Bereich Pflege kombiniert wird. Diese Ausbildung, die in einem doppelten Abschluss mündet, wird zurzeit in Baden-Württemberg angeboten.¹⁷ Es handelt sich bei dieser Ausbildung allerdings um ein Modell; es bleibt abzuwarten, wie die Umsetzung in der Praxis erfolgt und ob der pflegerische Anteil mit somatischer Pflege

- Demenz
- Rückengerechtes Arbeiten
- Sturzprophylaxe
- Abschied nehmen
- Basale Stimulation und Pflege
- „Damit der Notfall kein Reinfall wird“ – Richtig handeln in Notfällen
- Umgang mit Epilepsie
- Pharmakologie
- Krankheitslehre

Die Fortbildungsprogramme der Wohnverbände werden zielgerichtet angepasst und zukünftig zusätzlich in Hinblick auf die älter werdenden

¹⁷ Siehe http://www.diakonie-kork.de/d/diakonieschulen_kork/heilerziehungspflegeschule/index.htm
Link „Altenpflege“

¹⁸ Ähnlich gelagert sind die Qualifizierungsmaßnahmen, die der Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V. erstmalig im Jahr 2007 für seine Mitarbeiter/innen durchgeführt hat (Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V.: „Abschlussbericht: Gemeindeintegriertes Wohnen für Menschen mit Behinderung im Alter“, Paderborn 2008, S. 58 ff). Ziel ist, die Mitarbeiter/innen für die altersgerechte Begleitung von Menschen mit Behinderung zu qualifizieren. Darüber hinaus gilt es, Begleiter/innen im Bereich der Grundpflege und altersbedingter Krankheiten weiterzubilden. Folgende modularen Weiterbildungsangebote wurden durchgeführt: „Beratende Pflegefachkraft in der Behindertenhilfe“ sowie „Menschen mit Behinderungen im Alter in ihrer Lebensgestaltung begleiten“. Die einzelnen Module wurden unterschiedlich gut angenommen. In der abschließenden Bewertung wurde von den Teilnehmer/innen eine stärkere Orientierung an der Praxis gefordert.

Bewohner/innen folgende notwendige Themen beinhalten:

- Alzheimer-Krankheit
- Nebenwirkungen von Psychopharmaka
- Ergebnisse der Hirnforschung (Sind manche Gedächtnisleistungen im Alter einfach nicht mehr möglich? Gibt es neue Kompetenzen im Alter?)
- Beschäftigung und Training für Menschen mit Behinderungen im Alter zur Ressourcenerhaltung
- Erkennen der Notwendigkeit von behandlungspflegerischen Maßnahmen, etwa bei Dekubitus

Arbeit und Beschäftigung

Grundsätzlich steht der erste Arbeitsmarkt Menschen mit Behinderungen gleichermaßen wie Menschen ohne Behinderungen zur Verfügung. Da eine Festanstellung im ersten Arbeitsmarkt aus unterschiedlichen Gründen vielfach nicht gelingt, arbeitet ein großer Teil der Menschen mit Behinderungen, die in ambulanten oder stationären Wohnformen leben, bis zum 65. Lebensjahr in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). Die meisten Bewohner/innen der Wohnverbände, die in einer WfbM arbeiten, sind bis zu ihrer Rente

in Vollzeit beschäftigt, seltener wird von der Möglichkeit der Teilzeitarbeit Gebrauch gemacht.

Daneben gibt es in den Wohnverbänden eine hohe Anzahl von Menschen mit Behinderungen, die kurz vor dem Rentenalter sind oder solche, die schon in jüngeren Jahren nicht am regulären Arbeitsleben teilnehmen (können) und nicht werkstattfähig sind. Es handelt sich dabei u. a. auch um die sogenannten „Langzeitpatienten/innen“ der ehemaligen Landeskrankenhäuser, für die schon früh aufgrund fehlender Werkstattfähigkeit ein umfangreiches Tagesstrukturangebot geschaffen werden musste. Aber auch neu aufgenommene Bewohnerinnen und Bewohner sind überwiegend nicht werkstattfähig, ebenso wie ein großer Teil der Menschen, die auf die Wartelisten der Wohnverbände genommen wurden.

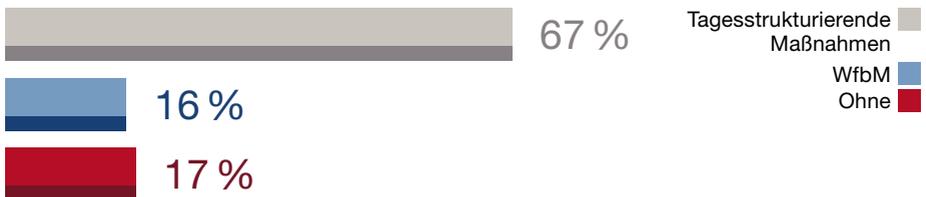
Tagesstrukturangebote sind immer nachrangig gegenüber dem regulären Arbeitsmarkt und einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). Für die Bewohner/innen halten die Wohnverbände unterschiedliche Beschäftigungs- und Förderangebote u.a. in Tagesförderstätten, Kreativwerkstätten, Arbeitstherapien oder Snoezel-Räumen

¹⁹ Beispiele siehe http://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/P/lwl_wv_lippstadt/leistungsspektrum/tagesstrukturierende_angebote/tagesstaettenverbund/

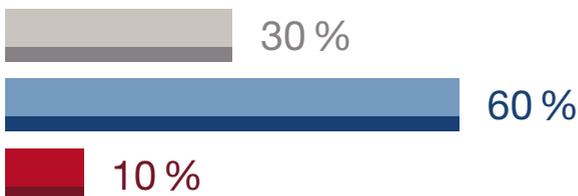
bereit¹⁹. Auch in den einzelnen Wohngruppen werden tagesstrukturierende Aktivitäten angeboten, so wird u. a. gekocht, gebastelt, hauswirtschaftlich gearbeitet oder es werden Gesellschaftsspiele gespielt. Alle Angebote sind grundsätzlich auch für ältere Menschen mit Behinderungen offen und werden auch gut von ihnen angenommen.

Der Anteil der Menschen mit Behinderungen, die nicht in einer WfbM arbeiten, ist im Vergleich zu anderen Einrichtungen der Eingliederungshilfe groß und weiter ansteigend (Stichtag 15.09.2009):

Tagesstruktur der Bewohner/innen der LWL-Wohnverbände

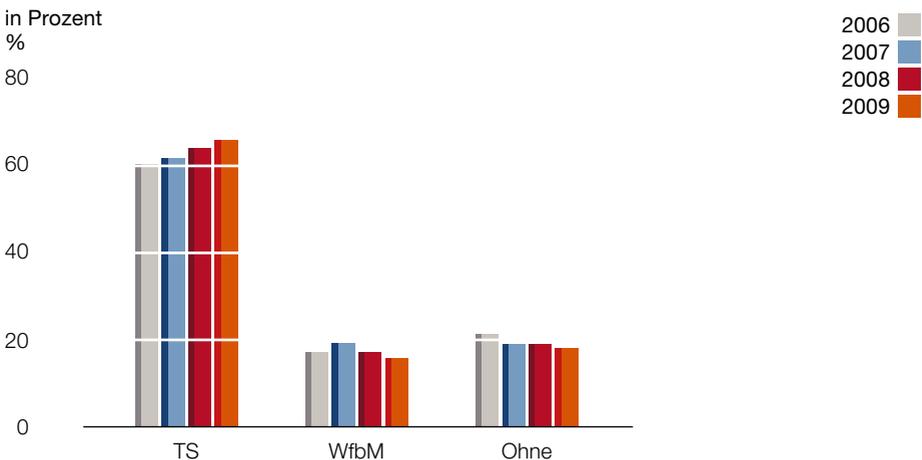


Tagesstruktur der Bewohner/innen der Eingliederungshilfe Westfalen-Lippe



Dies resultiert zum einen aus der Historie der Wohnverbände (einstige „Langzeitpatienten/innen“), zum anderen aus den verstärkten Aufnahmeanfragen im Bereich der Menschen mit psychischen Behinderungen, die nicht werkstattfähig sind.

Tagesstruktur der Bewohner/innen: Verlauf in den LWL-Wohnverbänden



Betreuung und Beschäftigung für Menschen mit Behinderungen im Alter

Ebenso wie es beim Wohnen nur wenige, gewachsene Seniorengruppen gibt, sind bisher nur einzelne Betreuungsangebote speziell für ältere Menschen mit Behinderungen geschaffen worden. Das resultiert einerseits aus

der derzeit noch geringen Anzahl über 60-Jähriger in einigen Wohnverbänden, andererseits ist es auch konzeptionell nicht immer notwendig. Die behinderungsspezifischen Bedürfnisse bleiben im Alter gleich und sind mit denen der Durchschnittsbevölkerung nicht zu vergleichen. So sind Einzel- und

Gruppengespräche zur Konflikt- und Krisenbewältigung sowie die Förderung von Kommunikationsverhalten und sozialen Kompetenzen ein wichtiger Teil der Betreuung von Menschen mit Behinderungen in jedem Alter. Menschen mit Behinderungen müssen im Alter nicht anders betreut werden als in jungen Jahren, solange sich ihre Hilfebedarfe nicht geändert haben. Grundlage ist durchweg die Förderung der individuellen Neigungen und Fähigkeiten.

Nur wenn sich die Hilfebedarfe der Menschen mit Behinderungen im Alter verändern, werden spezielle Angebote für sinnvoll erachtet. Hauptsächlich für Menschen mit Behinderungen im Alter werden u.a. in den Wohnverbänden angeboten:

- angeleitete Bewegung/ Bewegungsaktivierung
- Gedächtnistraining
- Training alltagspraktischer Tätigkeiten (z.B. Wäsche waschen, kalte und warme Mahlzeiten zubereiten, Ordnung im persönlichen Bereich/ Zimmer halten etc.)
- Orientierungstraining

- Sitztanz
- Seniorengruppen (Ausflüge, Kochen, Backen, Spaziergänge, Basteln etc.)

Hier kann besser auf altersspezifische Neigungen wie z. B. ein erhöhtes Ruhebedürfnis oder eine verkürzte Konzentrationsspanne eingegangen werden. Da allerdings beispielsweise bei Menschen mit geistigen Behinderungen der Alterungsprozess deutlich vor dem 60. Lebensjahr eintreten kann²⁰, sind diese Gruppen auch für jüngere offen.

Alle anderen Beschäftigungs- und Fördermöglichkeiten, die sowohl die Bereiche Arbeitsförderung als auch Freizeit abdecken, sind altersgemischt und werden gern von den älteren Menschen mit Behinderungen angenommen. Die Angebotspalette erstreckt sich u. a. von der industriellen Fertigung (Montagearbeiten, Metallbearbeitung, Verpackung etc.) über das Training alltagspraktischer Fähigkeiten, den musisch-kreativen Bereich bis zur Durchführung von Ausflügen.²¹

²⁰ Vgl. u.a. „Perspektiven alternder Menschen mit schwerster Behinderung in der Familie“, Hrsg. Dr. Andreas Borchers, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hannover 2008; „Gemeindeintegriertes Wohnen für Menschen mit Behinderungen im Alter“, Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V. 2008

²¹ Vgl. http://www.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/P/lwl_wv_lippstadt/leistungsspektrum/tagesstrukturierende_angebote/tagesstaettenverbund/

4.2. LWL-Pflegezentren

Wohnen und Betreuung

Analog den Wohnverbänden folgen auch die Wohnkonzepte der Pflegezentren dem Normalisierungsprinzip. Grundlage der Arbeit in den Pflegezentren ist das Hausgemeinschaftskonzept. Der Begriff „Hausgemeinschaft“ wird vom Kuratorium Deutsche Altershilfe im Zusammenhang mit stationären Einrichtungen verwendet. Eine Hausgemeinschaft ist eine räumliche und organisatorische Einheit, in der (ältere, pflegebedürftige) Menschen leben. Sie bietet mit ca. 12 bis 14 Personen eine überschaubare Wohnstruktur, in deren Rahmen so viel Normalität und Eigenverantwortlichkeiten wie möglich und so viel Hilfe und Betreuung wie nötig stattfindet. Feste Tagesstrukturen und Rituale, vergleichbar mit dem Alltag in einer Familie, geben den Bewohnerinnen und Bewohnern das Gefühl von Sicherheit und Orientierung.

Die neueren Pflegezentren halten nahezu ausschließlich Einzelzimmer, auch für Rollstuhlfahrer, vor. Die Wohnbereiche sind durchgängig barrierefrei und übersichtlich gestaltet. Durch das Vorhalten einer Küche je Wohnbereich kann eine Tagesstrukturierung realisiert werden, die im Wesentlichen hauswirtschaftliche Tätigkeiten beinhaltet.

Im Zuge der Umsetzung des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG) und der Verordnung über die allgemeinen Grundsätze der Förderung von Pflegeeinrichtungen nach dem Landespflegegesetz (AllgFörderPflegeVO) werden die älteren Gebäude barrierefrei und pflegegerecht umgebaut oder aufgegeben.

Personalqualifikation

Die vorgehaltenen Qualifikationen in den Pflegezentren umfassen neben Alten-, Gesundheits- und Krankenpflegern/innen (teilweise mit gerontopsychiatrischer Zusatzqualifikation), Altenpflege- und Krankenpflegehelfern/innen, Hauswirtschafts- sowie Nichtfachkräften auch pädagogische Fachkräfte wie Dipl.-Sozialarbeiter/innen, Erzieher/innen, Heilerziehungspfleger/innen und Betreuungsassistenten/innen nach § 87 b SGB XI. Da die Teams multiprofessionell zusammengesetzt sind, wird eine integrierte Ausbildung (Heilerziehungs- und Altenpflege kombiniert, s. Abschnitt 3.2.1.) von den Pflegezentren für die Zukunft ebenfalls befürwortet.

Durch die Neuregelung der Vergütungszuschläge für Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf nach § 87b SGB XI zeichnet sich eine vom Gesetzgeber gewollte Angebotsverbesserung ab. Durchschnittlich fallen fast Dreiviertel der Bewohner/innen der LWL-Pflegezentren unter den § 87b SGB

XI. Durch das zusätzliche Personal, das ausschließlich für die Gestaltung und Durchführung von vorher definierten Freizeitangeboten zuständig ist, hat sich die psychosoziale Betreuung weiter bedarfsgerecht entwickelt.

In den LWL-Pflegezentren werden im überdurchschnittlichen Maße interne und externe Fortbildungen zu folgenden Themen angeboten:

- Deeskalation
- freiheitseinschränkende Maßnahmen mit dem Schwerpunkt der rechtlichen Bedeutung und der Vermeidung (z.B. „ReduFix“)
- sexuelle Selbstbestimmung psychisch/geistig behinderter Menschen in Betreuung und Pflege
- Pflege bei gerontopsychiatrischen Erkrankungen
- Validation (Methode zur Kommunikation mit dementen Menschen)
- Korsakow-Syndrom
- Umgang mit aggressiven Verhaltensformen
- Anleitung zu Entspannungsverfahren
- Beschäftigung für demenziell erkrankte Personen
- basale Stimulation
- Kinästhetik
- Umsetzung der nationalen Expertenstandards (zu Sturzprophylaxe, Dekubitusprophylaxe,

- Wundmanagement, Förderung der Harnkontinenz, Schmerzmanagement, Ernährungsmanagement, Kontrakturenprophylaxe)
- Verhalten in Notfallsituationen
- Pflegeprozessplanung sowie deren Dokumentation
- Beschäftigungsangebote wie Bewegungsübungen, Hirnleistungstraining etc.
- Begleitung Sterbender/Grundsätze der Palliativpflege
- Erhöhung der Lebensqualität der Bewohner/innen
- Psychopharmaka und deren Anwendung

Im Pflegezentrum Lengerich wird mit den Mitarbeitern/innen das Eden-Konzept umgesetzt. Die Grundannahme ist, dass drei „Plagen“ – Einsamkeit, Hilflosigkeit und Langeweile – für den Großteil der Leiden alter Menschen verantwortlich sind. Diesen gilt es entgegenzuwirken, indem man Pflegeeinrichtungen zu Orten der menschlichen Wärme macht.

Psychosoziale Betreuung

Die tagesstrukturierenden Angebote der Pflegezentren sind auf die besonderen psychosozialen Hilfebedarfe der Bewohner/innen zugeschnitten. Sie umfassen insbesondere lebenspraktisches Training, basale Stimulation, psychomotorische Angebote einschließlich gemeinsamen Feierns von Festen und Besuche von Veranstaltungen²². Einzelne Angebote richten sich zusätzlich an eine bestimmte Gruppe von Bewohnern/innen²³. Grundsätzlich wird die Alltagsbewältigung (z. B. gemeinsames Zubereiten und Essen der Mahlzeiten, Wäsche waschen) als Tagesstruktur innerhalb der Wohngruppe genutzt.

Im Hinblick auf den Betreuungsprozess ist je nach Ressourcen und Defiziten des Bewohners/der Bewohnerin eine differenzierte und individualisierte Hilfeerbringung erforderlich. Dabei soll der Bewohner/die Bewohnerin so wenig wie möglich deaktiviert werden und ihm/ihr nur so viel Unterstützung angeboten werden, wie unbedingt nötig ist. Hierbei darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass der Aufenthalt in den Pflegezentren zugleich für viele der Lebensabend ist und entsprechend

ihren individuellen Erwartungen gerecht werden muss. Die Mitarbeiter/innen müssen einen Weg zwischen Aktivierung und der Vermeidung von Überforderung zusammen mit den Bewohnern/innen finden.

4.3. Zusammenwirken der LWL-Wohnverbände und LWL-Pflegezentren

Den Wohnverbänden und Pflegezentren ist gemein, dass sie ihre Betreuungsstrukturen und -angebote nach den individuellen Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner/innen ausrichten. Im kreativ-musischen Bereich, bei den Ausflügen, den Bewegungsangeboten sowie dem Entwickeln von alltagspraktischen Fähigkeiten gibt es in beiden Einrichtungsformen viele Entsprechungen.

Die kreativ-musischen Angebote umfassen u. a. gestalterisches Werken/Malen und gemeinsames Musizieren oder Singen. Bewegungsangebote werden vor allem im Bereich Tanz und Bewegungsaktivierung vorgehalten, bei den zu trainierenden alltagspraktischen

²² Beispiele siehe https://zzz.lwl.org/LWL/Gesundheit/psychiatrieverbund/P/lwl_pz_warstein/aktuell/soziale_beschaefigung/index_html

²³ Es wird z.B. in einem Pflegezentrum für Menschen mit geistigen Behinderungen einmal wöchentlich eine Hippotherapie durchgeführt.

Fähigkeiten handelt es sich überwiegend um hauswirtschaftliche Tätigkeiten wie z. B. kochen, backen sowie Wäsche waschen und falten.

Vor allem die Angebote in den Wohnverbänden, die sich eher an Senioren/innen richten, sind der sozialen Betreuung in den Pflegezentren sehr ähnlich, wie beispielsweise das Gedächtnistraining.

Die Wohnsituation unterscheidet sich zwischen den Wohnverbänden und Pflegezentren nicht grundlegend. Ein Wohnhaus ist in unterschiedliche Wohngruppen bzw. Hausgemeinschaften unterteilt. In den Wohnverbänden liegt die Gruppengröße zukünftig bei maximal 8, in den Pflegezentren bei 12 bis 14 Personen. In beiden Einrichtungsformen gehört zu jeder Wohngruppe eine Küche, die Wohngruppen sind barrierefrei gestaltet. Zielgedanke ist eine überschaubare Wohnstruktur, in der der Alltag gelebt werden kann.

Auch die Qualifikationsspektren des Personals unterscheiden sich zwischen den Wohnverbänden und den Pflegezentren kaum (s. Abschnitte 3.2.1. und 3.2.2.). Die quantitativen Schwerpunkte sind jedoch unterschiedlich gesetzt. In den Wohnverbänden ist mehr pädagogisches, in den Pflegezentren mehr pflegerisches Personal beschäftigt. Die

Fachkraftquote von durchschnittlich über 75 % überschreitet deutlich die gesetzlich vorgeschriebene von 50 %, sowohl in den Wohnverbänden als auch den Pflegezentren des LWL.

Die Tagesstruktur ist in den Wohnverbänden und Pflegezentren im Allgemeinen unterschiedlich organisiert. In den Wohnverbänden finden die tagesstrukturierenden Maßnahmen vorwiegend außerhalb der Wohngruppe statt. Teilweise gibt es Angebote im selben Gebäude, häufig außerhalb in einem anderen Haus. Dem Normalitätsprinzip folgend, wird viel Wert auf die Trennung von Wohnen und Arbeiten (bzw. Tagesstruktur) gelegt.

In den Pflegezentren findet demgegenüber ein großer Teil der tagesstrukturierenden Betreuung innerhalb der Wohngruppe oder des Gebäudes statt. Diesem Vorgehen liegt ebenfalls das Normalitätsprinzip zugrunde. Menschen mit und ohne Behinderungen gehen im Rentenalter nicht mehr arbeiten, beschäftigen sich eher zu Hause und nehmen je nach Mobilität und Interesse verstärkt an Aktivitäten im näheren oder weiteren Umfeld teil.

Der Schwerpunkt bzw. die Grundidee der Betreuungsangebote ist je nach Einrichtungsform unterschiedlich. In den Wohnverbänden geht es in erster Linie

um das Entdecken und die Förderung von Neigungen und Fähigkeiten. Lediglich im Schwerstmehrfachbehindertenbereich kann der Erhalt von vorhandenen Fähigkeiten im Vordergrund stehen. In den Pflegezentren liegt der Fokus vor allem auf dem Erhalt von Fähigkeiten. In der psychosozialen Betreuung wird hauptsächlich der häusliche Alltag abgebildet, wie z. B. gemeinsam Essen vorbereiten und die Mahlzeiten zusammen einnehmen. Andere Maßnahmen werden begleitend zur häuslichen Alltagsgestaltung angeboten, hier wird ein größerer Wert auf Bewegungsangebote in Hinsicht auf Sturzprophylaxe als in den Wohnverbänden gelegt.

Das Bewegungsprogramm „Fit für 100“²⁴, das in einigen Pflegezentren angeboten wird, ist vor allem für Menschen konzipiert, die motorisch noch aktiv sein können. Schwerstpflegebedürftige können nicht bzw. nur sehr eingeschränkt daran teilnehmen. Da das Programm bei den teilnehmenden

Bewohnern/innen der Pflegezentren mit Begeisterung aufgenommen wird, soll es grundsätzlich in die Wohnverbände transferiert werden.

Durch den Vergleich der Betreuungsstrukturen und -angebote für ältere Menschen mit Behinderungen der Wohnverbände und Pflegezentren wird deutlich, dass beide Einrichtungsformen das für ihre Bewohner/innen in der Gewichtung passende Leistungsspektrum bieten.

²⁴ „Fit für 100“ ist ein gezieltes Training mithilfe von individuell angepassten und gesteigerten Gewichten, um die wichtigsten Muskelpartien, z.B. Schultern und des oberen Rückens, die Oberarmmuskulatur, Hüftbeuger-, Oberschenkel- und Gesäßmuskulatur zu stärken. Das gemeinsame Training in der Gruppe führt zu mehr Wohlbefinden und zu neuen Kontakten. Lernziele sind: Positive Beeinflussung von Stand- und Gehsicherheit; Sturzprophylaxe; Förderung von Kraft und Koordination, um die Alltagskompetenz (Selbstständigkeit) sowie Lebensqualität zu erhalten; Erfahrung von Erfolgserlebnissen und Wohlbefinden; Schulung von Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Konzentration sowie Verbesserung der Vitalität und der Mobilität. Diese Ziele sollen durch Koordinative Erwärmung, Kräftigungsprogramm mit Hanteln und variablen Gewichtsmanschetten am Fuß, Übungen zum Gleichgewichtserhalt sowie die ständige Anleitung und Korrektur durch die Kursleitung erreicht werden. Voraussetzungen für die Teilnahme an dem Training sind Stehvermögen ohne Hilfsmittel, selbstständiges Aufstehen und Setzen auf einen Stuhl sowie selbstständiges, sicheres Gehen.

5. Kernaussagen

Auf die Anforderungen der immer größer werdenden Anzahl von Menschen mit Behinderungen im Alter sind sowohl die Wohnverbände als auch die Pflegezentren bestmöglich eingestellt. Sie bieten den Bewohnern/innen individuelle behinderten-, alten- und pflegegerechte Betreuungsstrukturen und -angebote.

Dies beruht vor allem auf der multiprofessionellen Zusammensetzung und der Psychiatrie-Erfahrung der Mitarbeiter/innen. Die vorgehaltene Qualifikation wird durch zielgerichtete Fortbildungsmaßnahmen ständig weiterentwickelt. Die Wohnverbände werden ergänzend durch Pflegefachkräfte beraten, die für die Mitarbeiter/innen sowohl Anlaufstelle bei pflegerischen Fragen als auch Multiplikator für pflegerisches Wissen sind. In den Pflegezentren werden die soziale Betreuung und tagesstrukturierende Angebote von pädagogischen Fachkräften wie z. B. Sozialpädagogen/innen konzipiert und begleitet.

Dadurch, dass in den Wohnverbänden und den Pflegezentren strukturell ähnliche Qualifikationen vorgehalten werden – allerdings entsprechend ihrem sozialrechtlich definierten Auftrag mit erheblich unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen – verschwimmt die

Grenze zwischen klassischer Behindertenhilfe und Altenhilfe, bezogen auf pflegebedürftige behinderte Menschen.

Auch aufgrund der Tatsache, dass in den Pflegezentren (kleine) Hausgemeinschaften gebildet werden und sie den Wohngruppen in den Wohnverbänden konzeptionell sehr ähnlich sind, relativieren sich die Unterschiede zwischen beiden Einrichtungsformen. Je nach Ausmaß und individuellen Begleitumständen der Pflegebedürftigkeit eines Menschen mit Behinderungen im Alter bekommt er die für ihn passende Unterstützung in einem LWL-Wohnverbund oder in einem LWL-Pflegezentrum.

Eine Entscheidungshilfe für den Umzug eines Bewohners/einer Bewohnerin vom Wohnverbund ins Pflegezentrum kann nur die Rahmenbedingungen abbilden. Im Einzelfall werden maßgeblich sein:

- die individuelle Situation des pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung
- die Betreuungsmöglichkeiten des Wohnverbundes
- die Aufnahmemöglichkeiten und die konzeptionelle Ausrichtung des Pflegezentrums

Ab einem bestimmten Grad oder aufgrund der Spezifität der Pflegebedürftigkeit kann ein Umzug die angemessene Lösung sein, weil die Betreuung dann in einem Pflegezentrum besser auf die Bedürfnisse des Bewohners/der Bewohnerin zugeschnitten werden kann.

Die Entscheidung, ob ein Mensch mit Behinderungen im Alter ins Pflegezentrum zieht oder im Wohnverbund verbleibt, wird immer individuell gefällt. Sie wird nicht nur anhand festgelegter Kriterien getroffen werden können, sondern auch maßgeblich von individuellen Wünschen der Betroffenen und von deren Entwicklung abhängen.

6. Literaturverzeichnis

Aderhold, Volkmar
in „Soziale Psychiatrie“ 09/2007
Mortalität durch Neuroleptika

Aktion Psychisch Kranke, Regina Schmidt-Zadel,
Heinrich Kunze (Hrsg.), Bonn 2007
*Unsere Zukunft gestalten. Hilfen für alte Menschen
mit psychischen Erkrankungen, insbesondere De-
menz. Tagungsbericht Berlin, 14./15. November
2006*

Arbeitskreis Teilhabeorientierte Pflege bei der
Beauftragten der Bundesregierung für die Belange
behinderter Menschen, Übergeben an Frau Bun-
desministerin Ulla Schmidt am 12.12.2006
Empfehlungen für eine teilhabeorientierte Pflege

Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und
Sozialordnung, Familie und Frauen
München, 2. Dezember 2009
*Beschlussprotokoll der 86. Konferenz der Minister-
innen und Minister, Senatorinnen und Senatoren
für Arbeit und Soziales der Länder am 25./26.
November in Berchtesgaden*

Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung
(Hrsg.), Köln, März 2009
*Alt und behindert. Wie sich der demografische
Wandel auf das Leben von Menschen mit Behin-
derung auswirkt*

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend. Hrsg: Dr. Andreas Borchers
Hannover 2008
*Dokumentation. Theorie trifft Praxis. Workshop
zum Projekt: Perspektiven alternder Menschen mit
schwerster Behinderung in der Familie*

Bundesministerium für Gesundheit
Berlin, 26. Januar 2009
*Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflege-
bedürftigkeitsbegriffs*

Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V.
(Hrsg.), Paderborn, August 2008

*Abschlussbericht „Gemeindeintegriertes Wohnen
für Menschen mit Behinderungen im Alter“
01.05.2005 bis 30.04.2008*

Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V.
(Hrsg.), Paderborn, Februar 2008
*Alt werden in Würde und Selbstbestimmung –
Das Projekt „Gemeindeintegriertes Wohnen für
Menschen mit Behinderungen im Alter“ im Erzbis-
tum Paderborn – Grundlagen und Praxisbeispiele*

Deutscher Verein für öffentliche und private
Vorsorge (Hrsg.)
NDV (Zeitschrift Nachrichtendienst),
Ausgabe November 2008
*Diskussionspapier des Deutschen Vereins zur
Abgrenzung der Begriffe und Leistungen in einem
neuen Verständnis der Pflegebedürftigkeit*

Greve, Nils
in „Kerbe“ 03/2009
*Wenn Goethe noch leben würde, hätte er Zyprexa
genommen*

Landschaftsverband Rheinland,
Amt für Heilpädagogische Heime, Oktober 2001
*Bericht über die Informationsreise des Ausschus-
ses für die Rhein. Heilpädagogischen Heime des
Landschaftsverbandes Rheinland zur Evangeli-
schen Stiftung Alsterdorf in Hamburg*

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Abt.
für Krankenhäuser und Gesundheitswesen,
LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen, Mai 2007
*Die LWL-Pflegezentren im LWL-PsychiatrieVer-
bund Westfalen. Zwischenbilanz und Entwick-
lungsperspektiven*

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Abt.
für Krankenhäuser und Gesundheitswesen,
LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen
Stand 10.10.2002
*Rahmenkonzept: Die Wohnverbundeinrichtungen
des LWL*

Landschaftsverband Westfalen-Lippe, LWL-Abt.
für Krankenhäuser und Gesundheitswesen,
LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen
LWL-Workshop am 01.03.2007 in der
LWL-Klinik Dortmund
Pflege von Menschen mit Behinderungen im Alter

Landschaftsverband Westfalen-Lippe,
LWL-Klinik Marsberg, Station 26/1
September 2009
*Konzept Erinnerungszimmer „Begegnung mit der
Vergangenheit“*

Lebenshilfe e.V. Berlin
Fachtag der Lebenshilfe in Berlin am 29.03.2006,
Tagungsbericht
*„Geistig behindert und pflegebedürftig ...“
Individuelle Hilfearrangements an der Schnittstelle
von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung*

Lebenshilfe e.V. Marburg
Erarbeitet vom Ausschuss Wohnen in Zusammen-
arbeit mit dem Ausschuss Offene Hilfe der
Bundesvereinigung Lebenshilfe. Verabschiedet
von Bundesvorstand und Bundeskammer in der
gemeinsamen Sitzung vom 8.2.2008
*Wohnen im Alter. Orientierung- und Entschei-
dungshilfe für die Begleitung älter werdender und
alter Menschen mit Behinderung*

Ministerium für Generationen, Familie, Frauen und
Integration des Landes Nordrhein-Westfalen
Seniorenpolitische Leitlinien des Landes Nord-
rhein-Westfalen bis 2025, gebilligt am 18.08.2009
*Gemeinsam in einer Gesellschaft des langen
Lebens*

Richter, Dirk
In „Psychiatrische Praxis“ 2010; 37: 127–133
*Evaluation des stationären und ambulanten
betreuten Wohnens psychisch behinderter
Menschen in den Wohnverbänden des
Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe*

Statistisches Bundesamt
2008
Pflegestatistik 2007

„Übereinkommen der Vereinten Nationen über
die Rechte von Menschen mit Behinderungen“,
03.05.2008, *Umsetzung des Übereinkommens
in der Bundesrepublik Deutschland*: Unterzeich-
nung der Konvention und des Zusatzprotokolls
durch die Bundesregierung am 30.03.2007.
Hinterlegung der Ratifizierungsurkunde am
24.02.2009. In Kraft getreten am 26.03.2009

Adressen

LWL-Wohnverbände

LWL-Wohnverbund Dortmund

Marsbruchstraße 179
44287 Dortmund
Telefon: 0231 4503-01

LWL-Wohnverbund Gütersloh

Dorotheenstraße 44
33332 Gütersloh
Telefon: 05241 502-0

LWL-Wohnverbund Hemer

Frönsberger Straße 81
58675 Hemer
Telefon: 02372 5596-840

LWL-Wohnverbund Lengerich

Parkallee 10
49525 Lengerich
Telefon: 05481 12-0

LWL-Wohnverbund Lippstadt

Dorfstraße 28
59556 Lippstadt
Telefon: 02945 981-03

LWL-Wohnverbund Marl-Sinsen

Halterner Straße 525
45570 Marl
Telefon: 02365 802-0

LWL-Wohnverbund Marsberg

Bredelarer Straße 33
34431 Marsberg
Telefon: 02992 601-4101

LWL-Wohnverbund Münster

Friedrich-Wilhelm-Weber-Straße 30
48147 Münster
Telefon: 0251 91555-0

LWL-Wohnverbund Paderborn

Agathastraße 1
33098 Paderborn
Telefon: 05251 295-0

LWL-Wohnverbund Warstein

Franz-Hegemann-Straße 23
59581 Warstein
Telefon: 02902 82-1

LWL-Pflegezentren

LWL-Pflegezentrum Dortmund

Allerstraße 28
44287 Dortmund
Telefon: 0231 4503-01

LWL-Pflegezentrum Gütersloh

Hermann-Simon-Straße 7
33334 Gütersloh
Telefon: 05241 502-0

LWL-Pflegezentrum Lengerich

Parkallee 10
49525 Lengerich
Telefon: 05481 12-0

LWL-Pflegezentrum Lippstadt

Apfelallee 20
59556 Lippstadt
Telefon: 02945 981-04

LWL-Pflegezentrum Marsberg

Weist 45
34431 Marsberg
Telefon: 02992 601-1000

LWL-Pflegezentrum Münster

Kinderhauser Straße 90 e
48147 Münster
Telefon: 0251 91555-0

LWL-Pflegezentrum Warstein

Lindenstraße 4 a
59581 Warstein
Telefon: 02902 82-0



Stark für die seelische Gesundheit

Der LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen ist der gemeinnützige Gesundheitsdienstleister des LWL, des Kommunalverbandes 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.

■ **über 100 Einrichtungen im Verbund:**

Krankenhäuser, Tageskliniken
und Institutsambulanzen,
Rehabilitationseinrichtungen, Wohnverbände
und Pflegezentren,
Akademien für Gesundheitsberufe,
Institute für Forschung und Lehre

■ **ca. 9.250 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**
aus allen Berufen des Gesundheitswesens

■ **ca. 180.000 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.