

DGSGB

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

Michael Seidel
(Hrsg.)

**Altersbedingte psychische Störungen
bei Menschen mit geistiger
Behinderung**

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am
26.04.2002 in Kassel

Materialien der DGSGB
Band 6

Berlin 2002

Altersbedingte psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung

Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 26.04.2002 in Kassel

Inhaltsverzeichnis

	Seite
H. G. Wienke	3
Demenzen - Eine Einführung aus gerontopsychiatrischer Sicht	
Maria Tomka-Hoffmeister, Bernd Huber und Michael Seidel	9
Ungewöhnlicher Epilepsieverlauf täuscht eine Demenz vor	
Georg Theunissen und Kerstin Schirbort	12
Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Altersveränderungen - Anforderungen an ihre pädagogische Begleitung und ihre Wohnbedingungen	
Bettina Winter	24
Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Altersveränderungen - Konzeptionelle Anforderungen aus der Sicht eines Sozialministeriums	
Autoren	30

Demenzen

Eine Einführung aus gerontopsychiatrischer Sicht

H. G. Wienke

Die Dementia senilis ist die häufigste neuropsychiatrische¹ Krankheit geworden. Der bedeutendste Risikofaktor für die Demenzen ist das Alter. Demenzen können jeden betreffen. Normale Alterungsprozesse müssen abgegrenzt werden. Weitere psychische Erkrankungen des Alters sind Depressionen, paranoide Syndrome und andere Psychosen, Suchtleiden, Angst- und Zwangserkrankungen.

Die häufigste Demenz ist die *Alzheimer-Demenz* (75 %). Es finden sich typische Veränderungen im Hirngewebe (sog. Plaques und Fibrillen und Neurofibrillen). Genetische und molekularbiologische Grundlagen werden immer weiter aufgeklärt. Von der Erkrankung sind zahlreiche Neurotransmittersysteme betroffen. Der Beginn ist schwer für Patienten, Angehörige und Ärzte zu fassen und bei Auffälligkeiten in der Kognition oder im Verhalten ist die Erkrankung z. B. bei der *Alzheimer-Demenz* bereits 20 Jahre alt. Sie sehen klinisch quasi nur die letzten 6 bis 10 Jahre der Erkrankung. Nach Diagnosestellung sterben die Patienten innerhalb dieses Zeitraumes (meist an Verdursten, Verhungern oder Pneumonie) im Endstadium der Demenz.

Eine sorgfältige Diagnose und Differentialdiagnose ist wünschenswert, um früh zu beraten und den Verlauf optimal zu beeinflussen. Hier ist die Lotsenfunktion des Haus-/Nervenarztes anzusiedeln, um durch Fachwissen zu der richtigen Diagnose zu gelangen. Im weiteren Behandlungsverlauf erfolgt ein Wandel dieser Rolle zum *Assista* (italienisch: der gute Begleiter).

In der Anamnese und Fremdanamnese ist wichtig, die lebensgeschichtliche Entwicklung zu verstehen, eine körperlich-neurologische Untersuchung ist neben einer testpsychologischen Untersuchung (Mini-Mental-State-Test, Uhrentest, usw.) wichtig, um z. B. auch Pseudodemenzen (bei Depressionen z. B. möglich) abzugrenzen. Neben der wichtigen Alltagsbeobachtung, Anamnese, Fremdanamnese, körperlicher und neurologischer Untersuchung sind folgende weitere Untersuchungen notwendig:

Laboruntersuchungen, Bildgebung (CCT, MRT, PET), EEG, EKG, Röntgen der Lunge, evtl. werden weitere Spezialuntersuchungen angeschlossen (Liquor u. a.). Aus der Gesamtschau wird die Diagnose erstellt, inzwischen kann eine ca. 80 bis 90%ige Diagnosesicherheit erreicht werden.

Allgemein gilt, dass bei leichteren Störungen die Patienten in die Praxis kommen und bei schwereren Störungen auf Initiative der Angehörigen. Dies bedeutet, dass anfänglich viele Patienten Defizite in den Gedächtnisleistungen und allgemein in der Bewältigung des Alltages bemerken und beunruhigt beobachten, bei fortgeschrittenem Verlauf wird mit dieser Anmerkung noch einmal deutlich, wie

¹ Siehe Glossar im Anhang

stark die soziale Umgebung – und hier besonders – die (pflegenden) Angehörigen betroffen werden, da diese mehr und mehr Verantwortung und Hilfe übernehmen.
Diagnosekriterien für Hirnleistungsstörungen sind:

- das äußere Erscheinungsbild (Kleidung, Körperpflege, Körperhaltung, Gesichtsausdruck)
- die Ausdrucksbewegungen (Mimik, Sprechweise, Gangbild)
- Hirnleistungsdefizite (wie z. B. Gedächtnisstörungen wie z. B. im Form von Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, Auffassungsstörungen)
- Denkstörungen (wie Verlangsamung, Haftenbleiben, aber auch Gedankenarmut, Kritischschwäche, Störung der Abstraktionsfähigkeit, weiterhin Gefühlslabilität, Stimmungsschwankungen, Orientierungsstörungen und sog. Herdstörungen (Sprachbildungsstörungen, die Unfähigkeit Bewegungen oder auch komplexere Alltagshandlungen zu entwerfen und zu gestalten).
- Desweiteren Persönlichkeitsstörungen (Nivellierung, Karrierierung der Persönlichkeit, z. B. reizbar-explosiv oder enthemmt sowie hypochondrisch-ängstlich, depressiv oder euphorisch-umständlich.

Auffälligkeiten in den Aktivitäten des täglichen Lebens und im Verhalten führen meist zu Heimaufnahme. Inzwischen ist die Diagnose der Demenz die häufigste Heimeinweisungsdiagnose.

Im Zusammenhang mit diesen Diagnosekriterien wird eine Zuordnung nach den verschiedenen möglichen Hirnabbaustörungen vorgenommen. Wir unterscheiden die degenerativen Störungen mit der häufigsten der *Alzheimer*-Demenz (75 % inkl. der Untergruppe der *Alzheimer*-Demenzen mit den sog. *Levi-bodies*, das sind spezielle Zeichen bei der Untersuchung der Gehirnzellen) mit 10 % Anteil an den *Alzheimer*-Demenzen).

Weitere denerative Demenzen sind *M. Pick*, *M. Parkinson* und *Chorea Huntington*, gefäßbedingte Demenzen mit 17 % sowie 8 % weitere Formen, infektiöse z. B. *AIDS*, traumatische z. B. *Contusio cerebri*, *Dementia pugilistica*, hypoxisch z. B. nach Suizidversuch oder Reanimation u. a. Ereignissen, die eine Hypoxie erzeugen können sowie Raumforderungen (subdurales Hämatom, Tumor o. a.). Auf dem Hintergrund der oben beschriebenen Diagnostik und der darauf folgenden Gesamtschau wird auch durch das Wissen um den Verlauf die richtige Diagnose zugeordnet. Die Verläufe der oben erwähnten verschiedenen Ursachen einer Demenz sind wichtig zu kennen, da z. B. bei gefäßbedingten Abbaustörungen eher sog. Herdstörungen wie Sprachbildungsstörungen, die Unfähigkeit, bestimmte Dinge zu erkennen oder zu benennen, das starke Schwanken der Leistungsfähigkeit typische Zeichen sind oder dass der Verlauf einer *Alzheimer*-Demenz im Vergleich zu dieser Symptomatik eher schleichend progredient ist.

Zum Umgang mit demenzerkrankten Patienten ist die Erwartung an eine Therapie im Anfangsstadium:

- die Steigerung oder Stabilisierung der kognitiven Fähigkeiten
- Alltagskompetenzen aufrecht erhalten
- gute Verträglichkeiten
- einfache Anwendung

Bezüglich einer medikamentösen Therapie wird seit vielen Jahren versucht, geeignete Mittel zu empfehlen. Die Beurteilung der Wirksamkeit ist unterschiedlich. Nachgewiesen ist eine medikamentöse Wirkung vor allem bei neueren Medikamenten (sog. Acetylcholinesterasehemmer; eine Europazulassung hat auch für diese Indikation MEMANTINE).

Die für einen gewissen Zeitraum zu beobachtende Wirkung ist eine Besserung bezüglich der Auffassungsgabe, der Initiativbildung sowie im Erinnerungsvermögen, manchmal findet sich auch eine Stärkung im Selbstbewusstsein. Dieser Effekt wird über ca. 16 bis 20 Monate erreicht. Weniger die Betroffenen vielmehr die Angehörigen fragen häufig auch nach Trainingsmethoden und Möglichkeiten des "Hirnjogging". Nachdem hier vor ca. 10 – 15 Jahren eine Vielzahl verschiedener Trainingsmethoden angeboten wurde, ist heute eher die Erkenntnis, dass in Anfangsstadien vorsichtig Angebote gemacht werden können, empfehlenswert, häufig findet sich jedoch eine Kränkung durch die Überforderung und das permanente Wiedererleben von Unvermögen. Konstante Bewegungsangebote erscheinen hier empfehlenswerter (Gruppengymnastik, Übungen mit dem Igelball, u. a.).

Das vorwiegende Ziel einer angemessenen Beratung der Betroffenen und deren Angehörigen scheint vielmehr in der Förderung und dem Erhalt von Alltagskompetenzen zu liegen und hier ist notwendig, möglichst umfassend zu informieren und zu beraten. Hierbei ist wichtig, die jeweiligen Stadien der Erkrankung zu erkennen und entsprechend Rat zu geben und eine passende Behandlungs- bzw. Betreuungssituation herzustellen. Empfehlenswert ist in diesem Zusammenhang, ein Ratgeber für die häusliche Betreuung demenzkranker älterer Menschen mit dem Titel "Wenn das Gedächtnis nachläßt" vom Bundesministerium für Gesundheit, Referat Öffentlichkeitsarbeit, Postfach, 53108 Bonn (kostenlos zu erhalten).

Um eine optimale Beratungs- und Behandlungssituation herzustellen, ist auch das Wissen um die jeweilige soziale Situation bzw. die in Wohnortnähe vorhandene Unterstützungsstruktur wichtig (Partner, Angehörige, Nachbarn, Freunde, psychiatrische Hauskrankenpflege, Tagespflegeangebote, usw.). Das Ziel ist neben einem würdevollen Umgang, das Gefühl des Lebenssinns zu erhalten und den Wert von Beziehung spürbar werden zu lassen. Eine permanente Begleitung für die Angehörigen ist empfehlenswert, möglichst auch die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe. In dieser Betreuungs- und Behandlungssituation ist die Konstanz durch die Menschen, die die Familie bzw. den Patienten beraten, wünschenswert. In einer angstvoll-beunruhigten Grundstimmung, in der immer mehr die Fähigkeit verloren geht, die Wirklichkeit wahrhaftig zu erkennen und zu deuten und mit anderen Menschen auszutauschen, wird das zwischenmenschliche Milieu im Sinne der atmosphärischen Begegnung bedeutsam. Hier liegt eine besondere Tragik der Erkrankung, da mit zunehmenden Defiziten auch die Umgebung die Begegnung mit dem Patienten komplizierter, schwieriger, kränkender und auch ärgerlicher werden kann. Das was jeder eigentlich nicht möchte – nämlich eine offene oder unterschwellig ablehnende Begegnung aus verschiedenen Gründen (Überforderung

in der Betreuung usw.) wirkt besonders aufregend und irritierend für die Betroffenen, manchmal fast im Sinne eines Teufelskreises, der sich hoch schaukelt. Der Erhalt einer Atmosphäre von Gelassenheit und die Gestaltung einer angemessenen Tagesstruktur im Sinne eines guten Rhythmus ist bei einer Atmosphäre der chronischen Überforderung für beide Seiten (Patient und betreuende Umgebung) sehr schwierig. Spätestens bei Erreichen dieser Schwelle ist es entscheidend wichtig, dass Angehörige sich entschließen, Hilfe "von außen" zu holen (Hausarzt, Nervenarzt, Krankenpflege, psychiatrische Hauskrankenpflege, gerontopsychiatrische Abteilung, usw.) hier ist Rat und Unterstützung durch professionelle Hilfe zu erhalten. Oft läßt sich nur mit dieser Unterstützung die von Patient und Angehörigen gewünschte Situation, (z. B. "die Mutter und wir möchten doch, dass sie zu Hause leben kann") für alle Seiten zufriedenstellend erreicht werden.

Da Sprache und das Sprachverständnis immer mehr verloren gehen, wird das Erspüren und Erleben immer wichtiger, so dass im Kontakt mit freundlicher Mimik, langsamer und klarer Sprache, kurzen Sätzen deutlich und möglichst mit positiven Reizen ohne Überforderung sich mitgeteilt werden sollte. Der Zeitpunkt der Einstufung in die Pflegeversicherung sollte nicht verpaßt werden, ebenso ist auf die Wahrung der Rechtsräume (Betreuung nach dem Betreuungsrecht) unbedingt hinzuweisen.

Wir wissen heute, dass ca. 1 Mio. Menschen an unterschiedlichen Ausmaßen an Demenzen in Deutschland leben und voraussichtlich im Jahre 2010 diese Zahl auf 1,7 Mio. angestiegen sein wird, wir wissen auch, dass hiervon 60 % in Familien – und hier vor allen Dingen – von den pflegenden Ehepartnern und Töchtern gepflegt werden. Nicht nur auf dem Hintergrund der uns allen bekannten Alterspyramide oder den in den nächsten Jahren deutlich ansteigenden psychiatrischen Erkrankungsrisiko durch Zunahme der Hochaltrigkeit, sondern vor allen Dingen im Wandel der Familiensysteme mit immer mehr Patchwork-Familien ohne verbindliche Ansprechpartner, Angehörigen, die räumlich weit entfernt leben, der zunehmenden Tendenz des Alleinlebens, dem Wandel in der Versorgungslandschaft (70jährige pflegen ihre 90jährigen Mütter oder Väter) und vielen weiteren Entwicklungen ist es wünschenswert, wenn bei allgemeiner Entkoppelung in sozialen Systemen auf der einen Seite professionelle Beratung, Betreuung, Behandlung durch mehr Vernetzung auf der professionellen Seite entsteht. Die Pflege dieser Netzwerke ist eine wichtige Aufgabe der nächsten Zeit. Als Take-home hoffe ich Ihnen vermittelt zu haben, dass auf diesem Hintergrund die Lotsenfunktion und die Assista-Aufgabe von besonderem Wert sind.

Literaturverzeichnis

- Alzheimer Europe 1999: Handbuch der Betreuung und Pflege von Alzheimer-Patienten, Thieme, Stuttgart, New York
- FÖRSTL (Hrsg.) (2001): Therapie neuro-psychiatrischer Erkrankungen im Alter Urban & Fischer, München, Jena
- WÄCHTER (Hrsg.) (1996): Demenz, die Herausforderung, Dokumentation der 2. Jahresversammlung der Deutschen Gerontopsychiatrie und – psychotherapie vom 2.-4.2.95 in Hamburg, Verlag Egbert Ramin

Glossar der medizinischen Fachausdrücke

- CCT Craniales Computer-Tomogramm (Röntgentechnik)
- Contusio cerebri Hirnquetschung
- Dementia pugilistica Hirnschädigung durch wiederholte Erschütterungen des Kopfes (Boxer, Fußballer, Football)
- EEG Elektorenezephalogramm (Hirnstromkurve)
- EKG Elektrokardiogramm
- Gerontopsychiatrie Psychiatrie des alten Menschen
- hypoxisch, Hypoxie Sauerstoffmangel
- Liquor Hirnwasser des Rückenmarks
- MRT Magnetresonanztomogramm (zur Darstellung der Organe)
- Neurotransmitter Überträgerstoffe an den Nervenzellendigungen
- PET Positronen-Emissions-Tomogramm (zur Darstellung der Funktion von Organen)
- Reanimation Wiederbelebung
- subdurales Hämatom Blutung unter die harte Hirnhaut
- Tumor Geschwulst

Ungewöhnlicher Epilepsieverlauf täuscht eine Demenz vor

Maria Tomka-Hoffmeister, Bernd Huber und Michael Seidel

Einerseits können Menschen mit geistiger Behinderung ebenso wie alle anderen Menschen im Laufe ihres Lebens an einer Demenz erkranken. Es gibt sogar Hinweise darauf, dass bei ihnen - oder vielleicht auch nur einer Teilgruppe von ihnen, zu denen sicher Menschen mit *Down-Syndrom* zählen - vielleicht häufiger und früher eine *Alzheimer* Demenz - noch vor der sog. vaskulären Demenz die häufigste altersbedingte Demenz überhaupt - als bei Menschen ohne intellektuelle Einschränkung auftritt. Deshalb ist es für die Personen in ihrer Umwelt besonders wichtig, auf frühe Anzeichen zu achten, um rechtzeitig angemessene Hilfen im medizinischen, psychologischen und betreuungspraktischen Bereich zu organisieren.

Andererseits muss man stets im Auge behalten, dass auch bei Menschen mit geistiger Behinderung Krankheitsbilder auftreten können, die einer Demenz zum Verwechseln ähnlich sind, aber oft - wenn richtig erkannt - behandelbar sind. Es wäre also ein großer Fehler, einen "geistigen Abbau" bei einem geistig behinderten Menschen einfach unhinterfragt als (altersbedingten) Demenzprozess hinzunehmen. Diese Gefahr ist natürlich um so größer, je älter der Betroffene und je wahrscheinlicher damit also eine altersbedingte Demenz ist. Dass nicht nur die (frühe) Erkennung einer Demenz bei Menschen mit geistiger Behinderung, sondern auch die Erkennung differentialdiagnostischer Alternativen Menschen mit geistiger Behinderung schwierig sein kann, mag ein Beispiel aus unserem eigenen Betreuungsalltag zeigen. Gut lässt sich daran zeigen, dass auch voreingenommene Suchrichtungen den Blick auf die Tatsachen verstellen können.

Wir stellen einen jetzt 50jährigen Mann vor, der seit vielen Jahren im *Stiftungsbereich Behindertenhilfe der v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel* lebt. Hier wird er durch den Ärztlichen Dienst des Stiftungsbereiches Behindertenhilfe epileptologisch betreut:

Herr L. leidet seit Kindheit als Folge einer frühkindlichen Hirnschädigung neben einer leichten bis mittelgradigen Intelligenzminderung an einer spastischen Halbseitenlähmung rechts. Seine früher vorhandene Epilepsie gilt seit langem als ausgeheilt, denn Herr L. ist zum Zeitpunkt der jetzt zur Rede stehenden psychischen Problematik seit 30 Jahren anfallsfrei und erhielt seit 10 Jahren keine Antiepileptika (anfallshemmende Medikamente) mehr. Herr L. ist beim Allgemeinmediziner in Behandlung wegen arteriellen Blutdruckhochdruckes, Cholesterinerhöhung und Übergewicht.

Bei Herrn L. wurde seit Anfang Juni 2001 ein körperlicher und geistiger Abbauprozess beobachtet, der sich über einen Zeitraum von 8 Monaten entwickelte und verstärkte. Er war zunächst nur selten und kurzzeitig, dann aber zunehmend häufiger zeitlich desorientiert, verwirrt, antriebsarm bis apathisch, gereizt, depressiv verstimmt und klagsam. Er wurde zunehmend gangunsicher. Schließlich konnte er den Weg zur Arbeit nicht mehr ohne Begleitung, dann ohne

Fabrdienst sicher zurücklegen. In lebenspraktischen Verrichtungen wurde er zusehends hilfloser. Es entwickelte sich eine Harninkontinenz.

In der Betreuungsdokumentation wird einige Monate später sein Zustand so beschrieben:

“Herr L. nässt jede Nacht ein, später auch tagsüber, er legt sich ins nasse Bett. Er kippt Marmelade ins Waschbecken und stellt die benutzten Teller in den Kühlschrank. Er weiß nicht mehr, wie man Brote schmiert. Er deckt – im Gegensatz zu früher - nicht mehr eigenständig seinen Tisch, sondern wartet ab, bis er gedeckt wird. Geschieht dies nicht, geht er ohne etwas zu essen wieder auf sein Zimmer. Er isst wenig. Auch zu trinken würde er ohne Anweisung von Mitarbeiter einfach vergessen. Er braucht für jeden Schritt klare Ansprache und enge Begleitung. Er steht nicht mehr von allein auf, sondern muss von einem Mitarbeiter geweckt werden. Während des Auskleidens vergisst er, was er tun wollte, und zieht sich wieder an. Er vergisst öfter seine Brille. Er ist zeitlich desorientiert. Sein Alter gibt er fälschlich statt mit 50 mit 40 oder 45 Jahren an. Sein Geburtsjahr kann er nicht nennen. Er ist gereizt und weinerlich und klagt über Schmerzen in den Knochen. Er ist auffallend gleichgültig und sehr antriebsarm. Er ist nicht mehr in der Lage, das Telefon zu benutzen. Infolge seiner Gangunsicherheit ist er zweimal gestürzt.”

Zahlreiche Elemente dieser Beschreibung, besonders die zunehmende Vergesslichkeit, der Verlust zuvor vorhandener Fähigkeiten, aber auch die Stimmungsveränderungen, der bekannte Bluthochdruck, die Stoffwechselstörung im Bereich der Blutfette - und mit Abstrichen auch das Alter - lassen an eine Altersdemenz denken. Weil Herr L. aber mit 50 Jahren dann doch vergleichsweise jung für eine Altersdemenz - wohl vorzugsweise vom vaskulären Typ - ist, werden umfangreiche Untersuchungen durchgeführt. Es soll eine - womöglich behandelbare Ursache für diesen Abbauprozess gefunden werden. Jedoch erbringen die allgemeine körperliche, die neurologische Untersuchung, die internistische Untersuchung (z.B. im Hinblick auf Herzrhythmusstörungen), engmaschig kontrollierte Blutdruckwerte, verschiedene Laborwerte, die kernspintomographische Untersuchung (MRT) des Kopfes keine wegweisenden Befunde und keine Aufklärung. Auch die zeitweilige Vermutung einer durch ein Herzmedikament ausgelösten Verwirrtheit bestätigte sich nicht, nachdem das Mittel abgesetzt wurde und sich nichts änderte.

Herr L. musste wegen seiner zunehmenden Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit in ein Haus mit Nachtwache verlegt werden. Es wurde sogar bereits eine Verlegung in eine Pflegeeinrichtung überlegt. In die Werkstatt für Behinderte, die er sonst zu Fuß erreicht hatte, musste er mit dem Fabrdienst befördert werden. Wegen der Gangunsicherheit wurde ein sog. Rollator beschafft. Die Behandlung mit einem der neuen (teuren!) Medikamente gegen Demenz wurde in Erwägung gezogen.

Glücklicherweise wurde, obwohl die Epilepsie schon so lange zurück lag, schließlich - nach einigen Wochen - doch nicht versäumt, zur Sicherheit auch ein Elektroenzephalogramm (EEG, Hirnstromkurve) abzuleiten. (Früher geplante EEG-Termine konnten wiederholt nicht realisiert werden.) Bei der ersten und dann auch bei der zur Kontrolle durchgeführten zweiten EEG-Untersuchung stellten sich deutliche Zeichen für epileptische Aktivität dar: ca. alle 10 Sekunden traten epilepsietypische EEG-Merkmale über dem linken Schläfenlappenbereich auf.

Da der Patient auch ohne aktuelle antiepileptische Behandlung seit vielen Jahren als anfallsfrei galt, war dieser epilepsietypische EEG-Befund (häufige steile und spitze Wellen) für alle beteiligten Ärzte eine Überraschung. Es ist sehr wahrscheinlich, dass diese epileptische Aktivität als Funktionsstörung des Gehirns - nur durch die charakteristischen EEG-Befunde erkennbar - den körperlichen und kognitiven Abbau erklären können.

Aus der wissenschaftlichen Literatur (vgl. BINNIE et al. 1990; HOGH 2002) ist bekannt, dass epilepsietypische Potentiale im Schläfenlappenbereich zu minimalen - nur mit neuropsychologischen Tests während der EEG-Ableitung feststellbaren - Gedächtnis- und anderen Hirnleistungsstörungen führen können. Wir nehmen an, dass im Fall von Herrn L. die EEG-Veränderungen eine ausnahmsweise so ausgeprägte Hirnfunktionsstörung - zu erinnern ist an die bekannte Vorschädigung des Gehirns - bewirkt haben, dass sie auch im Alltag erkennbar waren und relevante Auswirkungen hatten.

Normalerweise werden anfallsbemmende Medikamente nicht zur "Sanierung" des EEGs (also zur Beseitigung von pathologischen EEG-Veränderungen) eingesetzt, sondern um tatsächliche epileptische Anfälle, also klinisch fassbare Symptome einer Epilepsie, zu behandeln. In diesem speziellen Fall wurde jedoch trotz des Fehlens von klinisch manifesten Anfällen eine antiepileptische Behandlung mit Carbamazepin begonnen. Dies geschah in der Hoffnung, durch Verminderung oder Beseitigung der epilepsietypischen Potentiale im Schläfenlappenbereich die geistigen und körperlichen Funktionen bei unserem Patienten günstig zu beeinflussen. Der erhoffte Effekt trat ein: Tatsächlich konnte dadurch eine deutliche und - bis zum heutigen Tag - über mehr als 4 Monate stabile Besserung des körperlichen und geistigen Zustandes erreicht werden. Parallel dazu zeigte sich bei einer Kontrolle des EEGs erwartungsgemäß eine deutliche Abnahme der epilepsietypischen Potentiale.

Die durch die antiepileptische Behandlung erzielte Besserung des Zustandes von Herrn L. wird von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Betreuungsdokumentation folgendermaßen beschrieben:

"Er ist öfters ausgesprochen gesprächig. Er verfolgt das TV-Programm und sieht immer wieder in die aktuelle Zeitung. Auch beim Einkauf ist er wacher und kann seine Wünsche äußern. Er zeigt wieder reges Interesse an seinen Geldscheinen (??). Er nützt nur noch ausnahmsweise in der Nacht ein. Er kann sich wieder alleine anziehen und rasieren. Er geht alleine in die Werkstatt für Behinderte und braucht keinen Fahrdienst mehr. Er benutzt selbständig das Telefon. Er nimmt selbständig seine Medikamente ein. Er fordert Dinge ein, die er nicht alleine durchführen kann, z.B. zeigte er der Mitarbeiterin seinen kaputten Schlafanzug, um ihn reparieren zu lassen. Er denkt selbständig an die Mahlzeiten."

Der beschriebene Verlauf bestätigt eindrucksvoll unsere Annahme, dass es sich bei dem scheinbaren Demenz-Prozess unseres Patienten in Wirklichkeit um einen - untypischen und ungewöhnlichen - epilepsiebedingten Zustand handelte.²

Zusammengefasst stellt sich der beschriebene Fall wie folgt dar:

² Ergänzung für Fachleute: Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass hier ein modifizierter, atypischer nonkonvulsiver Status epilepticus - epileptischer Dämmerzustand - vorlag. Allerdings entsprach die Dichte der epilepsietypischen EEG-Entladungen nicht dem üblichen Befund bei einem nonkonvulsiven Status. Auch der klinische Zustand des Patienten mit uneingeschränktem Wachbewusstsein spricht gegen diese Annahme. So ist zu vermuten, dass sich der beschriebene Zustand und Befund am ehesten irgendwo auf dem Kontinuum zwischen minimalen vorübergehenden kognitiven Beeinträchtigungen während "subklinischer" EEG-Veränderungen und einem regulären nonkonvulsiven Status epilepticus einordnen lässt. Überraschend ist, dass sich ausgerechnet Carbamazepin als wirksam erwies. Von Carbamazepin ist bekannt, dass es häufig epileptische Anfälle unterdrückt, ohne den EEG-Befund entscheidend zu bessern. Dennoch wurde hier dieses Medikament als Mittel der ersten Wahl bei fokalen Epilepsien als erstes erprobt.

Bei einem ca. 50-jährigen Mann entwickelte sich in vergleichsweise kurzer Zeit ein erheblicher geistiger und körperlicher Abbau, der an eine Altersdemenz denken ließ, zumal der Patient einige Risikofaktoren für eine solche Altersdemenz aufwies. Die unbeirrte Suche nach alternativen Erklärungen war von Erfolg gekrönt, als eine epilepsiebedingte Verursachung der Symptomatik herausgefunden und eine vergleichsweise einfache antiepileptische Therapie schon nach kurzer Zeit und mit anhaltendem Erfolg die Probleme weitestgehend beherrschen ließ.

Der sich abzeichnende Weg von Herrn L. in zunehmend komplexe und schwere Behinderung und Pflegeabhängigkeit konnte - nach einigen diagnostischen Irrwegen - mit vergleichsweise geringem diagnostischen und therapeutischem Aufwand sowie ausgesprochen kostengünstig umgekehrt werden. Dies bringt für Herrn L. zweifellos einen erheblichen Gewinn an wiedergewonnener Lebensqualität und Teilhabemöglichkeiten. Es sind auch enorme Kosten für Alltagsbegleitung und Pflege so gespart worden.

Folgende Aussagen und Schlussfolgerungen sind hier geboten:

Wie bei allen Menschen mit Verdacht auf Altersdemenz ist auch bei Menschen mit geistiger Behinderung stets eine konsequente differentialdiagnostische Abklärung durchzuführen - und wenn die Altersdemenz im Einzelfall noch so wahrscheinlich ist. Bei einer aktiven Epilepsie muss auch an eine epilepsiebedingte Symptomatik gedacht werden, im Einzelfall natürlich auch an Nebenwirkungen der Antiepileptika, die eine Altersdemenz vortäuschen können. Deshalb muss frühzeitig eine gründliche epileptologische Abklärung durchgeführt werden. Wenn eine Epilepsie in der Vorgeschichte bestand, die längst inaktiv wurde ("ausgeheilt"), ist auch an eine Reaktivierung der Epilepsie zu denken. Auch dann ist eine gründliche epileptologische Abklärung erforderlich. Die erfolgreiche diagnostische Abklärung setzt eine konsequente diagnostische Strategie, eine hohe medizinisch-fachliche und behindertengerechte kommunikative Kompetenz der Ärzte sowie eine sehr verlässliche Mitwirkung des Betreuungspersonals in der Zeit der Diagnostik und der Therapieeinleitung und -fortsetzung voraus. Wesentlich ist eine echte interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Medizinische Behandlung kann unmittelbar dazu dienen, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu vermindern oder im Einzelfall gänzlich zu beseitigen. Insofern wirkt sie sich - wenn auch als sog. kurative Versorgung organisiert - unmittelbar rehabilitativ aus. Anders ausgedrückt: Medizinische Behandlung kann unmittelbar Teilhabe und Teilnahme am Leben in der Gesellschaft fördern.

Literatur

- Binnie, C.D., Channon, S., Marston, D. (1990): Learning disabilities in epilepsy: neurophysiological aspects. *Epilepsia* 31 Suppl 4, p.2-8.
- Hogh, P., Smith, S. J., Scahill, R. I., Chan, D., Harvey R. J., Fox, N. C., Rossor, M. N. (2002): Epilepsy presenting as AD: neuroimaging, electroclinical features, and response to treatment. *Neurology* 58, 298-301.

Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Altersveränderungen Anforderungen an ihre pädagogische Begleitung und ihre Wohnbedingungen

Georg Theunissen und Kerstin Schirbort

Einleitende Bemerkungen

Demenzen und Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter. Davon sind unzweifelhaft auch Menschen, die als geistig behindert bezeichnet werden, betroffen. In der Alltagsbegleitung dieses Personenkreises bestehen nicht selten Schwierigkeiten, einerseits psychische Altersveränderungen rechtzeitig zu erkennen und andererseits zwischen Demenzen und Depressionen genauer zu differenzieren (LAMBERT 2000; THEUNISSEN 2001). Eine Fehleinschätzung wird wohl kaum zum Vorteil betroffener Menschen reichen, im Gegenteil: es werden Chancen einer angemessenen Hilfe und Lebensbegleitung verpasst. Aus äußerlichen Gründen können wir jedoch nicht auf beide Formen näher eingehen. Daher beschränken wir uns auf Anregungen für eine Lebensbegleitung älterer Menschen mit sog. geistiger Behinderung (intellectual disabilities) und einer Demenz.

Beginnen möchten wir mit einem Beispiel aus der Praxis, an dem wir Möglichkeiten eines verstehenden Zugangs diskutieren und Vorschläge für eine respektvolle Lebensbegleitung skizzieren. Reflexionen über institutionelle Bedingungen bilden den Schluss.

Ein Beispiel aus der Praxis (THEUNISSEN 2002, 139ff.)

Herr Peter H. (leicht geistig behindert [IQ 65], redegewandt, selbstständig) lebte bis vor wenigen Jahren in einem "offenen Wohnbereich" einer großen Einrichtung. Über 30 Jahre lang war er ein erfolgreicher Hausarbeiter auf einer Pflegestation gewesen. Er verfügte über ein gutes Erinnerungsvermögen, betätigte selbstständig Einkäufe und arbeitete eigenständig-verantwortlich - und das zur höchsten Zufriedenheit der Mitarbeiter/innen. Als die Station im Rahmen einer Institutionsreform aufgelöst wurde, kam es zu einer unfreiwilligen "Pensionierung" von Herrn H. Zu dieser Zeit war er 63 Jahre alt. Schon kurz nach seinem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben beobachteten seine Mitbewohner/innen und Mitarbeiter/innen Veränderungen in seinem Verhalten. Seine Wortgewandtheit verlor ihre gewohnte Flüssigkeit und immer häufiger hatte er Probleme, richtige Wörter für das zu finden, was er gerade sagen wollte oder aber er vergaß das, worüber er gerade reden wollte. Zusehends bekam er auch Schwierigkeiten bei seinen Einkäufen, indem er im Geschäft nicht mehr wusste, was er einkaufen wollte. Diese "Vergesslichkeit" war ihm selbst unangenehm. Er versuchte sie oftmals zu überspielen, was ihm aber nur selten gelang. Von seinen Umkreispersonen wurde er dabei als "gereizt" erlebt.

Im Sommer des nachfolgenden Jahres unternahm er mit seinem Wohnbereich eine Ferienfreizeit. Während dieser Zeit traten neue Probleme auf: Herr H. musste sich mehrmals am Tage über den Tagesablauf informieren und fragte öfters danach, was zuvor als Unternehmungen gemeinsam geplant worden war. Des Weiteren konnte er sich nicht merken, wann die Ausflüge stattfanden. Als die Gruppe an einem Ausflugstag in einem Restaurant einkehrte, fand er dort nicht mehr den Weg von der Toilette zu seinem Sitzplatz. Örtlich desorientiert zeigte er sich auch bei einer Burgbesichtigung, wo er nach einem Toilettengang nicht mehr seine Gruppe wiederfand und in die entgegengesetzte Richtung gelaufen war. Er hatte anscheinend vergessen, wo die Gruppe auf dem Burghof auf ihn wartete.

Im Herbst des gleichen Jahres bemerkten die Mitarbeiter/innen, dass er nun auch Probleme bekam, den Weg von seiner Wohngruppe zu den auf dem Einrichtungsgelände gelegenen Lebensmittelgeschäft zu finden. Herr H. schien allmählich nicht mehr in der Lage zu sein, selbstständig einkaufen zu gehen. Auch innerhalb seiner Wohngruppe traten nun örtliche Orientierungsprobleme auf. Außerdem neigte er dazu, das Haus zu verlassen und außerhalb des Gebäudes desorientiert umher zu laufen. Daraufhin wurde er auf eine "geschlossen" geführte Gruppe verlegt, wo unter anderem stark pflegebedürftige Menschen lebten. Einige dieser Bewohner kannte er durch seine früheren Hausarbeitertätigkeiten. Vielleicht waren es diese Erinnerungen gewesen, die ihn dazu veranlassten, wieder in der Gruppe arbeiten zu wollen. Dies wurde von ihm immer wieder als Wunsch an die Mitarbeiter/innen herangetragen. Bereits bei einfachsten Tätigkeiten schien er jedoch völlig überfordert zu sein (Tisch decken, abräumen). Dennoch wurde seinem Wunsch entsprochen, indem man ihm Besteck zum Sortieren gab. Mit dieser "scheinbaren" Hausarbeit (ständig wiederholendes, auch fehlerhaftes Sortieren) konnte er sich tagsüber zum Teil bis zu zwei Stunden beschäftigen.

Diese bisher beschriebene Entwicklung dauerte etwa zwei Jahre an, bis weitere Auffälligkeiten beobachtet wurden: Eine verstärkte Vergesslichkeit, indem er nun auch häufig unmittelbar nach den Mahlzeiten nicht mehr wusste, was und wann er gerade gegessen hatte. Außerdem vergaß er des Öfteren, sich vollständig anzukleiden, seine Kleidung richtig aufzuhängen sowie rechtzeitig zur Toilette zu gehen. Immer schwerer fiel es ihm auch, passende Kleidung auszuwählen bzw. darüber Entscheidungen zu treffen. Zudem wurde er immer unselbstständiger beim An- und Ausziehen. Bot man ihm dabei Hilfe an, wurde er nicht selten wütend und aggressiv gegenüber dem Personal. In ähnlicher Weise reagierte er auch dann, wenn man ihn auf seine unvollständige Kleidung oder nasse Hose aufmerksam machte. Des Weiteren kam es in der Folgezeit zu einem noch stärkeren Maß an Verwirrtheit, immer häufiger hielt er sich unbedeckt in seiner Gruppe auf, lief desorientiert und nach Aussage der Mitarbeiter/innen ständig "unruhig" hin- und her. Dabei "plapperte" er nicht selten Worte oder Satzfragmente wie "Arbeit, Arbeit ..." oder "Cola kaufen, Cola kaufen...", "sortieren, sortieren ..." vor sich hin. Eine "sinnvolle" Verständigung war zu dem Zeitpunkt mit ihm nicht mehr möglich. Etwa ein halbes Jahr später war es dann zu einem ersten Sturz gekommen, bei dem sich Herr H. eine Platzwunde zugezogen hatte. Zu diesem Zeitpunkt hatten die Mitarbeiter/innen den Eindruck, dass Herr H. immer unsicherer laufe. Nach weiteren Stürzen, unter anderem auch aus seinem Bett, entschied man sich aus Sorge, er könne sich eines Tages schwer verletzen, ihn nachts im Bett zu fixieren. Zu der Zeit war er fast ständig nachts "bettflüchtig". Tagsüber versuchte man, ihn öfters in einem Spezialstuhl oder Rollstuhl zu fixieren, was allerdings überhaupt nicht in seinem Sinne war. Alle Versuche, ihn tagsüber aus Sicherheitsgründen zu fixieren, machten ihn wütend. In einem solchen Falle beschimpfte er das Personal und wurde Mitarbeitern gegenüber auch handgreiflich. War er nicht

fixiert, irrte er zumeist in der Gruppe umher oder versuchte häufig sogar die Wohnung zu verlassen, indem er an der verschlossenen Haustür seiner Wohngruppe rüttelte und hantierte. Nach Aussage seiner Mitarbeiter/innen sei er zu der Zeit immer "unruhiger geworden", indem er ständig Aktivitäten wechselte und "auch nie am Ball" bleiben konnte: Wurde z. B. ein Spaziergang unternommen, so wollte er unmittelbar nach Verlassen des Hauses wieder zurück in die Gruppe. Mittlerweile war er jetzt auch nicht mehr in der Lage, sowohl Mitbewohner/innen als auch Mitarbeiter/innen bei ihren Namen zu nennen. Ferner vergaß er immer häufiger zu essen und wusste allmählich nicht mehr, wie er mit Löffel, Messer und Gabel umgehen sollte. Schließlich musste er gefüttert werden. Zudem nahm seine "Unruhe" noch zu, so dass er nun auch bei den Mahlzeiten versuchte ständig aufzustehen.

Alles in allem war Herr H. jetzt in den Augen seiner Mitarbeiter/innen zu einem "Pflegefall" geworden. Wenngleich die Mitarbeiter/innen von einem dementiellen Prozess bei Herrn H. überzeugt waren (nach einer umfassenden Untersuchung war eine Demenz vom Alzheimertyp diagnostiziert worden), fiel es ihnen offensichtlich schwer, sich auf diese Situation einzustellen. Eine Mitarbeiterin brachte dies mit folgenden Worten deutlich zum Ausdruck: "Eigentlich will ich mit den Leuten hier doch immer was machen, nicht nur füttern und ständig aufpassen, dass nichts passiert."

Konsequenzen für die Praxis

Zur handlungspraktischen Ebene

Wie diese neue Lebenssituation von Herrn H. pädagogisch begleitet (aufgefangen) wurde, ist unserem Bericht nicht zu entnehmen. Nachfragen ergaben, dass "eigentlich nichts besonders gemacht" wurde. Herr H. sei anfangs oft spazieren oder einkaufen gegangen, ansonsten habe er sich zumeist in seinem Zimmer aufgehalten (fernsehgeschaut, Musik gehört) und auf Aufforderung in der Regel gerne an Gruppenaktivitäten mitgemacht. Seine (anfängliche) Traurigkeit und Enttäuschung, nicht mehr "gebraucht" zu werden, habe er "eigentlich gut wegstecken" können. Nach dieser Einschätzung ehemaliger Mitarbeiter/innen gibt es keine eindeutigen Hinweise auf einen Bewältigungsstil, der auf einen "depressiven Prozess" schließen lässt. Eine "depressive Störung" wäre nämlich in Anbetracht des Verlustes durchaus denkbar gewesen. Was eher dagegen spricht, sind die Herrn H. nachgesagten Versuche eines *Überspielens der Vergesslichkeit*, die zu Beginn eines dementiellen Prozesses häufig vorkommen. Es handelt sich hierbei um ein *kompetentes Verhalten* betroffener Menschen, das dazu dient, Blamagen, soziale Diskriminierung, Entwertung und auch Ängste abzuwehren, selbstbeobachtete Veränderungen der eigenen kognitiven Leistungen (Defizite) vor der Umwelt zu verbergen, soziale Anerkennung weiter zu sichern sowie das Selbstwertgefühl aufrecht zu erhalten. Oft geht das Verleugnen mit einem *sozialen Rückzug* einher, um nicht "unangenehm" aufzufallen. Wird ein Betroffener auf seine Fehler (Vergesslichkeit) aufmerksam gemacht, sind Gereiztheit (wie in unserem Beispiel) oder *aggressive Reaktionen* Mittel der Selbstverteidigung bzw. der Identitätssicherung. *Betroffenen Menschen ist somit nicht geholfen, wenn sie ständig ermahnt*

bzw. auf ihre Schwächen angesprochen werden. Im Gegenteil: Ihr Selbstbewusstsein wird dadurch geschwächt.

Hilfreich ist es, sich in solchen Situationen an der *Stärken-Perspektive* (LINGG & THEUNISSEN 2000; THEUNISSEN 2002) zu orientieren und das zu unterstützen und wertzuschätzen, was der Einzelne kann und gerne tut. Was es bedeutet, Stärken bei Menschen mit Behinderungen und Hirnleistungsstörungen (Demenzen) zu unterstützen, führt uns O. SACKS (1995; 2001) mit seinen faszinierenden Fallgeschichten, zum Beispiel auch über das seltene Parkinson-Demenz-Syndrom beim Stamm der Chamorro von Guam (größte und südlichste Insel der Marianen im Pazifik), plastisch vor Augen.

Vermutlich war Herr H. gewohnt, seine Angelegenheiten (Versorgung, Hausarbeiten) weithin eigenständig-verantwortlich zu regeln. Möglicherweise hatte er durch seine Arbeit, die ja von Anderen wertgeschätzt wurde, *Vertrauen in eigene Fähigkeiten* und einen gewissen *Stolz* entwickelt. Um so schwerer wiegt es, wenn dann in einst vertrauten Situationen, die später im Verlauf einer Demenz nicht mehr selbstständig bzw. angemessen bewältigt werden können (waschen, anziehen...), Hilfe notwendig wird. Solche *Hilfeleistungen* werden sehr oft *als Eingriff in die Autonomie*, als Gängelung oder Unterdrückungsversuch und damit als Verletzung des Selbstwertgefühls erlebt. Folglich wehrt sich der Betroffene dagegen, was als *erhöhte Gereiztheit* bzw. als Aggressivität wahrgenommen wird. Darauf angemessen zu reagieren, ist eine pädagogische Kunst. Denn allzu oft werden solche *aggressiven Reaktionen* als Provokationen, Böswilligkeit oder auch Angriff gegen die eigene Person gedeutet und nicht als ein *sinnvolles Verhalten* aus der Perspektive einer dementen Person verstanden.

Dies gelingt am ehesten, wenn die *Lebensgeschichte* nicht nur als Problem-, sondern gleichfalls aus der Sicht des Betroffenen *als Erfolgsgeschichte* gelesen wird (zur Biographiearbeit THEUNISSEN 2002). Ein solches Studium trägt zum Verstehen des Anderen bei und ist nützlich, wenn es um Fragen eines angemessenen Umgangs geht. Gelingt es mehr Verständnis aufzubringen, kommt es zumeist auch zu einer größeren Akzeptanz (Aufwertung) des Anderen als Person; und das bedeutet, dass der Betroffene in seinem Sosein ernstgenommen wird und mehr Wertschätzung erfährt. Situationen, die im ersten Moment Ohnmacht, Hilflosigkeit oder auch Wut erzeugen, lassen sich vor diesem Hintergrund durch mehr Gelassenheit und Distanz bewältigen, die ein reflektiertes, besonnenes Verhalten befördern (z. B. Streit aus dem Wege gehen; Vermeidung unnötiger aggressiver Gegenreaktionen [Wortwechsel; Zurechtweisung]). Weitere "Ratschläge bei Aggressionen" nennt BUIJSSEN (1997, 78) - wohlwissend, dass es hierzu keine Patentrezepte gibt: "Eine Strategie, die das eine Mal erfolgreich ist, kann beim nächsten Mal in einem ähnlichen Fall versagen" (ebd.). Dies hängt unter anderem damit zusammen, dass ein Betroffener zusehends Gefühl für Zeit und Raum, Willens- und Urteilskraft verliert, soziale Konventionen und alltägliche Notwendigkeiten (sich waschen; angemessen bekleiden; speisen...) vergisst und in seinem gesamten Verhalten unberechenbarer (plötzliches Vergessen; plötzliche Verwirrtheit) wird. Für seine Bezugspersonen wird es dabei immer schwieriger, seine Bedürfnisse zu erfassen, die nicht selten auf aggressive Weise zum Ausdruck

gebracht werden. Auch bei Herrn H. haben wir es mit derlei Problemen zu tun, die die Mitarbeiter/innen zu Lösungen und Interventionen herausfordern, welche viel Phantasie, Kreativität und Diplomatie verlangen und in dem einen Augenblick "passend", im anderen schon wieder "unzweckmäßig" sein können. *Erfahrungen aus der Praxis lassen darauf schließen, dass zuviel Druck, ein rigides Beharren auf Standpunkten und Alltagsroutine vermieden werden sollten* (z. B. jetzt *muss* gebadet werden...). Günstiger ist es einfühlsam-kommunikativ, flexibel und kreativ vorzugehen (zum Beispiel durch Aufschieben eines Vorhabens und späteres Nachfragen; Gefühle ansprechen und umlenken; kurze und eindeutig verständliche Mitteilungen des Vorhabens; einfache, klare sprachliche Begleitung der Tätigkeiten; Vormachen kleiner Handlungsschritte; punktuell Helfen; Vermeidung komplizierter Verschlüsse [Knöpfe o. ä.]; Schaffung angenehmer Situationen...). "Eine der besten Art und Weisen, abweisendes Verhalten beim Baden zu vermeiden, ist, den Badevorgang so angenehm und entspannend wie möglich zu gestalten. Eine Dusche oder ein Bad zu nehmen wird z. B. zu einer erfreulichen Angelegenheit, wenn im Hintergrund die Lieblingsmusik (alte Lieder) gespielt oder dem Dementen der Rücken massiert wird" (ebd., 108). Wir kennen dies aus der Arbeit mit Menschen, die als geistig schwerst behindert und verhaltensauffällig gelten. Ein solches Wissen aus der Behindertenarbeit kann an dieser Stelle für den Umgang mit dementen Personen durchaus hilfreich sein.

Natürlich Verlangen nicht nur die sog. nicht-kognitiven, psychischen Begleiterscheinungen einer Demenz (WETSTEIN 1997, 163ff.), sondern ebenso die primären Veränderungen einen verständnisvollen und einfühlsamen Umgang. In Bezug auf unser Beispiel stellen wir fest, dass sich zu Beginn der dementiellen Entwicklung zunächst Herrn H.'s Wortgewandtheit veränderte, indem es zu einer Abnahme des Redeflusses sowie zu gelegentlichen *Wortfindungsstörungen* kam. Zu diesem Zeitpunkt war es ihm dennoch möglich, ohne größere Probleme mit anderen Personen zu kommunizieren und Bedürfnisse zu befriedigen (z. B. Einkaufen). Erste Probleme (Gereiztheit) ergaben sich jedoch aus seinen Bemühungen, auftretende Wortfindungsstörungen zu überspielen bzw. mögliche kritische Situationen zu vermeiden. Im Verlauf der darauf folgenden zwei Jahre kam es dann im Rahmen einer allmählichen Abnahme des Gedächtnisses und Denkvermögens (verstärkte Vergesslichkeit, örtliche Desorientierung) zu ausgeprägten *Sprach- und Kommunikationsproblemen* bis hin zu einem völligen Sprachverfall (stereotypes Wiederholen von Ein- bzw. Zweiwortsätzen z.B. "Cola kaufen, Cola kaufen..."), so dass nach Ansicht des Personals eine "sinnvolle" Verständigung mit Herrn H. nicht mehr möglich schien. Obwohl Menschen mit sog. geistiger Behinderung häufig kein ausgeprägtes Sprachvermögen entwickeln, nehmen dennoch viele von ihnen spezifische Veränderungen (Abbau) ihrer sprachlichen Fähigkeiten wahr (McCALLION 1999, 264). Um hierbei frustrierende Situationen und Reaktionen (Missverständnisse, Gereiztheit, Rückzug) auf Seiten des Betroffenen wie auch auf Seiten seiner assistierenden Bezugspersonen zu vermeiden und um soziale Interaktionen zur Befriedigung kommunikativer Bedürfnisse aufrechtzuerhalten, sollten *Wege einer angemessenen Kommunikation* gesucht

werden, so zum Beispiel durch einfühlsames Zureden und aktives Zuhören, durch Versuche (validative Zugänge), verschlüsselte (sprachliche) Mitteilungen zu deuten und entsprechend aufzugreifen. Hilfreich ist das Konzept der *Validation* (FEIL 1992). An anderer Stelle (SCHIRBORT in THEUNISSEN 2002, 158f.) haben wir konkrete Vorschläge für die soziale Kommunikation gemacht (Gestaltung angstfreier Kommunikationssituationen; angepasste Gesprächsführung und "richtiger" Ton; Hilfen bei Ausdrucksschwierigkeiten...). Je nach Abnahme der Gedächtnisleistungen und Beeinträchtigungen des Sprach-, Denk-, und Urteilsvermögens bietet es sich an, verstärkt Möglichkeiten nonverbaler Kommunikation (Mimik, Gestik, ästhetische Mittel [Musik, Bilder], Körperkontakt [Streicheln, Berühren] zu nutzen. Darüber hinaus erfordern Gedächtnis- und Orientierungsstörungen auch spezielle *Umfeldveränderungen*. Eine Anpassung des Lebensumfeldes (Wohngruppe) an die sich im Verlauf einer Demenz ändernden Bedürfnisse betroffener Menschen ist eine unbedingte Voraussetzung für eine adäquate Lebensbegleitung, die nicht nur eine möglichst lange Selbstständigkeit unterstützen, sondern in erster Linie psychisch-physischen Halt geben und Lebenszufriedenheit absichern soll. Die Palette an entsprechenden *Orientierungshilfen und Gedächtnisstützen* ist breit (ebd., 160f.):

- lesbare Beschriftungen, Identifikationssymbole oder Fotos an der eigenen Zimmertür, am Bett, an Schränken, Schubläden, Handtuchhalter, Zahnputzbecher o. ä.;
- eine unterschiedliche farbliche Gestaltung einzelner Wohnbereiche (Türen, Fußböden);
- Wegweiser (Pictogramme als Wegbeschreibungen) in langen und verzweigten Fluren oder auch im Einrichtungsgelände;
- große Abreißkalender (o. ä.) in wichtigen, viel frequentierten Räumen;
- visualisierte Merktzettel, Bildserien mit Handlungsfolgen, ein am Badspiegel angeklebter bildhafter Ablaufplan zum Zähneputzen oder Waschen...

Derlei Hilfen (z. B. Fotos mit Lebensmitteln zum Einkauf; Erinnerungsposter; Wochen- und Tagesplan oder "Anziehmodell" mit Lege- bzw. Wegnehm-Bildkarten; Klettverschlüsse an Kleidungsstücken statt Knöpfe; spezielles Türschließsystem; Hinweispfeile in den Gängen bzw. Räumen der Wohngruppe; übersichtliche Raumgestaltung; Tischmarkierungen als Hilfe zum Tischdecken) wären auch im Rahmen der Alltagsbegleitung von Herrn H. nützlich gewesen, um ein gewisses Maß an Selbstständigkeit möglichst lange aufrecht zu erhalten und auch unnötige Gefahrenquellen zu minimieren. Vermutlich wäre dadurch sogar die Verlegung in die Pflegegruppe für einen längeren Zeitraum herausgezögert worden. Darüber hinaus können Erinnerungsstücke (Bilder, Nippes in einem Setzkasten), ein persönliches Erinnerungs- bzw. Fotoalbum (das als ein großes, überschaubares "Lebensbuch" [BRUCKMÜLLER 1999, 209] auch gemeinsam mit einem dementen Menschen erstellt werden kann), Erinnerungskassetten (z. B. bei Sehstörungen bzw. visueller Agnosie), liebgewonnene Einrichtungsgegenstände (alter Sessel, Schränkchen), ein Vogelkäfig, Aquarium o. ä., die das Bewohnerzimmer sichtbar gestalten, die räumliche Orientierung erleichtern,

Vertrautheit und Sicherheit stiften sowie Wohlbefinden befördern. Für Mitarbeiter/innen bietet sich die Möglichkeit an, wertvolle Kommunikationen zu pflegen (z. B. Kontaktaufnahme und Gespräche über derlei Dinge). Daher ist es wichtig, Erinnerungsstücke bei Umzügen immer wieder mitzunehmen und aufzustellen.

Der Arbeit mit dementen Personen ist zu entnehmen, dass Orientierungshilfen und Gedächtnisstützen vor allem in der Anfangszeit der Erkrankung sinnvoll und hilfreich sind. Später in der Phase schwerer Verwirrtheit und Pflegebedürftigkeit können sie dagegen irritierend sein und sogar Gefühle der Verunsicherung und Beängstigung zusätzlich steigern. In diesem Stadium ist dann eine "validative" Begleitung (FEIL 1992) das Gebot der Stunde.

Neben den bisher genannten Orientierungshilfen werden als Umfeldveränderungen auch verbesserte *lebensraumspezifische Zugangsmöglichkeiten* herausgestellt, die darauf abzielen, dass betroffene Menschen innerhalb und außerhalb ihrer Wohnung (Wohngruppe) sich so weit wie möglich selbstständig und sicher bewegen und an alltäglichen Aktivitäten beteiligen zu können. Die entsprechenden Vorschläge beziehen sich zum Beispiel auf "abgerundetes" Mobiliar, Abpolsterung von Kanten, gute Lichtverhältnisse bzw. Ausleuchtung von Räumen (Vermeidung von Schattenbildung, um Fehldeutungen und Ängste [schwarze Löcher; Wegehindernis] auszuschalten), übersichtliche und leicht zugängliche Mobiliar- und Regalanordnung, Verschließen von Elektrogeräten oder Dingen mit (starkem) Gefährdungscharakter (Messer, Schere, giftige, ungenießbare Flüssigkeiten, Pasten), rutschfeste Böden, Haltegriffe im Bad, Handläufe sowie Sitzmöglichkeiten zum Ausruhen auf Fluren, Bordsteinabsenkungen, umgrenzte Außenanlagen, die ein sicheres, barrierefreies Spazierengehen ermöglichen... Nach McCALLION (2000, 267) wirken ungünstige Zugangsmöglichkeiten (zu große wie auch verwinkelte, unübersichtliche Räume, Flure oder Gärten) auf Menschen mit sog. geistiger Behinderung und Demenz häufig verunsichernd und handlungshemmend (Ängste und mangelnde Eigeninitiative).

Ebenso wichtig wie räumliche bzw. einrichtungsbezogene Umfeldanpassungen sind auch *individualisierte Anpassungen der Tagesstrukturierung* an den jeweiligen Verlauf einer dementiellen Erkrankung, um jedem Betroffenen ein sinnerfülltes Leben durch wertvolle Kommunikation und Anregungen zu ermöglichen. Der Sinn eines Angebots ist dabei aus der Bedürfnislage und Sicht des Anderen zu erschließen, er muss somit keinesfalls mit den Vorstellungen seiner Bezugsperson übereinstimmen. In Bezug auf Herrn H. hätten zum Beispiel die langjährigen Erfahrungen als Hausarbeiter nach seiner unfreiwilligen "Berentung" in der Wohngruppe aufgegriffen werden können (z. B. als "Wohngruppenhausmeister" Aufgaben wie Müllentleeren bzw. -trennen; Mithilfe bei kleineren "Reparaturen"). Auch in Bezug auf das für ihn so wichtige Einkaufen hätte man mit Hilfe unterschiedlicher Veränderungen (Einkaufsliste wird telefonisch durchgesagt, Herr H. erhält die Aufgabe Einkäufe abzuholen; Herr H. soll 'nur' Cola kaufen...) bzw. verschiedenartiger Unterstützungsformen (z. B. Einkaufszettel; ein Helfer begleitet ihn solange, bis der Laden zu sehen ist und trifft ihn 'zufällig' auf dem Rückweg) diese Aktivität erleichtern und aufrecht erhalten können. Mit fortschreitender

Demenz ergibt sich die Notwendigkeit, derlei Angebote oder Aufgaben immer wieder an neue Situationen und Bedürfnislagen anzupassen. Betroffene neigen oftmals dazu, auf vertraute, für sie bedeutungsvolle Tätigkeiten zurückzugreifen (so auch Herr H.). Solche Wünsche (Sortieren von Besteck) sollten auf jeden Fall unterstützt werden - auch wenn die entsprechenden Tätigkeiten "sinnlos" erscheinen, den Betroffenen vermitteln sie das stolze Gefühl, etwas "Nützliches" für die Gemeinschaft zu tun, produktiv, fleißig oder erfolgreich zu sein.

Nun sollte es bei einer Tagesstrukturierung aber nicht darum gehen, einen Menschen mit einer Demenz "rund um die Uhr" zu aktivieren, ebenso wichtig sind Zeiten der *kommunikativen Begegnung und der Muße*, des Snoezelens im Sinne von Sichwohl-Fühlen, in einem bequemen Sessel sitzen und der Lieblingsmusik lauschen, das Alltagsgeschehen beobachten... Die Sicherung und Pflege solcher elementarer Lebenszeiten, angereichert mit *basalen Angeboten* in materiell-stimulierender (Klänge, Düfte...) und kommunikativer Form (personale Zuwendung), wird umso bedeutsamer, je mehr sich der dementielle Prozess einem Endstadium nähert, das von einem hohen Grad an Pflegebedürftigkeit (Bettlägrigkeit), Morbidität und lebensbedrohlicher, gesundheitlicher Labilität gekennzeichnet ist.

Wenn wir das bisher Gesagte zusammenfassen und ordnen, kommen wir zu einem *Konzept einer Lebensbegleitung*, das folgende Bausteine beinhaltet (nach LINGG & THEUNISSEN 1999, 237ff.):

Leitprinzipien

- Unbedingte Annahme des Anderen und Respekt vor dem Eigen-Sinn und dem So-Sein
- Kommunikative Orientierung und Beziehungsgestaltung
- Subjektorientierung und Individualisierung
- Erwachsenengemäße Ansprache
- Unterstützung individueller Ressourcen, Stärken und Kompetenzen
- Größtmögliche Beteiligung am Alltagsleben
- Respektierung und Sicherung der Rechte
- Verzicht auf entwertende oder denunzierende Expertenurteile und Praktiken
- Schaffung eines haltgebenden Sozialraumes, der Stetigkeit, Vertrautheit, Sicherheit und Geborgenheit bieten kann
- Assistierende Hilfen zur Verwirklichung eines sinnerfüllten Lebens

Schwerpunkte der Alltagsbegleitung und Einzelhilfe

- Pflege und Grundversorgung: Dabei gilt es das Prinzip der "Ganzheitlichkeit" zu beachten, wie es unter anderem WITTNEBEN in ihrem "Modell der multidimensionalen Patientenorientierung" (1993, 204) anskizziert hat.
- Alltags- und Freizeitgestaltung: Dazu zählen auf der Grundlage der Erschließung individueller Bedürfnisse vielfältige Aktivitäten im hauswirtschaftlich-häuslichen Bereich, ästhetische Angebote (bildnerisches Gestalten, Musik, Tanz...), das Halten von Haustieren, Züchten und Pflegen von Pflanzen, die Teilnahme an

geselligen *Veranstaltungen* sowie die Partizipation am sozio-kulturellen Leben in der Gesellschaft.

- Biographisches Arbeiten: Dieses ermöglicht einen wichtigen Zugang zum Verstehen des Anderen und stellt zugleich ein prominentes Bildungsangebot für älter werdende und alte Menschen mit Behinderungen und psychischen Altersveränderungen dar (THEUNISSEN 2002).
- Psychosoziale Lebenshilfe und Begleitung beim Sterben: Dazu zählen u. a. ein Beistand bei Trauerarbeit sowie die begleitende Vorbereitung auf den eigenen Tod (hierzu ausführlich HOFFMANN in THEUNISSEN 2002).

Angebote

Der Lebensalltag sollte so gestaltet sein, dass täglich sinnvolle und subjektiv bedeutsame Angebote bestehen. Das müssen nicht nur körperliche Aktivierungs- oder handlungsorientierte Angebote sein, sondern ebenso wichtig (und im fortgeschrittenen Demenzstadium wertvoller) sind basale und insbesondere kommunikative Formen der Zuwendung.

Zeit

Der Faktor Zeit ist in doppelter Hinsicht bedeutsam: Eine regelmäßige Zeitstruktur kommt dem Bedürfnis nach Verlässlichkeit und Sicherheit sehr entgegen. Eine individualisierte Tagesstruktur unterstützt gleichfalls psychisches Wohlbefinden und hilft, Über- oder Unterforderung zu vermeiden. Beide Aspekte müssen so miteinander verschränkt werden, dass der Alltag in seiner Zeitdimension für den Einzelnen "passend" ist.

Lebensmilieu

Ein Lebensmilieu, das sich durch eine funktionsorientierte, klinisch-pflegerisch dimensionierte Raumgestaltung (Krankenhausatmosphäre) auszeichnet, ist dem subjektiven Wohlbefinden eher abträglich. Auch gerontopsychiatrische Abteilungen psychiatrischer Kliniken präferieren mittlerweile Lebenswelten, die ein *häusliches Wohnen* durchschimmern lassen. Wichtig ist ein Lebensmilieu, in dem sich der Einzelne sinnlich und sinnerfüllt wiederfinden und zugleich auch individuelle sowie kollektive Mitgestaltung- und Kontrollmöglichkeiten haben kann. Kleine, überschaubare Wohngruppen bzw. Häuser (4 - 6 Bewohner) und Einzelzimmer sollten in dem Zusammenhang die Regel sein (auch WÄCHTLER u. a. 1995, 215; JANICKI et al. 1999; 2000). Um Orientierungsproblemen und Ängsten entgegen zu wirken und den Verlust an Alltagskompetenzen so gering wie möglich zu halten, bedarf eines damit verknüpften "strukturierten Sozialraumes" (angepasste Wohnraumgestaltung u. a.).

Methoden

Neben allgemeinen heilpädagogischen Arbeitsformen mit *basalem Charakter* (hierzu der Überblick in THEUNISSEN 2000) spielen in der Alltagsbegleitung und Einzelhilfe dementer Personen zwei spezielle Methoden, das

Realitätsorientierungstraining (FOLSOM 1968) und die *Validation* (FEIL 1992) eine prominente Rolle, die unter Beachtung ihrer Vorzüge und Probleme (dazu LINGG & THEUNISSEN 1999, 240f.) gleichfalls für die Arbeit mit sog. geistig behinderten Menschen in Betracht gezogen werden können. Ergänzend hierzu möchten wir *spezielle Verhaltensregeln* erwähnen, wie sie im Umgang mit dementen Personen werden empfohlen werden (z. B. vom Pflegedienst des LKH Rankweil/Österreich).

Zu den Wohn- und Lebensbedingungen

Zu guter Letzt stellt sich die Frage, welche Wohn- und Lebensbedingungen präferiert werden sollten. Aus der Betroffenen-Perspektive ist die Antwort eindeutig: Die große Mehrheit älterer Menschen mit sog. geistiger Behinderung wünscht sich den *Verbleib in der ihnen vertrauten Lebenswelt* (Wohngruppe, Wohnung oder Wohneinrichtung). Vor dem Hintergrund sollte mit Eintritt in den Ruhestand ein Umzug von einer sog. Werkswohnung (Wohnheim an WfB) in eine große Behinderteneinrichtung oder in ein Pflegeheim vermieden und nur dann in Betracht gezogen werden, wenn es ausdrücklich dem Wunsch der Betroffenen entspricht. Menschen mit sog. geistiger Behinderung im jüngeren Erwachsenenalter möchten zumeist in kleinen, gemeindeintegrierten Häusern bzw. Wohnungen oder Gruppen leben. Die Präferenz für ein gemeindeintegriertes, häusliches Wohnen gilt im übrigen auch für diejenigen, die heute noch bei ihren Angehörigen leben. Dies wurde 1998 auf dem 12. Weltkongress von "Inclusion International" noch einmal deutlich herausgestellt. Nach JANICKI et al. (1999) haben Menschen mit sog. geistiger Behinderung und Demenz ein Recht darauf, so leben und wohnen zu dürfen, wie es für nichtbehinderte Personen mit einer dementiellen Erkrankung üblich ist. Auch dies spricht für einen möglichst langen Verbleib in der vertrauten Wohnform (auch WEBER 1997, 1329). Denn die große Mehrheit aller Menschen mit einer Demenz wird von ihren Angehörigen zu Hause und nur etwa ein Fünftel im Spätstadium der Erkrankung in Pflegeheimen oder Krankenhäusern versorgt (HAUPT 1997, 214).

Die möglichst lange Versorgung alter Menschen mit Demenz in der eigenen Familie entspricht auch dem Ziel gegenwärtiger Sozialpolitik, wenngleich mitunter extrem hohe psychische und physische *Belastungen der häuslichen Pflegepersonen* (Angehörigen) gesehen werden müssen. Um diese Probleme abzufedern, bedarf es tragfähiger *sozialer Ressourcen*, die sich nicht nur auf Pflegedienste oder Sozialstationen beschränken dürfen, sondern auch komplementäre Systeme (Tageskliniken o. ä.), Netzwerke (z. B. Nachbarschaftshilfe) und psychosoziale Angehörigenarbeit offerieren müssen. Dazu zählt die *Inanspruchnahme gerontopsychiatrischer Dienstleistungsangebote*, vor der sich die Behindertenhilfe nicht scheuen sollte. Sog. Memory-Ambulanzen und viele gerontopsychiatrische Fachabteilungen psychiatrischer Krankenhäuser bieten heute ein differenziertes Untersuchungsrepertoire und hohe Kompetenzen in Bezug auf therapeutische Hilfen und Beratung für zukünftige Begleit- oder Betreuungsmaßnahmen, und sie sind damit nicht mehr mit früheren Verwehrstationen einer Psychiatrie vergleichbar. Dass die Diagnostizierung einer Demenz bei einer intellektuell stark

beeinträchtigten Person mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist, sollte kein prinzipieller Hinderungsgrund für eine *interdisziplinäre Zusammenarbeit* sein. Anregungen für ein angemessenes Konzept einer Diagnostik liegen vor (hierzu THEUNISSEN 2001). Ausgehend von der ärztlichen und psychologischen Begleitung nichtbehinderter Demenzkranker und ihrer Angehörigen spricht auch aus gerontopsychiatrischer Sicht vieles dafür, bestehende (gemeindeintegrierte) Wohnformen für Menschen mit sog. geistiger Behinderung so zu nutzen und ggf. umzugestalten, dass Betroffene möglichst lange in der ihnen vertrauten Lebenswelt verweilen können. Während die Schaffung spezieller Wohngruppen mit dementen Personen im Prinzip nicht notwendig ist, können heterogene Gruppen mit älteren schwerstbehinderten Personen und behinderten Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, sowohl in personeller Hinsicht als auch unter Wohn Gesichtspunkten (angepasste Wohnraumgestaltung) gegenüber herkömmlichen Wohnheimgruppen (oder einer sog. Stammgruppe) mit extremen Altersspannen von großem Vorteil sein. Zudem kann im Einzelfall das Leben in einer Wohneinrichtung der Behindertenhilfe durch spezielle komplementäre Angebote (Tagesklinik) unterstützt werden. Auf jeden Fall sollte ein unreflektiertes Abschieben betroffener Menschen in ein Pflegeheim vermieden werden. Eine Verlegung in eine andere Institution muss gut durchdacht sein, und sie wird wohl dann greifen, wenn eine über das übliche Maß hinausgehende *häusliche* Pflege in einer Behinderteneinrichtung nicht mehr geleistet werden kann. Dies gilt insbesondere bei ausgeprägter Multimorbidität oder ständiger Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Aber auch in diesem Falle sollten die eingangs genannten Leitprinzipien nicht gänzlich außer Kraft treten - wohlwissend, dass auf dem Gebiet der Realität der Pflege und des Wohnens in Pflegeheimen noch viel investiert und getan werden muss.

Literatur

- BRUCKMÜLLER, M. (1999): Altern - Eine neue Dimension, in: Theunissen, G., Lingg, A. (Hrsg.): Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung. Bad Heilbrunn, S. 203-212
- BUIJSSEN, H. (1997): Senile Demenz. Weinheim
- FEIL, N. (1992): Validation. Wien
- FOLSOM, J. (1968): Reality orientation for the elderly mental patient. Journal Geriatric Psychiatry 1, 291-307
- HAUPT, M. (1997): Psychotherapeutische Strategien bei kognitiven Störungen. In: Förstl, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Gerontopsychiatrie. Stuttgart
- HOFFMANN, C. (2002): Sterbe- und Trauerbegleitung. In: Theunissen, G.: Altenbildung und Behinderung. Bad Heilbrunn
- JANICKI, M. P., DALTON, A. J. (eds.) (1999): Dementia, Aging, and Intellectual Disabilities: A Handbook, Castleton (Taylor & Francis)
- JANICKI, M. P.; DALTON, A. J. (2000): Prevalence of Dementia and Impact on Intellectual Disability Services. Mental Retardation, Vol. 38, 276-288
- JANICKI, M. P.; MCCALLION, P.; DALTON A. J. (2000): Supporting People with Dementia in Community Settings. In: Janicki, M.P.; Ansello, E.F. (eds.): Community Supports for Aging Adults with Lifelong Disabilities, Baltimore (Brooks), p. 387-414
- LAMBERT, J.-L. (2000): Altern und Depression bei Menschen mit einem Down-Syndrom. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete H.2 (2000) 159-168
- LINGG, A.; THEUNISSEN, G. (1999): Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz. In: Theunissen, G., Lingg, A. (Hrsg.): Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung, Bad Heilbrunn, S. 226-253

- LINGG, A.; THEUNISSEN, G. (2000): Psychische Störungen und geistige Behinderung. Freiburg
- MCCALLION, P. (1999): Maintaining Communication. In: Janicki, M. P.; Dalton, A. J. (eds.): Dementia, Aging, and Intellectual Disabilities: A Handbook, Castleton (Taylor & Francis), p. 261-277
- SACKS, O. (1995): Der Mann, der seine Frau mit seinem Hut verwechselte. Reinbek
- SACKS, O. (2001): Die Insel der Farbenblinden. Reinbek
- SCHIRBORT, K. (2002): Lebensbegleitung behinderter Menschen mit Demenz. In: Theunissen, G.:
Altenbildung und Behinderung. Bad Heilbrunn
- THEUNISSEN, G. (2000): Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Bad
Heilbrunn (3. stark erw. Aufl.)
- THEUNISSEN, G. (2001a): Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung im Alter.
Geistige Behinderung 2/2001, 167-180
- THEUNISSEN, G. (2002): Altenbildung und Behinderung. Bad Heilbrunn
- WÄCHTLER, C. u. a. (1995): Sozio- und Psychotherapie bei Demenzkranken, in: Hirsch, R. D. u. a.
(Hrsg.): Gerontopsychiatrie im Wandel: vom Defizit zur Kompetenz. Melsungen (Bibliomed)
- WEBER, G. (1997): Morbus Alzheimer bei Menschen mit geistiger Behinderung, in: Weis, S.; Weber, G.
(Hrsg.): Handbuch Morbus Alzheimer. Weinheim
- WITTNEBEN K. (1993): Patientenorientierte Theorieentwicklung als Basis einer Pflegedidaktik. Pflege
3/1993, 203-209

Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Altersveränderungen Konzeptionelle Anforderungen aus der Sicht eines Sozialministeriums

Bettina Winter

Die demographische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland wird bei den gesellschaftlichen Realitäten zu einer Institutionalisierung von Hilfen für ältere und alte Menschen führen. Dies gilt auch für Menschen mit Behinderung. So sind in der Behindertenhilfe zwei unterschiedliche, sich aber nicht ausschließende Entwicklungen zu beobachten: Auf der einen Seite findet die Deinstitutionalisierung von Angeboten in Umsetzung des § 3 Bundessozialhilfegesetzes ("ambulant vor stationär") durch den Auf- und Ausbau von Beratungs- und Unterstützungsangeboten, von ambulanten Diensten und des Betreuten Wohnens statt, und auf der anderen Seite die Vorbereitung der stationären Angebote auf die Bedürfnisse der älter werdenden und alten Menschen mit Behinderung.

Zur Rolle der Sozialplanung

Die Sozialplanung muss beide Entwicklungen berücksichtigen und adäquate Versorgungsangebote entwickeln und sicherstellen. Konzeptionelle Anforderungen müssen somit fachliche fundiert und in der Infrastruktur umsetzbar und finanzierbar sein.

Aufgrund der demographische Entwicklung und der Verbesserungen der Medizin und Rehabilitation werden in den Angeboten der Behindertenhilfe in den nächsten Jahren geistig, seelisch und körperlich behinderte Menschen alt werden. Dies stellt die Anbieter und Kostenträger vor die große Herausforderung, ihre Angebote auf die Bedürfnisse der älteren und alten Menschen einzustellen. Um diese Aussage zu belegen, richten wir einen Blick auf Hessen und die von Prof. Dr. Elisabeth Wacker vorgestellten Zahlen zur Populationsentwicklung: *"Finden wir noch 1995 unter den Erwachsenen in hessischen Einrichtungen nur knapp elf Prozent 55 bis 64-jährige und etwa 8% über 65-jährige Personen, so steigen diese Zahlen bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt auf knapp 15 Prozent bzw. etwa 10 Prozent an...Bei Weiterbestehen der vorrangig stationären Wohnformen insbesondere für ältere Menschen mit geistiger Behinderung werden bereits im Jahr 2005 in Hessen knapp 30 % der erwachsenen Heimbewohner(innen) älter als 55 Jahre sein"* WACKER; E. (2001). In :BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG e.V.; HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM; LANDESWOHLFAHRTSVERBAND HESSEN (Hrsg.) Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung – Hessische Erfahrungen, Marburg, S. 60).

Am Beispiel des Landes Hessen möchte ich verdeutlichen, wie sich Sozialplanung in Hessen dieser Aufgabe stellt und danach die konzeptionellen Anforderungen vorstellen, die für Menschen mit Behinderung und m.E. insbesondere für den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Alterserkrankung gelten.

Das hessische Projekt “Lebensräume ältere Menschen mit Behinderung”

Die o.g. Entwicklungen führen jetzt dazu, dass sich Anbieter und Kostenträger von Angeboten für Menschen mit Behinderung der Frage öffnen müssen, wie und wo älter werdenden und alte Menschen mit Behinderung in Zukunft leben werden. Seit den achtziger Jahren haben sich insbesondere die Einrichtungen der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung diesen Fragen angenommen und in vielen Veranstaltungen Positionen für die Bereiche Wohnen und Arbeiten formuliert und als Forderungen verabschiedet. In jenen Einrichtungen, in denen schon ältere Menschen leben wurde versucht, praktikable “Einzelfalllösungen” zu finden. Auch Eltern- und Angehörigenorganisationen haben sich dem Thema inzwischen angenähert. Gemeinsam ist den bisherigen Ergebnissen, dass viele Einrichtungsträger “kleine Lösungen” für ihre älter werdenden Menschen mit Behinderung gefunden haben, die aber bei der absehbaren Zunahme der Personengruppe nicht mehr funktionieren. Es müssen also konzeptionelle Lösung gefunden werden, die den Wünschen und Bedürfnissen der älteren und alten Menschen mit Behinderung entsprechen und finanziell abgesichert sind.

Die Notwendigkeit einer landesweiten Koordinierung dieses Prozesse erkannten das Hessische Sozialministerium und der Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV), der überörtliche Sozialhilfeträger. Im Jahr 1998 konstituierte sich unter Federführung des Hessischen Sozialministeriums und des LWV eine Planungsgruppe mit dem Ziel, in zwei Jahren Fachliche Leitlinien und Empfehlungen für Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung vorzulegen. In dieser Planungsgruppe waren die Liga der Freien Wohlfahrtspflege, die Landesarbeitsgemeinschaften Wohnen, Werkstätten für Behinderte und ambulante Dienste, der Landesverband der Lebenshilfe, die Landesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte, die Projektberatung Alten-, Behinderten-Selbsthilfe, die Heimaufsicht und das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg vertreten. Die Planungsgruppe entschied sich, einen intensiven Prozess der Auseinandersetzung mit der Thematik in Hessen anzustoßen. Dabei erhielt die Planungsgruppe die Rolle der Planung, Koordinierung, Organisation und Auswertung von Fachtagungen zur Erreichung des Ziels. Im Dezember 2000 wurden vom Hessischen Sozialministerium und dem Landeswohlfahrtsverband Hessen die fertiggestellten Fachlichen Leitlinien und Empfehlungen für Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung der Öffentlichkeit vorgestellt. Sie sollen den Sozialplanern als Handlungsanleitungen für die regionale und überregionale Planung und den Einrichtungsträgern und Diensten für die Konzeption von Angeboten dienen. Damit sind sie wichtige fachliche Hilfen für

die Umsetzung des § 93 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) für ältere Menschen mit Behinderung.

Basierend auf den Grundsätzen der hessischen Behindertenpolitik (Normalisierung, Selbstbestimmung, Individualität und Integration), den Erkenntnisse der Gerontologie (Kompetenzerhaltung und -förderung) und der Feststellungen, dass Altern ein individueller Prozess ist und Menschen mit Behinderung lebenslang spezifische Beratung und Unterstützung benötigen, wurden die Fachlichen Leitlinien und Empfehlungen für folgende Bereiche formuliert:

Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand

- Werkstätten für Behinderte

Wohnen

- Ambulanten Dienste
- Betreutes Wohnen
- Wohneinrichtungen und –angebote

Hilfen und Angebote zur Gestaltung des Tages

- Alltagsgestaltende Angebote
- Freizeitgestaltung

Außerdem wurden konkrete Umsetzungshinweise für o.g. Bereiche gegeben, die als Handlungshilfe für Leistungserbringer und Kostenträger fungieren können sowie die rechtlichen Rahmenbedingungen dargestellt.

2001 folgte die Herausgabe des Buches “Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung – Hessische Erfahrungen” BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE FÜR MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG e.V.; HESSISCHES SOZIALMINISTERIUM; LANDESWOHLFAHRTSVERBAND HESSEN (Hrsg.), in dem neben den Fachlichen Leitlinien und Empfehlungen alle wissenschaftliche Beiträge, Beiträge von behinderten Menschen und ihren Angehörigen und eine Übersicht über die neun zwischen 1998 und 2000 durchgeführten Veranstaltung abgedruckt sind.

Inzwischen werden die Fachlichen Leitlinien und Empfehlungen hessenweit auf den jeweiligen Verantwortungsebenen diskutiert und geprüft. Das Sozialministerium hat die Spitzenverbände aufgefordert, bis Mai 2002 in Stellungnahmen die Erfahrungen mit der Umsetzung der Fachlichen Leitlinien und Empfehlungen darzustellen. Verbindliche Verabredungen in Form von Leistungsvereinbarungen mit dem überörtlichen Sozialhilfeträger in Umsetzung des § 93 BSHG haben in Hessen begonnen. Unter der Federführung des Landesversorgungsamtes ist eine landesweite Arbeitsgruppe tätig, die sich mit den Fragen der Qualifizierung des Personals, der Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung und räumlichen Anpassung in Heimen befasst. Das Sozialministerium verlangt von Trägern der Behindertenhilfe, dass sie bei der Beantragung von Landesmitteln für neue Wohnheimplätzen oder Ersatzplätzen eine Gesamtdarstellung vorlegen, der zu entnehmen ist, wie die Bedürfnisse ältere Menschen mit Behinderung berücksichtigt werden sollen.

Konzeptionelle Anforderungen an Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung

Vorbemerkung

In Deutschland herrscht inzwischen bei Menschen mit Behinderung, deren Angehörigen und Einrichtungsträgern die Sorge, dass Menschen mit Behinderung, wenn sie das 65ste Lebensjahr erreichen, in ein Altenpflegeheim umziehen müssen. Genährt wird diese Sorge durch die Annahme, dass der Anspruch auf Eingliederungshilfe mit dem 65sten Lebensjahr ende. Dem ist nicht so. Durch das Alter ändern sich die sozialhilferechtlichen Ansprüche nicht. Es gibt keine Altersgrenze für die Eingliederungshilfe. Sie wird nach § 39 Abs. 4 BSHG solange gewährt, wie vor allem nach Art und Schwere der Behinderung Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann.

Konzeptionelle Anforderungen

Das Altenpflegeheim ist für ältere Menschen mit Behinderung in der Regel nicht die geeignete Wohn- und Betreuungsform. Menschen mit Behinderung möchten so lange wie möglich in ihrer Vertrauten umgehen wohnen bleiben können. Diesem Wunsch möchten die Wohnheimträger in der Regel auch nachkommen, sehen sich aber von bauliche, personellen und konzeptionelle Probleme gestellt. Ein ältere Mensch mit Behinderung ist nicht automatisch gebrechlich und immobil. Das Gegenteil ist in der Regel der Fall. Behinderte Frauen und Männer, die in EU-Rente gehen und damit das vertraute Umfeld der Werkstatt verlassen, wollen und müssen alternative Beschäftigung-/Freizeitangebote erhalten und alte Sozialkontakte pflegen sowie neue aufbauen. Wenn altersbedingte Einschränkungen beginnen, wie Demenz und/oder Pflegebedürftigkeit, muss der Wohnheimträger sicherstellen, das die Betreuung und Versorgung der veränderte Situation Rechnung trägt.

Besondere Schwierigkeiten bereitet den Wohnheimträgern z.Zt. , dass behinderte Menschen, die ihre EU-Rente beziehen, nun eine angemessenen Tagesstruktur benötigen, dass dies manchmal aber nur eine einzige Person in einer Wohngruppe zutrifft. In einigen Jahren wird sich das Problem dahingehend gelöst haben, dass mehrere ältere Menschen einer Wohngruppe "zuhause" bleiben. Deshalb ist die aktuelle Situation vor allem eine organisatorische Herausforderung an die Träger. Auch die Heimaufsicht ist gefordert, durch Beratung die Situation zu regeln.

In allen Beiträgen dieser Tagung wird angenommen, dass Demenzerkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung häufiger zu finden sind als bei nichtbehinderten Menschen. Die Diagnose einer Demenzerkrankung bei geistig Behinderten ist jedoch ungleich schwerer, da durch die Primärbehinderung verursachte Verhaltensweisen Symptome einer Demenz aufweisen können. So besteht die Gefahr, eine beginnende Demenz zu übersehen oder eine behinderungsbedingte Veränderung als Demenz zu diagnostizieren. Frau Dr. Tomka-Hoffmeister hat in ihrer heutigen Falldarstellung sehr gut darstellen könne, wie wichtig eine Differentialdiagnostik zur tatsächlichen Ursachenfindung für eine Verhaltensänderung bei einem älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung

ist. Herr Dr. Seidel und Herr Wienke haben die medizinischen Ursachen, die Ausprägung der psychischen Veränderungen und die Folgen für die Betreuung und Pflege von Demenzkranken beschrieben. Prof. Dr. Theunissen leitete in seinem Beitrag die Anforderungen an die pädagogische Begleitung in den Wohngruppen ab.

Die konzeptionellen Anforderungen ergeben sich aus den vorgenannten medizinischen und pädagogischen Erkenntnissen und gelten grundsätzlich für alle behinderten Menschen. Sie lassen sich aus den von mir vorgestellten Fachlichen Leitlinien und Empfehlungen folgendermaßen ableiten: Ältere Menschen mit Behinderung wollen in ihrem bekannten Wohnumfeld solange wie möglich verbleiben. Damit dies möglich wird, müssen die Einrichtungen der Behindertenhilfe sich konzeptionell auf die Erkennung und Behandlung von Alterserkrankungen einstellen durch:

1. Qualifizierung des Personals
2. Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung
3. Räumliche Anpassung

Qualifizierung des Personals

Zusätzlich zu den klassischen Berufsgruppen in der Behindertenhilfe wie den Heilerziehungspfleger(inne)n, den Sozialpädagogen/arbeiter(inne)n und den Erzieher(inne)n werden in Zukunft auch Alten- und Krankenpflegekräfte gehören. Psychiatrisches Fachwissen wird in die Qualifikationen der Mitarbeiter(innen) einfließen müssen. Die Einrichtungsträger werden dazu perspektivisch multiprofessionelle Teams zusammenstellen, die den Anforderungen an die Versorgung ältere behinderte Menschen gewachsen sind. Das pädagogische und pflegerische Personal muss in die Lage versetzt werden, die altersbedingten Veränderungen der Bewohnerinnen und Bewohner zu erkennen. Die heilpädagogische Betreuung muss entsprechende altersspezifische Elemente enthalten, damit die neuen, veränderten Bedürfnisse berücksichtigt werden. Nur so wird ein "Abschieben" in Altenpflegeheime zu verhindern sein. Dort können zwar pflegerische und gerontopsychiatrische Bedürfnisse gedeckt werden, jedoch kann der spezifischen Hilfe- und Unterstützungsbedarf von Menschen mit Behinderung in den jetzigen Angeboten der Altenhilfe nicht erfüllt werden. Deshalb plädiere ich für einen Verbleib der älteren behinderten Menschen in der Angebotsstruktur der Behindertenhilfe unter Sicherstellung der neuen pflegerischen und medizinischen Hilfebedarfe.

Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung

Die medizinische Versorgung ist durch geeignetes ärztliches Personal sicherzustellen. Das heißt, dass neben den Hausärzten auch die Psychiater/Gerontopsychiater zu den zu konsultierenden Ärztinnen und Ärzten gehören. Alle notwendigen Heil- und Hilfsmittel müssen auch gerontopsychiatrisch erkrankten geistig behinderten Menschen erhalten. Die Kooperation mit einem gerontopsychiatrischen Zentrum ist soweit es sinnvoll und möglich ist, anzustreben. Besondere Bedeutung ist der Prävention zuzumessen, da gerade bei

älteren Menschen hohe präventive Potenziale vorhanden sind. Präventive Verhaltensweisen sind von den Betreuerin und Betreuern anzuregen und zu fördern. Falls Krankenhausaufenthalte notwendig sind, sind die ärztlichen und pflegerischen Nachsorgestrukturen zu gewährleisten.

Räumliche Anpassung

Einrichtungen der Behindertenhilfe müssen auch den Bedürfnissen von schwermehrfachbehinderten und alten behinderten Menschen entsprechen. Deshalb sind bei Neubauten und Umbauten Mobilitätseinschränkungen, Pflegesituationen und ein verändertes Ruhe- und Freizeitverhalten der Bewohner und Bewohnerinnen zu berücksichtigen. Dies wirkt sich auf das Raumprogramm und die Ausstattung aus. Herr Wienke wies darauf hin, welche Wiedererkennungsbzw. Orientierungshilfen Menschen mit einer Demenzerkrankung helfen, sich im Alltag der Wohngruppe zurecht zu finden. Herr Prof. Dr. Theunissen empfahl, Wohngruppen zu bilden, in den ältere geistig Behinderte und ältere geistig Behinderte mit einer Demenz zusammenleben. Die eingeschränkte Mobilität und Orientierung muss bei der Planung berücksichtigt und die bauliche und Ausstattungshilfen soweit möglich kompensiert werden. Dabei ist schon in der Planungsphase eine Zusammenarbeit zwischen Fachleuten beider Disziplinen, der Behindertenhilfe und der Gerontopsychiatrie, sinnvoll.

Fazit

Im Jahr 2002 stehen den Anbietern von Angeboten und den Kostenträgern genügend Informationen zur Verfügung, wie und wo ältere und alten Menschen leben wollen und wie eine solche Versorgungsstruktur aussehen kann. Die demographische Entwicklung ist bekannt. Die rechtliche Situation ist eindeutig. Es gibt erste Erfahrungen in Wohnheimen mit älteren und alten Menschen mit Behinderung und es gibt Leitlinien und Empfehlungen. Nun müssen die oben genannten Akteure über Leistungsvereinbarungen die Bedingungen und Leistungen festschreiben. In Umsetzung des § 93 BSHG sind bei der Erstellung von Leistungsvereinbarungen zum Wohnen und zur Gestaltung des Tages die Bedürfnisse ältere und alt werdender Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen. Bei Neubauten und Umbauten von Einrichtungen ebenso wie bei der Ausstattung von Wohngruppen. Ich sehe die Behindertenhilfe inzwischen als genügend informiert, diese neue Herausforderung anzunehmen und ihrem Klientel, den Menschen mit Behinderung, ein Altern in Würde und Selbstbestimmung zu ermöglichen. Dazu bedarf es der engen Zusammenarbeit mit den Kostenträgern, denn auch diese sind Lernende was die neuen Anforderungen angeht.

Autoren

Univ.-Prof. Dr. Georg Theunissen
Kerstin Schirbort, Dipl.-Päd., wiss. Mitarbeiterin
Institut für Rehabilitationspädagogik
FB Erziehungswissenschaften
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
06099 Halle
E-mail: theunissen@paedagogik.uni-halle.de

Bettina Winter
Leiterin des Referates "Frühförderung, ambulante Hilfen und teil- und vollstationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe" im Hessischen Sozialministerium
Hessisches Sozialministerium
Dostojewskistr. 4
65197 Wiesbaden
Tel. 0611/817 3226
E-Mail: b.winter@hsm.hessen.de

Dr. med. (H) Maria Tomka-Hoffmeister
Dr. med. Bernd Huber
Priv.-Doz. Dr. med. Michael Seidel
Ärztlicher Dienst
Stiftungsbereich Behindertenhilfe
v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel
Maraweg 9
33 617 Bielefeld

H. G. Wienke
Facharzt f. Psychiatrie u. Psychotherapie,
Sportmedizin
Gerontopsychiatrisches Zentrum
Moltkestraße 3
33615 Bielefeld

Impressum

Die *“Materialien der DGSGB”* sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge. Anfragen und Anforderungen an die Redaktion erbeten.

Herausgeber

Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB)
Maraweg 9
33617 Bielefeld
Tel. 0521/144-2613
Fax 0521/144-3096

Redaktion

Prof. Dr. Klaus Hennicke
Laubacher Str. 46a
14197 Berlin
Tel.: 030/854 87 00
0174/989 31 34
E-mail hennicke@01019freenet.de

DGSGB

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluß an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhauspsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- *der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten*
- *der Standards ihrer psychosozialen Versorgung*
- *der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung*
- *des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.*

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Arbeitstagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand:

*Prof. Dr. Michael Seidel, Bielefeld (Vorsitzender)
Prof. Dr. Klaus Hennicke, Berlin (Stellv. Vorsitzender)
Prof. Dr. Theo Klauß, Heidelberg (Stellv. Vorsitzender)
Dipl.Psych. Dr. Gudrun Dobsław, Bielefeld
(Schatzmeisterin)
Knut Hoffmann, Göttingen
Dipl.-Psych. Stefan Meir-Korell, Meckenbeuren
Prof. Dr. Gerhard Neubäuser, Linden
Prof. Dr. Georg Theunissen, Halle*

Postanschrift

*Prof. Dr. Michael Seidel
Stiftungsbereich Behindertenhilfe
Maraweg 9
D-33617 Bielefeld
Tel.: (0521) 144-2613
Fax: (0521)144-3467*