

Evangelische Hochschule Nürnberg
Heilpädagogik Dual

Bachelor-Thesis
zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Arts Heilpädagogik

Demenz und Geistige Behinderung im Alter –
eine neue Herausforderung für die Heilpädagogik.

*Darstellung einer Förderplanung am Beispiel
eines Menschen mit Trisomie 21*

Tina-Maria Kirschner

Erstgutachter: Lotz, Prof. Dr. Dieter
Zweitgutachter: Bayer, Prof. Dr. Michael

Abgabetermin: 14. Januar 2019

Inhaltsverzeichnis

Demenz und Geistige Behinderung im Alter - eine neue Herausforderung für die Heilpädagogik.

Darstellung einer Förderplanung am Beispiel eines Menschen mit Trisomie 21

1	Einleitung	1
2	Definitionen	2
2.1	Demenz	2
2.1.1	Alzheimer-Krankheit	2
2.1.2	Vaskuläre Demenz	6
2.1.3	Lewy-Körperchen-Demenz	6
2.1.4	Demenz bei Morbus Parkinson	6
2.1.5	Frontotemporale Demenz	7
2.1.6	Weitere Formen der Demenz	7
2.2	Geistige Behinderung	8
2.2.1	Definition	8
2.2.2	Ursachen	9
2.2.3	Trisomie 21	10
2.3	Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung (Trisomie 21) und Alzheimer-Demenz	11
2.3.1	Erscheinungsbild	11
2.3.2	Differenzierung	14
3	Alternative Lebensorte – kritische Betrachtung	15
3.1	Finanzierung und Zuständigkeit	16
3.2	Alternative Lebensorte	18
3.3	Fachliche Kompetenz	19
4	Heilpädagogische Beziehungsgestaltung in der Altenhilfe	21
4.1	Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung und Demenz	21
4.2	Erleben und Begleiten von Demenz und sogenannter geistiger Behinderung	22
4.3	Begleitung durch das Pflegepersonal	23

Inhaltsverzeichnis

4.4	Therapeutische Möglichkeiten und ausgewählte Angebote in der Einzelbegleitung	24
4.4.1	Biographiearbeit	24
4.4.2	Sinnliche Wahrnehmung	26
4.4.3	Basale Stimulation	27
5	Darlegung einer Förderplanung am Beispiel eines Menschen mit Alzheimer und Trisomie 21	28
5.1	Begegnung mit ICF-basierter Unterstützungsplanung in der Heilpädagogik	28
5.2	Beispiel für eine ICF-basierte Förderplanung	31
5.2.1	Vorstellung der Bewohnerin	31
5.2.2	Befunderhebung: Informationsgewinnung	32
5.2.3	Erkennen der Befindlichkeit, der Ressourcen und Entwicklungsaufgaben	36
5.2.4	Bestimmung der Erziehungs-, Förderungs- und Beratungsziele	37
5.2.5	Planung der Handlungsansätze	37
5.2.6	Weiterführung der HpE in Befunderhebung, Begleitung, Beratung	38
5.2.7	Reflexion und Beurteilung der Wirkung mit allen Beteiligten	38
6	Fazit	39
	<u>Anhang I:</u> Kriterien für typische und atypische Alzheimer-Krankheit der IWG	41
	<u>Anhang II:</u> Bereiche sensorischer Wahrnehmung	44
	<u>Anhang III:</u> Das bio-psycho-soziale Modell	45
	<u>Anhang IV:</u> ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit	46
	Literaturverzeichnis	49
	Eidesstattliche Erklärung	

Demenz und Geistige Behinderung im Alter - eine neue Herausforderung für die Heilpädagogik.

Darstellung einer Förderplanung am Beispiel eines Menschen mit Trisomie 21

1 Einleitung

Ein vergessener Termin hier, ein verlegter Schlüssel da. Und wie war noch gleich der Name von der neuen Nachbarin? Kleine Hinweise von Vergesslichkeit zeigen sich immer wieder im Alltag. Dies kann verschiedene Gründe haben, vielleicht ist es der Stress, vielleicht ist es Unachtsamkeit, jedoch im Alter wird der Gedanke an eine demenzielle Erkrankung laut. Es stellt sich die Frage, wann ist es nur Unachtsamkeit und wann ist es pathologisch? Das Thema Demenz gewinnt mit zunehmendem Lebensalter der Gesellschaft und im demografischen Wandel an Bedeutung.

Die Erkrankung nimmt in dieser Zeit immer mehr Raum und Präsenz ein. Laut einer 2018 veröffentlichten Studie besteht aktuell eine Prävalenzrate (Erscheinungshäufigkeit) von 5,2 % aller Menschen weltweit über 60 Jahren (Statista 1, 2015), das sind 1,63 Millionen Erkrankte in Deutschland und 46,8 Millionen Menschen weltweit (Statista 2, 2018). Seit 2015 bis 2050 wird eine Zuwachsrate von 181 % prognostiziert, das ergäbe eine Anzahl von 131,5 Millionen an Demenz erkrankten Menschen (ebd.). Und 65 % aller Demenz erkrankten zeigen die Symptomatik der Alzheimer-Demenz (Statista 3, 2011), die Erscheinungsform, die die Gesellschaft mit Vergesslichkeit und Alter assoziiert.

In Kombination mit einer geistigen Behinderung, insbesondere bei Down-Syndrom/Trisomie 21 (DS), liegt die Prävalenz schon im mittleren Erwachsenenalter deutlich über dem Durchschnitt der restlichen Bevölkerung (Havemann/Stöppler 2004 in Ding-Greiner 2014). Mit knapp 20 % ab dem 51. Lebensjahr (ca. 6 % mit geistiger Behinderung ohne DS) und 60 % ab dem 61. Lebensjahr (ca. 9 % mit geistiger Behinderung ohne DS) ist die Erkrankungswahrscheinlichkeit als Mensch mit Trisomie 21 deutlich häufiger als bei der restlichen Bevölkerung (ca. 5 % ab dem 61. Lebensjahr, davor nicht erfasst) beschrieben (ebd.).

Hier wird die Frage laut, warum diese Häufigkeit in einer solchen Geschwindigkeit zunimmt und wie kann die Gesellschaft Dementen einen menschenwürdigen und schönen Lebensabend gestalten? Außerdem stellt sich die Frage, wie ein Mensch mit Demenz und einer geistigen Behinderung im Alter am besten versorgt werden kann und er gleichzeitig aber die Achtung und Würde erleben darf, wie eine Person, die ohne Einschränkung zu Beginn des Lebens auf die Welt kam. Welche Bedarfe ändern und ergeben sich mit zunehmendem Lebensalter und wie kann die heilpädagogische Begleitung diesen

begegnen? Diese Fragen werden in der folgenden Arbeit bearbeitet und dargelegt. In einer abschließenden Förderplanung wird beispielhaft die Gestaltung einer heilpädagogischen Begleitung aufgezeigt.

Im Fazit werden die Untersuchungsergebnisse am Ende zusammengefasst.

Die Verwendung Mensch und Person gilt der Lesbarkeit halber stets für alle Geschlechter. Auch die Bezeichnungen des (Heil-)Pädagogen, Erzieher, Begleiter und Betreuer sind geschlechtsneutral und der besseren Lesbarkeit zuliebe vereinfacht dargestellt. Die Beschreibung des Menschen mit (geistiger) Behinderung meint immer den politisch korrekten Begriff des Menschen mit sogenannter (geistiger) Behinderung. Die verwendeten Beschreibungen sind in keiner Weise diskriminierend oder stigmatisierend zu betrachten, sondern stets unter dem wissenschaftlichen Aspekt.

2 Definitionen

2.1 Demenz

Laut ICD-10 ist Demenz im Bereich der organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen „ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet“ (dimdi 2015).

Dies kann bei dem Betroffenen beispielsweise in „Veränderungen im Charakter, plötzliche[n] Stimmungsschwankungen, Sammelwut, (nächtliche[r]) Unruhe und so weiter“ (Buijssen 2016, 19) Ausdruck finden.

2.1.1 Alzheimer-Krankheit

In der Literatur werden diverse Formen der Demenzerkrankungen beschrieben. Am Ge­läufigsten ist die Bezeichnung „Alzheimer“.

Erstmals beschrieben durch den Neuropathologen Alois Alzheimer 1906 durch seine Patientin Auguste D. (Buijssen 2016, 12). „Er beschrieb die Ratlosigkeit, mit der sie ihn

ansehen konnte, ihre Verwirrtheit, wenn sie durch die Flure der Nervenheilanstalt irrte, die Desorientierung, die aus ihren Antworten auf einfache Fragen sprach, ihre Angst, wenn Ärzte sie untersuchen wollten und sie jedes Bewusstsein davon verloren hatte, wo sie sich befand“ (ebd.).

Wie Eingangs beschrieben, ist die Alzheimer-Demenz die häufigste Erscheinung der demenziellen Erkrankungsbilder. Aus dem ICD-10 ist zu entnehmen, dass die „Alzheimer-Krankheit [...] eine primär degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie und charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen [ist]. Sie beginnt meist schleichend und entwickelt sich langsam aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren“ (dimdi 2015).

Das heißt, dass die Krankheit, die auf das Gehirn greift, bisher nicht heilbar ist und keine genauen Ursachen für das Entstehen dieses Erscheinungsbildes bekannt sind. Buijssen schreibt über wissenschaftliche Forschungen, die besagen, dass die Entstehung mit einer „außergewöhnlich hohen Anzahl von Eiweißablagerungen im Gehirn“ (2016, 24) einhergeht, die sich als harte, unauflösliche Plaques im Gehirn und in den Blutgefäßen ablagern. Ein weiteres Merkmal von Alzheimer sind sog. Neurofibrillen-Knäuel, Anhäufungen von zusammengefallenen Protein-Tubuli („Röhrchen“), die vormals für die Versorgung von Nährstoffen im Hirn zuständig waren und sich durch die Krankheit verändert haben und dadurch zusammenfielen. Diese Degeneration auf neurofibrillärer Ebene „führt zu Beeinträchtigungen im Funktionsbereich der Nervenzellen und möglicherweise zum Zelltod“ (Gusset-Bährer 2018, 16).

Es ist weiter bekannt, dass der Gedächtnisverlust durch das Absterben von Nervenzellen und dem damit verbundenen Abbau des Hirngewebes im Hippocampus beginnt, in dem Teil des Hirns, in dem die Selektion stattfindet, welche Informationen ins Langzeitgedächtnis aufgenommen werden (Buijssen 2016, 24). Dies wird als Ausgangspunkt der Krankheit beschrieben, die später auch auf andere Teile des Gehirns übergreift (ebd.).

In der Fachliteratur werden die frühe und die späte Form von Alzheimer unterschieden, die sich durch den Beginn definiert: die Grenze liegt beim Alter von 65 Jahren (ebd.). Die frühe Form wird durch schnelleren Verlauf differenziert und ist wohl auch wesentlich seltener (ebd.).

Der Verlauf ist bei jedem Menschen individuell, jedoch meist geprägt von den im Folgenden beschriebenen Phasen.

An Alzheimer erkrankte Menschen zeigen im Alltag anfangs vor allem Gedächtnislücken und Desorientierung in ihrem bekannten Umfeld (Maier u. a. 2011, 33). In Gesprächen

fällt es ihnen zunehmend schwer sich Dinge zu merken und komplexen Gesprächsinhalten zu folgen. Gegenstände finden sich an ungewöhnlichen Orten wieder, wie beispielsweise die Brille im Kühlschrank und Verabredungen werden vergessen (ebd.). Den Menschen fällt es schwer Problemstellungen zu lösen und Entscheidungen zu treffen, meist betrifft dies auch die Angehörigen. Es ist ein zunehmend nachlassender Antrieb zur Eigenaktivität zu beobachten und häufiger außergewöhnliche Stimmungsschwankungen (ebd.).

Trotz im Leben erreichter hoher Schulbildung und komplexer Lerninhalte können diese oft nicht mehr wiedergegeben werden. Einkäufe finden sich an diversen Orten wieder wie beispielsweise Lebensmittel im Schlafzimmer und Shampoo im Kühlschrank (eigene Beobachtungen bei der Begleitung). Diese Phasen können je nach Tagesform stark schwanken. Morgens mag es noch zu flüssigen Gesprächen mit komplexen Inhalten kommen, am Nachmittag kann demgegenüber beispielsweise die Orientierung im Lebensraum schwerfallen (Maier u. a. 2011, 35).

Die Person selbst versucht sich zu rechtfertigen und zu verleugnen, da sie die verwirrenden Umstände auch selbst als unangenehm wahrnimmt. Hilfreich für den Menschen ist es hier, Verständnis und Zuversicht im Umgang an den Tag zu legen (ebd.). Routinen und Rituale können sich oftmals positiv darstellen, wie auch die Förderung und Begleitung in der Selbstständigkeit (ebd.). Geistige Anforderungen und Angesehen-Sein wirkt dem Betroffenen gegenüber wertschätzend und wohlwollend.

Das Gedächtnis schwindet, doch die Emotion bleibt. Die Tatsache des Vergessens und der Desorientierung belastet den Menschen anfangs sehr, woraus Schamgefühle, Traurigkeit und Depressivität entstehen können, über das Wissen und die Annahme, Anforderungen nicht gerecht werden zu können (ebd. 37). Dies gilt es für die Begleitenden wahrzunehmen, mit Verständnis zu betrachten und auch mit dem zuständigen Arzt zu teilen.

Im mittleren Stadium kann das Verhalten des Demenziellen zunehmend herausfordernder und durch Unruhen und Aggressionen geprägt sein, wenn sich der Mensch von seinen Begleitern trotz Wohlwollen missverstanden und gestört fühlt (ebd.). Dieses herausfordernde Verhalten kann für die Pflegenden oft zermürend und nervenaufreibend empfunden werden.

Im Verlauf der Erkrankung werden die Betroffenen zunehmend pflegebedürftig, da nun auch Bedürfnisse wie Harndrang, Hunger und Müdigkeit anders wahrgenommen werden

(ebd. 38). Im Alltag sind die Menschen oftmals in sich gekehrt und von einfachen Tätigkeiten angesprochen, wie beispielsweise dem Sortieren und Arrangieren von Kuscheltieren auf dem Sofa. Desorientierungen werden teilweise kaum als solche wahrgenommen. Die Menschen sind in ihrer eigenen Welt und dort zufrieden (eigene Beobachtungen). Solange sie in ihren Handlungen und Denkweisen nicht verwirrt werden, reagieren sie wohlwollend und ausgeglichen. Angehörigen und Begleitern obliegt die Aufgabe, dennoch für diese Menschen da zu sein und Ansprechpartner zu sein, spüren sie doch, geliebt zu werden, auch wenn sie diese Person nicht (mehr) erkennen (Maier u. a. 2011, 39).

Diesem Stadium folgt die Bettlägerigkeit mit abnehmender Mobilität, Bewegungsmangel und dadurch bedingte erhöhte Anfälligkeit von Infektionen (ebd.).

Derzeit steht die Annahme, dass Alzheimer immer mit dem Tod endet, nicht zuletzt durch das zunehmend hohe Alter der Betroffenen. Die Demenz als Todesursache wird bislang ausgeschlossen, jedoch führen die Folgen dieser zum Tod des Menschen (ebd.). Zunehmende Bewegungsunsicherheiten, reduzierte Mobilität, Infektionen und Alterskrankheiten wie Herzinfarkt oder auch Schlaganfälle sind bei demenziell erkrankten Menschen, wie auch bei Gleichaltrigen ohne Demenz meist die Ursachen für das Sterben (ebd.).

Die Diagnose Alzheimer-Demenz ist als Ausschlussdiagnose beschrieben und die Erstellung ist mit diversen Tests und Untersuchungen verbunden (Gusset-Bährer 2018, 16). Einerseits müssen die typischen Symptome einer Demenz vorhanden sein, der Krankheitsverlauf erst schleichend aber dennoch mit einer stetigen Verschlechterung einhergehen, sowie andere Ursachen durch Laborbefunde und Untersuchungen ausgeschlossen werden (ebd.). Die Unterscheidungen in typische und atypische Demenz vom Alzheimer-Typ wird von einer internationalen Arbeitsgruppe (International Working Group – IWG) dargestellt (ebd.). Eine Auflistung dieser Kriterien ist in *Anhang I* zu finden.

2.1.2 Vaskuläre Demenz

Unterschieden von Alzheimer wird die Form der vaskulären Demenz, welche mit 15 % aller Demenzerkrankungen beschrieben ist (ebd.). Die Entstehung dieser Art ist definiert durch die kumulative Folge kleinerer, vorübergehender Infarkte (sog. TIA) oder eines bzw. mehrerer Schlaganfälle durch vorausgegangene Embolien, Thrombosen oder Blutungen im späteren Lebensalter (dimdi 2015). Durch das Absterben bestimmter Hirnregionen ist diese Form der Demenz irreversibel, das heißt unumkehrbar (Buijssen 2016, 25). Durch die abgestorbenen Nervenzellen im Gehirn können als Begleiterscheinung auch Lähmungen und andere organische Einschränkungen, wie Schwierigkeiten beim Sprechen und Sehstörungen auftreten (ebd.).

2.1.3 Lewy-Körperchen-Demenz

Die Lewy-Körperchen-Demenz ähnelt sehr der Alzheimer-Krankheit. Bei vielen Patienten sind aber starke Schwankungen der geistigen Fähigkeiten und der Aufmerksamkeit im Tagesverlauf festzustellen. Häufig treten auch früh zu Krankheitsbeginn detailreiche, optische Halluzinationen und/oder Bewegungsstörungen (leichtes Zittern, Bewegungssteifigkeit) auf (Kurz o. J.). Häufig sind auch Stürze und kurze Sequenzen von Bewusstlosigkeit zu beobachten (ebd.).

In der Abgrenzung zu Morbus Parkinson sind bei der Lewy-Körperchen-Krankheit vermehrt Fälle von Verfall der geistigen Fähigkeiten zu beobachten (ebd.).

2.1.4 Demenz bei Morbus Parkinson

Die Zitterbewegungen sind sehr prägend für dieses Erscheinungsbild. Mit der Lewy-Körperchen-Krankheit hat sie die Bewegungsstörungen gemein, aber nicht unbedingt die Einschränkungen der geistigen Fähigkeiten. Nicht jede Parkinsonerkrankung führt zu einer demenziellen Erscheinung.

Die Parkinson-Krankheit zeigt sich in erster Linie in Bewegungsstörungen. Sie verläuft schleichend, ist aber in den meisten Fällen nicht mit geistigen Einschränkungen verbunden. Erst im späten Krankheitsstadium bildet sich bei etwa einem Drittel der Betroffenen eine Demenz heraus (Pantel o. J.).

Der Beginn ist oft schleichend und langsam über mehrere Jahre, während die Patienten geistig klar und voll orientiert sind (ebd.).

Das parallele Auftreten von Hypo-/Akinese (chronische Verlangsamung der Bewegungsabläufe, Störungen der Feinmotorik/Bewegungsunfähigkeiten und Starre durch nicht-wirkliche Lähmungen), Tremor (Zitterbewegungen) und Rigor (Steifigkeit in den Gliedmaßen) wird als Parkinson-Syndrom bezeichnet (ebd.). Morbus Parkinson wird durch ein Absterben derjenigen Hirnareale in der Tiefe des Gehirns verursacht, die den Botenstoff Dopamin produzieren, wobei auch andere Ursachen gesehen werden, z. B. Durchblutungsstörungen, Schlaganfälle oder Nebenwirkungen durch Medikamente (ebd.).

2.1.5 Frontotemporale Demenz

Die Frontotemporale Demenz ist eine Beeinträchtigung, die nicht nur alternde Menschen betrifft. Oft sind Gedächtnisstörungen nicht die ersten Symptome (Maier u. a. 2011, 26). Aufgrund der mit der Krankheit einhergehenden Persönlichkeitsveränderung, welche belastend auf die Angehörigen wirkt, kann es auch zu Verwechslungen mit anderen psychischen Erkrankungen kommen (ebd.).

Der Grund hierfür liegt darin, dass der „Abbau der Nervenzellen zunächst im Stirn- und Schläfenbereich“ beginnt (ebd.). Dies zeigt sich oft in Impulsivität, Aggressivität, Verhaltensschwierigkeiten, mangelndem Taktgefühl, Sprachschwierigkeiten und weiteren unerwarteten Verhaltensänderungen (ebd.).

2.1.6 Weitere Formen der Demenz

Darüber hinaus gibt es zahlreiche weitere Ursachen für demenzielle Erscheinungsbilder, die jedoch weitaus seltener zu beobachten sind. Dazu gehören neurologische Erkrankungen wie die Creutzfeld-Jakob-Krankheit, das Korsakow-Syndrom, Stoffwechselerkrankungen, Infektionen des Gehirns, Vergiftungen (Industriegifte, Medikamente, Alkohol), Vitaminmangelzustände oder Schädel-Hirn-Traumen (Maier u. a. 2011, 28). Depressionen, Hirntumore oder eine Abflussstörung der Hirnrückenmarksflüssigkeit (Normaldruckhydrozephalus) können ebenfalls für Demenzsymptome verantwortlich sein (ebd.). Diese sogenannten sekundären Formen von Demenz können in Einzelfällen heilbar sein, wenn der Auslöser rechtzeitig erkannt und behandelt wird (ebd.).

Diese Formen einzeln aufzuzeigen und zu definieren würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten und kann in entsprechender Literatur nachgelesen werden. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf dem Phänomen Alzheimer.

2.2 Geistige Behinderung

2.2.1 Definition

„Geistige Behinderung bedeutet eine signifikant verringerte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden (beeinträchtigte Intelligenz). Dadurch verringert sich die Fähigkeit, ein unabhängiges Leben zu führen (beeinträchtigte soziale Kompetenz). Dieser Prozess beginnt vor dem Erwachsenenalter und hat dauerhafte Auswirkungen auf die Entwicklung“ (WHO o. J.).

Die WHO definiert den Begriff geistige Behinderung mit einer langfristigen Beeinträchtigung der Intelligenz und der sozialen Kompetenz. Weiter beschreiben sie allerdings auch, dass das Phänomen Behinderung nicht alleinig von der individuellen, definierbaren Gesundheit des Menschen abhängig ist, sondern auch, in welchem Rahmen er sich in seinem Leben und seiner Beteiligung in der Gesellschaft eingeschränkt fühlt und besonderer Hilfe bedarf (ebd.).

Kategorisiert wird die geistige Behinderung in der gängigen Literatur nach der Einschränkung im Intelligenzquotienten. Die soziale, emotionale und seelische Ebene werden nur wenig oder nicht betrachtet, vermutlich, da sie schwer messbar und kategorisierbar sind. Eine weitere Schwierigkeit ist, dass hier Aussagen über den Menschen getätigt werden, selten aber die Sicht der Person selbst. Dies führt zu unterschiedlicher Wahrnehmung der tatsächlichen „Behinderung“ durch die täglichen Einflüsse im Alltag und in der Gesellschaft.

Meines Erachtens birgt es Risiken, den Menschen rein auf seine kognitiven Fähigkeiten einzuengen, wenn dies auch nutzbringend für die individuelle Förderung und Begleitung der Person sein kann.

Die American Association on Mental Retardation (AAMR/2003; jetzt aaidd: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) geht umfassender von einem doppeltem Kriterium aus, in dem einerseits die Intelligenzminderung (IQ < 75) beschrieben ist, andererseits die Minderung von adaptiven Verhalten (in Schmid 2003, 19 f.). Luckasson beschreibt „10 adaptative [sic!] Bereiche (Bewältigung von Alltagsaufgaben) [und] spezifiziert: Kommunikation, Selbstversorgung, soziale Fähigkeiten, Leben zu Hause, Teilnahme am öffentlichen Leben, Selbstbestimmung, Gesundheit und Sicherheit, schulische Fertigkeiten, Freizeitgestaltung und Arbeit“ (ebd. 20).

Diese Definition ist umfassender beschrieben und bedenkt auch weitere Faktoren als alleinig den Intelligenzquotienten. Dies macht individuelleres Arbeiten mit einem Menschen möglich.

In der Heilpädagogik hat Kobi eine umfassende Erläuterung für den Begriff „Behinderung“ formuliert: „Behindert, im heilpädagogischen relevanten Sinne, ist ein Mensch, der erstrebenswerten Bildungs- und Erziehungsansprüchen nicht in einem erwartenden Maß, nicht in der als üblich vorausgesetzten Art und Weise zu entsprechen vermag. Behindert ist ein Mensch, der bestimmte Erwartungen nicht zu erfüllen verspricht; behindert bleibt ein Mensch, für den keine als sinnvoll und befriedigend empfundenen Daseinsformen gefunden und realisiert werden können“ (Kobi 2004, 34).

Die subjektive Wahrnehmung ist demnach ein Kriterium, dem wir Menschen erlegen sind. Die Außenwahrnehmung ist der eine Punkt, die Selbstwahrnehmung, inwieweit sich die Person selbst „gehindert“ fühlt, ein mindestens genauso wichtiger.

In verschiedene Formen kann aus diesem Grund nicht unterteilt werden. Jede subjektive Wahrnehmung von Behinderung ist so individuell, wie der Mensch selbst. Das Erscheinungsbild kann daher in unterschiedlicher Diversität und Intensität wahrgenommen werden.

2.2.2 Ursachen

Ursachen einer geistigen Behinderung können unterschiedlicher Natur sein.

„Wissenschaftler des Netzwerks Mentale Retardierung [...] konnten unterschiedliche Mutationen identifizieren, die die Hirnfunktion beeinträchtigen und so die Behinderung auslösen, aber nicht von den Eltern an die Kinder vererbt wurden“ bestätigt Reis vom Humangenetischen Institut in Erlangen (Reis 2011). Weiter wird beschrieben, dass die Neu-Mutationen erst nach der Befruchtung der Eizelle entstehen und nicht im Erbgut der Eltern verankert sind (ebd.).

Eine weitere, wenn auch geringere Ursache können prä-, peri- oder auch postnatale Komplikationen sein. Doch „[n]ur ein Teil der neurologischen Defizite dieser Kinder ist durch offensichtliche prä-, peri- und postnatale Schäden des Gehirns, wie beispielsweise durch Blutungen oder Infarkte, erklärbar. Neuere Forschungsergebnisse unterstreichen

die Bedeutung intrauteriner und neonatal erworbener Infektionen in der Auslösung neuronalen Zelltods im sich entwickelnden Gehirn.“ erklärt Felderhoff-Müser in einem Beitrag in „Klinischer Pädiatrie“ von 2011. Das heißt, dass ein eher geringerer Anteil von Hirnbeeinträchtigungen tatsächlich auf direkte Schäden des Gehirns zurückzuführen sind, da dieses noch flexibel und im Wachstum sei, könne es entsprechende Schwierigkeiten durch Schädigungen teilweise überbrücken (Felderhoff-Müser 2011).

Weiter wird erläutert, dass die Medizin in den letzten Jahren Fortschritte und erhebliche Verbesserungen der Überlebenschancen im Bereich der Frühgeborenen und kranke Neugeborene erreicht hat, dennoch stelle das Infektionsrisiko vor, während oder nach der Geburt noch einen hohen Faktor von hirnbedingten Erkrankungen dar (ebd.).

Näher die einzelnen Ursachen auszuführen würde den Rahmen dieser Arbeit bei weitem übersteigen und kann in entsprechender Literatur nachgelesen werden. Der Schwerpunkt dieser Arbeit liegt auf dem Teilbereich Trisomie 21/Down-Syndrom mit Alzheimer-Demenz.

2.2.3 Trisomie 21

Bei Personen mit Down-Syndrom ist nachgewiesen, dass die Entstehung der „Anomalie“ im Bereich der Genetik liegt. Diese Menschen besitzen drei Exemplare des Chromosoms 21, statt wie die meisten Menschen nur zwei, daher der Name Trisomie 21 (Gunti 2013). Hier wird dann in drei Formen der Genbesonderheit unterschieden. Ob das 21. Chromosom ganz oder nur teilweise, bzw. je nachdem, ob es in allen Zellen des Körpers zu finden ist, spricht man entweder von der freien Trisomie 21 (95 %), der Translokationstrisomie 21 (4 %) oder der Mosaiktrisomie (1 %) bei Neugeborenen (ebd.). Wie bereits erwähnt, liegt diese Mutation nicht im Erbgut der Eltern, sondern kann durchaus nach der Befruchtung der Eizelle entstanden sein.

Diese Besonderheit im Chromosomensatz ist ausschlaggebend dafür, dass diese Menschen ein typisches körperliches Erscheinungsbild zeigen. Meist haben sie mandelförmige Augen, kleinen und gedrungenen Körperwuchs, eine „besondere Kopfform, eine kleine sichelförmige Hautfalte an den inneren Augenwinkeln, ein niedriger Muskeltonus, [...] die typischen Bewegungsmuster der Arme“ (ebd.), ein breites Lächeln und ein fröhliches Gesicht. Sie bestechen mit ihrem sonnigen Gemüt, sind ausgesprochen liebevoll und zärtlich und besitzen eine ausgeprägte Emotionalität (ebd.).

Durch die genetische Anomalie sind Menschen mit Down-Syndrom anfälliger für Krankheiten und körperliche Einschränkungen. Häufig haben sie einen Herzfehler, ein schwaches Immunsystem, Fehlbildungen im Magendarmtrakt oder auch eine Fehlfunktion der Schilddrüse (ebd.). In Folge von angeborener Schwerhörigkeit und Fehlsichtigkeit sind sie häufig auf Hilfsmittel angewiesen (ebd.).

Diese Mutation wird bei in den Bereich geistige Behinderung kategorisiert, wobei kritisch der Umstand der „psychischen Gesundheit“ zu diskutieren ist. Diese meint das emotionale Wohlbefinden, welches uns ermöglicht, im Alltag Aktivitäten nachzugehen und tägliche Stresssituationen zu meistern (McGuire/Chicoine 2008, 16). Doch wer besagt, dass dies Menschen mit geistiger Behinderung bzw. Down-Syndrom nicht bewerkstelligen? Emotional gesehen sind sie häufig extrovertiert und zeigen ihre Emotionalität nach außen (s.o.). Sie finden ihre eigenen, individuellen Methoden, mit Stresssituationen des Alltags umzugehen und von ihnen gewählten Aktivitäten durchzuführen und dies ermöglicht ein selbstbestimmtes Leben, wenn es auch durch gesellschaftliche Grenzen eingengt wird. In diesen Situationen steht ihnen Unterstützung zur Seite, in Form von Familie, Pflege, Pädagogen und weitere Lebensbegleiter.

2.3 Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung (Trisomie 21) und Alzheimer-Demenz

2.3.1 Erscheinungsbild

Um die Diagnostik von Demenz bei Menschen mit einer geistigen Behinderung möglichst genau bestimmen zu können, gibt es die „S3-Leitlinien“, die regelmäßig evaluiert ein umfassendes, beschreibendes Bild der Alzheimer-Erkrankung darstellen. Im Evaluationsgremium wurden von Professoren und Spezialisten ein methodisch anspruchsvoller Katalog an diagnostischen Merkmalen zusammengestellt, um frühzeitig eine objektive, differentielle Diagnose zu erstellen (Auszüge in *Anhang I – IWG-2-Kriterien*). Dies ist vor allem hilfreich bei Menschen mit einer vorhergehenden kognitiven Entwicklungseinschränkung, da die Symptomatik, wie erwähnt, von der ICD-10-Definition abweichen kann (Gusset-Bährer 2018, 60).

Menschen mit einer Trisomie 21, die an der Alzheimer-Demenz erkranken, zeigen, wie in 2.3.2 beschrieben, schon früher als Menschen ohne Behinderung, Symptome einer Demenzerkrankung. Die Symptomatik ähnelt sich bei beiden Fällen. Anfangs sind Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, wie auch Verwirrtheit auf zeitlicher, örtlicher, situativer oder persönlicher Ebene zu beobachten (ebd. 49). Hinzu kommt allerdings, dass

Menschen mit Down-Syndrom einen ritualisierten Alltag gewohnt sein können und diese Kurzzeitgedächtnisstörungen ihre Verwirrung steigern kann. Beispielsweise kann ein neuer Mitbewohner am Frühstückstisch, der bereits seit einigen Tagen in der Wohngruppe wohnt, den Menschen mit Trisomie 21 und Demenz kurzfristig die Orientierung nehmen. Er ist verwirrt und wünscht wiederholt Aufklärung über seinen neuen Sitznachbarn. Dies hat dann möglicherweise Folgen auf seine darauffolgenden Frühstücks- und Morgenrituale.

Weiter zeigen sich hier häufig frühzeitig emotionale, Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen (Gusset-Bährer 2018, 50), welche sich bei Menschen ohne (geistige) Behinderung meist erst im späteren Verlauf der Krankheit zeigen (s. 2.1.1).

Die Ausdrucksweisen sind ähnlich der emotionalen Extrovertiertheit, die Menschen mit Trisomie 21 grundsätzlich häufig an den Tag legen (s. 2.2.4). Dies kann zum verspäteten Erkennen der Erkrankung führen und als Eigenart der Trisomie bedacht werden.

Es wird diskutiert, dass bei Menschen mit einer Alzheimer-Demenz im Frontal- und Temporallappen strukturelle Besonderheiten beobachtet werden, die eine erhöhte Vulnerabilität aufzeigen (ebd. 50 f.). Dies kann auch zu Fehldiagnosen führen und somit zu einer späten Betrachtung der Trisomie in Kombination mit Alzheimer.

Bei Menschen mit Down-Syndrom mit beginnender Demenz vom Typ Alzheimer sind häufig Begleiterscheinungen zu beobachten (ebd. 51 – 55):

- Generelle Verlangsamung bei Aktivitäten und in der Sprache
- Weitere Sprachstörungen
- Depressionen
- Sozialer Rückzug
- Verlust von Interessen
- Gleichgewichtsstörungen
- Schlafstörungen
- Müdigkeit
- Verlust von erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten
- Umherstreifen
- Emotionale Probleme und Panik- oder Katastrophenreaktionen
- Herausfordernde Verhaltensweisen (z. B. Weigerungen sich an- oder ausziehen, Medikamente zu nehmen, Unterstützung anzunehmen, verbale und körperliche Aggressionen, Entwicklung von Zwangssymptomatik, Horten oder Verstecken von Gegenständen)
- Veränderungen der Persönlichkeit

- Halluzinationen
- Wahnvorstellungen
- Neurologisch bedingte Veränderungen - Spätepilepsie

Es ist günstig, beim Feststellen solcher Veränderungen im täglichen Umgang mit dem Menschen die Symptomatik differentialdiagnostisch zu betrachten. Psychische Problematiken wie Depression können so frühzeitig ausgeschlossen werden und dem Menschen wird die für ihn passende Begleitung gewährleistet.

Im mittleren und späteren Verlauf der Erkrankung treten die oben genannten Symptome häufiger und oftmals auch mehrere zugleich auf (Gusset-Bährer 2018. 56). Dies kann sich beispielsweise zeigen, indem mit einem Mal der Umgang mit Messer und Gabel nicht mehr funktioniert, ins Zimmer uriniert wird, da die Toilette nicht mehr aufgefunden werden kann oder der Kleiderschrank komplett ausgeräumt wird, obwohl der Mensch zuvor ein Ordnungsliebender war.

Später verstärken sich die Symptome und greifen tiefer in neurokognitive und funktionelle Bereiche (ebd. 56 f.). Pflegerische Aspekte gewinnen an Bedeutung.

Auswirkungen zeigen sich beispielsweise in der fehlenden Reaktion auf die Umwelt, zunehmender Desorientierung, neu auftretende Krampfanfälle, vermehrte Müdigkeit und Demotivation, nachlassendes Interesse an Aktivitäten, Schwierigkeiten in der Körperpflege auf kognitiver und funktioneller Ebene, abnehmender Mobilität bis hin zur zunehmenden Bettlägerigkeit (ebd.).

Bei Menschen mit geistiger Behinderung sind deutlich häufiger Begleiterkrankungen zu beobachten gegenüber demenzieller Menschen ohne Einschränkungen, z. B. „Lungenerkrankungen, muskuloskeletale und gastrointestinale Erkrankungen, v.a. Obstipation, sowie chronisch wiederkehrende Infekte, wie z. B. Urinwegsinfektionen und Lungenentzündungen“ (ebd. 57). Dies ist wohl unter anderem aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten und möglicher Unfähigkeit, die Begleiter über Symptomatik zu informieren, zurückzuführen (ebd.).

Ein weiteres kritisches Element sind Ernährungsprobleme durch Schwierigkeiten mit der Nahrungsaufnahme, wie durch eine Schluckstörung (ebd.). Dadurch kann es zu Mangelernährung und Dehydratation, wie auch Atemwegsinfektionen kommen (ebd.). Häufig wird deshalb in diesem Stadium von Alzheimer künstliche Ernährung notwendig (ebd.).

Diese Problematik hängt mit einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes zusammen und kann auch schon im Frühstadium der Demenz beobachtet werden. Es ist anzunehmen, dass sich beide Faktoren gegenseitig bedingen.

2.3.2 Differenzierung

Es ist notwendig, Menschen mit einer Trisomie 21, die im Alter an einer Alzheimer-Demenz erkranken, differenziert zu betrachten, da sich die Symptomatik gegenüber eines Menschen ohne Behinderung unterscheidet.

Laut Gusset-Bährer erkranken Menschen mit dem Down-Syndrom meist an Demenz vom Alzheimer-Typ, andere Demenzformen bei ihnen werden dagegen nur sehr selten beobachtet (2018, 40). Wie eingangs erwähnt, sind Menschen mit Down-Syndrom im statistisch erhobenen Alter von 61 bis 70 Jahren mit bis zu 60 % wesentlich anfälliger für diese Alterserkrankung als Menschen mit anderer geistiger Behinderung (9 %) oder ohne (5 %) (Havemann/Stöppler 2004 in Ding-Greiner 2014).

Es gilt zu bedenken, dass bei Personen mit Down-Syndrom die ersten Erscheinungsformen von Alzheimer bereits ab dem fünften bis sechsten Lebensjahrzehnt auftreten können, während bei Menschen ohne Behinderung das Entstehungsalter um die 67 Jahre angesehen wird, je nach Form der frühen oder späten Alzheimer-Demenz (Gusset-Bährer 2018, 40).

Neben dem verfrühten Krankheitsbeginn ist außerdem ein verhältnismäßig schneller Verlauf von ca. 3,5 Jahren vom Erstauftreten der Symptome bis zum Tod festzustellen (ebd.).

Diese hohe Erkrankungswahrscheinlichkeit bei Menschen mit Down-Syndrom ist bisher nicht geklärt. Es wird davon ausgegangen, dass die genetische Prädisposition im Chromosom 21 ein Risikofaktor ist, das Geschlecht miteinwirkt (Frauen haben in der Allgemeinbevölkerung ein höheres Risiko an Alzheimer zu erkranken), wie auch das Apolipoprotein E Gen, welches den Fettstoffwechsel beeinflusst (ebd. 43 f.). Außerdem sind bei Menschen mit Down-Syndrom bereits ab dem 40. Lebensjahr neuropathologische Veränderungen zu bemerken, die auch bei der Demenz Typ Alzheimer vorhanden sind (ebd. 42). Dies lässt einen Zusammenhang zwischen einer höheren Inzidenz von Menschen mit Trisomie 21 mit Alzheimer-Demenz erklärbar erscheinen.

Weitere Risikofaktoren können, wie auch bei Menschen ohne (geistige) Behinderung Bluthochdruck, Diabetes mellitus, ein höheres Lebensalter, Nikotin- oder Alkoholmissbrauch, deutliches Übergewicht, Verschiebungen im Cholesterinspiegel und weitere genetische Dispositionen sein (ebd. 45 f.).

Als Schutzfaktoren wirken vorbeugend gesunde Ernährung, körperliche und geistige Aktivitäten, anspruchsvolle (berufliche) Tätigkeiten, Antioxydanzien, wie auch eine hohe Schulbildung und ein hohes Niveau der kognitiven Leistungsfähigkeit (ebd. 46 f.).

Schutz- und Risikofaktoren bedingen sich gegenseitig und können fördernd oder hemmend wirken.

3 Alternative Lebensorte – kritische Betrachtung

Es stellt sich im Verlauf einer demenziellen Krankheit bei einem Menschen mit geistiger Behinderung irgendwann immer die Frage nach dem geeigneten Lebensort für den Lebensabend.

Bekannt ist, dass einem Menschen mit Trisomie 21 Veränderungen oftmals intensiv beschäftigen. Durch ihre emotionale Extrovertiertheit können selbst Kleinigkeiten Spannungen, Stress und Unruhe verursachen (McGuire/Chicoine 2008, 363). Wenn nun als weiterer Umstand die Alzheimererkrankung hinzukommt, stellt dies den Menschen vor weitere, andere, große Herausforderungen. Umbrüche, wie das Ausscheiden aus der Arbeit/der Gang in die Rente oder auch ein Umzug beeinträchtigen den Menschen mit Down-Syndrom in seiner Routine und stellen bei fehlender Begleitung die emotionale Belastbarkeit auf die Probe (ebd.). Beeinflusst wird dieser Umbruch auch, wenn die bekannten, möglicherweise auch jüngeren Mitbewohner weiter ihren eigenen, gewohnten Lebensweg gehen (ebd.). Hier kann sich ein Umzug wiederum als hilfreich herauskristallisieren, um den Menschen auf den neuen Lebensabschnitt vorzubereiten, idealerweise mit ganzheitlicher Begleitung.

Die fachliche Spezialisierung bzw. Homogenität einzelner Hilfen und Disziplinen kann sich hier problematisch darstellen, da für den Menschen mit geistiger Behinderung kein Lebenslauf beobachtbar wird. Das soll heißen, in Institutionen für behinderte Erwach-

sene ist hauptsächlich diese Altersgruppe anzutreffen, aber oft keine Menschen im höheren Alter, die den weiteren Verlauf nach der Arbeit in der Werkstätte greifbar machen und aufzeigen. Eine integrative Wohnform könnte sich hier hilfreich zeigen, um dem Menschen Anhaltspunkte geben zu können, was auf ihn zukommt, wenn er älter wird.

Eine perfekte Lösung gibt es aktuell nicht, da die individuelle Ebene des zu Begleitenden betrachtet werden muss.

3.1 Finanzierung und Zuständigkeit

Das Bundesteilhabegesetz (BTHG), welches seit 2017 bis 2023 stufenweise eingeführt wird, sieht vor, dass die Hilfen für Menschen mit Behinderung mehr an der Person und seinen individuellen Bedarfen ausgerichtet wird (Del Giudice u. a. o. J.). Die Eingliederungshilfe (SGB IX) soll aus dem Fürsorgesystem heraus zu einem Recht auf Teilhabe aktualisiert werden (ebd.). Dies soll einen Perspektivenwechsel im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention darstellen:

- „von der Ausgrenzung zur Inklusion
- von der Einrichtungs- zur Personenzentrierung
- von der Fremd- zur Selbstbestimmung
- von der Betreuung zur Assistenz
- vom Kostenträger zum Dienstleister
- von der Defizitorientierung zur Ressourcenorientierung“ (ebd.).

Der (sogenannte behinderte) Mensch rückt in den Mittelpunkt. Infolgedessen soll der erwachsene Mensch mit geistiger Einschränkung die Möglichkeit haben, wie andere Erwachsene, eine eigene Wohnform zu wählen und von Zuhause auszuziehen. Dementsprechend soll er auch im Alter die Möglichkeit haben, sich zu entscheiden, wo er seinen Lebensabend verbringen möchte.

Viele große Träger wie Caritas, Diakonie oder auch städtische Einrichtungen haben für diese Situation eine „Wohnberatung“. Hier können sich Menschen mit Behinderung über diverse Wohnformen beraten und begleiten lassen. Hilfreich kann im weiteren Verlauf das Konzept der ambulanten Wohnbegleitung sein, bei dem Begleiter in Form von Assistenzen den Menschen in Bedarfssituationen beraten und unterstützen, wie zum Beispiel in der Wohnschule der Diakonie Neuendettelsau. Je nach Unterstützungsbedarf besucht eine Assistenz den Menschen mehrmalig in der Woche und hilft im Umgang komplexer Routineaufgaben wie Finanzwesen und Einkauf, Wohnungsreinigung und so weiter (eigene Erfahrung als Wohnassistenz).

Da sich die Bedürfnisse im Laufe des Lebens ändern, muss das Hilfsnetzwerk rund um den Menschen mit Behinderung zusammen mit ihm regelmäßig die Aktualität der Wohnform evaluieren.

Die Finanzierung für Menschen mit Behinderung im Arbeitsleben wird von Trägern der Sozialhilfe gestellt und ist gesetzlich im Sozialgesetzbuch IX (Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen) verankert.

„Zur Eingliederung von Menschen mit Behinderung wird eine Reihe von **Leistungen zur Teilhabe** gewährt, um [...] Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten, die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und einen den Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern“ (stmas.bayern o. J.; Hervorh. im Original). Die erwähnten Leistungen zur Teilhabe umfassen diverse Dienst- oder Sach-, sowie Geldleistungen in Form des persönlichen Budgets, wie Unterstützung bei der medizinischen Rehabilitation, Teilhabe am Arbeitsleben und in der Gemeinschaft, unterhaltssichernde und weitere ergänzende Leistungen (ebd.).

Beim Gewähr dieser Leistungen wird das persönliche Vermögen und Einkommen angerechnet (ebd.). Im Rahmen dieser finanziellen Unterstützung und eigenen Vermögensleistung kann der Mensch in später beschriebenen Wohnformen leben und arbeiten. Steuererleichterungen, Wohnraumförderung/-geld, Lebensunterhalt, sowie diverse Vergünstigungen im Alltag sollen dem Menschen mit Behinderung die Teilhabe am Leben und der Gesellschaft ermöglichen und erleichtern (Familienratgeber.de o. J.).

Im (Renten-)Alter wird die finanzielle Unterstützung durch die Einführung und Klassifizierung über Pflegestufen an die Renten-, Kranken- und Pflegekassen weitergegeben und umgeschichtet. Der Mensch wird nun nicht mehr als Teil der Arbeitswelt, sondern als Mensch im Alter unter dem Aspekt der Pflege betrachtet. Je nach Bundesland gibt es Zuschüsse über Pflegewohngeld. Jedoch werden hier auch Angehörige (Kinder über die Unterhaltspflicht) und der Pflegebedürftige selbst über sein Vermögen und seine Rente in die finanzielle Pflicht genommen (pflege.de 2018). Erst wenn keine weiteren Geldmittel neben Rente, Unterhalt und Versicherungsleistungen mehr verfügbar sind oder sie die Ausgaben nicht vollständig decken, leistet der Sozialhilfeträger nach SGB XII in der „Hilfe für Pflege“ finanzielle Unterstützung (ebd.). Die Grundsicherung im Alter ist im SGB XII in §§ 41 – 46b zu finden, die Eingliederung und der Anspruch auf finanzielle Hilfen zur Pflege sind im SGB XII §§ 61 – 66a geregelt (sozialgesetzbuch-sgb.de o. J.).

Die Leistungen können zum Teil auch nach Antrag in Form von einem Persönlichen Budget gewährt werden (siehe SGB IX § 29) (ebd.). Die Paragraphen und ihre Inhalte können an entsprechender Stelle und im Internet nachgelesen werden.

3.2 Alternative Lebensorte

Diverse Projekte, wie beispielsweise „Wohnsinn“ als inklusive Wohngemeinschaften für Menschen mit und ohne Behinderung in ganz Deutschland (familienratgeber.de o. J.) oder die „Werkstatt Wohnen: Ich bleibe in meiner Wohnung – Zukunftsaufgabe der Alten- und Behindertenhilfe“ in Stuttgart, beschäftigen sich mit dem Thema der passenden Wohnform für Menschen mit Einschränkungen im Laufe des Lebens. Es wurde sich zum Ziel gemacht, das Wohnen aktiv zu gestalten und sich so an den Bedürfnissen der Bewohner auszurichten, um das selbstbestimmte Wohnen im Mittelpunkt stehen zu lassen (Klinger 2010, 7). Die Bauten in den Wohnanlagen sind barrierefrei gestaltet und ein Gemeinschaftsraum pro Einheit bietet Platz zum Zusammenkommen und Treffen (ebd.). Um die Selbstbestimmung zu gewährleisten, gibt es in jedem Appartement eine Küche und im Gelände Gästewohnungen für Besucher (ebd.). Für den Bedarf von Betreuung gibt es einen angegliederten Betreuungsdienst, der das Konzept „Betreutes Wohnen“ umsetzt (ebd.). Diese integrativen Wohnanlagen bieten Platz für Menschen mit und ohne Behinderung, sowie für jedes Alter, ähnlich einem Mehrgenerationenhaus.

Ziel ist es, sich gegenseitig Unterstützung zu geben und nur im Bedarfsfall die Rund-um-die-Uhr-Präsenz des Sozialen Dienstes/der Pflege zu beanspruchen (ebd. 25). Es gibt Wohncafés mit gemeinsamen Angeboten, der Möglichkeit zu Essen und dem Raum für Begegnung (ebd.). Durch den Einsatz von Ehrenamtlichen werden der Aufwand und die Arbeit für den Einzelnen geringgehalten und einer Vereinsamung von Menschen im Alter entgegengewirkt (ebd.).

Auch die Lebenshilfe Bayern ist im Bereich Wohnen engagiert und etabliert Wohnangebote für alte und älter werdende Menschen mit (geistiger) Behinderung (Dengler 2013, 14). So werden Räumlichkeiten barrierefrei umgebaut und die Angebote zur Tagesstruktur bedarfsorientiert für die Bewohner weiterentwickelt (ebd.). Unterschiedliche Wohnformen wie ambulant begleitetes Wohnen, Wohngruppen, Wohngemeinschaften und integrative Wohnangebote bieten dem Menschen mit Unterstützungsbedarf ein breites Feld an Möglichkeiten, einen Ort des Wohlfühlens für sich zu finden (ebd.).

In einer Publikation der Lebenshilfe Bayern werden Menschen mit (geistiger) Behinderung zum Thema Wohnwünsche im Alter zitiert. Es wird deutlich, dass die Menschen sehr genau wissen, wie sie wohnen wollen und an der Entscheidung teilhaben möchten:

- „Nur mit Senioren wohnen wäre langweilig, es gibt keine Themen mehr.
- Ich will nicht alleine sein, aber auch Rückzugsmöglichkeiten haben.
- Ich will nicht mehr arbeiten, sondern eine Seniorentagesstätte besuchen.
- Ich will gefragt werden, wie es mit der Berentung gehen soll.
- Wenn ich alt bin, will ich, dass vieles so bleibt wie es ist, weil ich mich dann gut auskenne.
- Einen alten Baum verpflanzt man nicht.
- Ich will planen, wie meine Trauerfeier ablaufen soll und wer meine Sachen bekommt nach meinem Tod.“ (Ausschnitte aus Baiker u. a. 2014, 8 – 10)

3.3 Fachliche Kompetenz

Im Gespräch über fachliche Kompetenzen finden sich ehrliche Aussagen von pflegendem Personal. Es wird ausgedrückt, dass man sich in der Altenhilfe zu wenig ausgebildet fühlt, um alten Menschen mit geistiger Behinderung gänzlich gerecht werden zu können. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt bei Menschen im Alter. Es werden Weiterbildungsmaßnahmen und Kollegen aus dem Bereich der Behindertenhilfe gewünscht, was diesen Teilbereich der Pflege betrifft.

Aber auch das Personal in der Arbeit mit sogenannter geistiger Behinderung wünscht sich hier mehr Informationen und Möglichkeiten der Weiterbildung im Umgang mit dem alten Menschen, so die Aussagen der Kollegen aus dem Bereich der Erwachsenenarbeit. Fortbildungen zu Alter und Demenzen können sich entlastend und stresslindernd auf die Mitarbeiter auswirken (Lindmeier/Oermann 2017, 196). Die erhöhte Kompetenz vermittelt Sicherheit im Umgang und selbstsicheres Auftreten, da fehlendes Wissen im Umgang und in Begleitung von demenziell Erkrankten zu einem erhöhten Stresslevel führen können (ebd. 195).

Durch den getakteten Alltag ist es allerdings oft schwierig, Fortbildungsmaßnahmen wahrzunehmen, da in beiden Bereichen, durch Personalmangel bedingt, chronische Unterbesetzung Normalität darstellt. Immer wieder schwingt die Problematik der fehlenden Zeit in den Aussagen Pflegender mit. Dies zeigt sich im Gespräch mit Kollegen, welche bereits in beiden Bereichen Erfahrungen sammeln konnten. Es wird der Wunsch nach multiprofessionellen Teams und Anerkennung der Profession im jeweils anderen Bereich der Arbeit laut.

Nicht nur für Fortbildungsmaßnahmen, sondern auch die Zeit für den Bewohner an sich kommt oft zu kurz. Durch zunehmende Pflegebedürftigkeit Einzelner kommen Menschen mit geistiger Behinderung und zunehmendem körperlichen Abbau oftmals nicht in dem Maße an Begleitzeit, wie es sich die Pfleger für ihre Schützlinge wünschen: „Durch den zusätzlichen pflegerischen Bedarf von Frau XY kann ich mich kaum noch um Mobilisation von Hilde (s. 5.3) kümmern. So kommt es vor, dass sie manchmal den ganzen Tag im Bett liegt und nicht in den Rollstuhl gesetzt wird. Umso schöner ist es für sie, wenn sich der Soziale Dienst dann Zeit nehmen kann und basale Stimulation oder andere Angebote macht. Wir Pfleger sind in der Gruppe nur zu zweit und dadurch kommen andere Bewohner oft zu kurz“ (Gedächtnisprotokoll aus dem Gespräch mit einem Pfleger eines Altenheims, November 2018).

Im später genannten Beispiel von Hilde (s. 5.3) wird ersichtlich, dass sie bei mehr Zeit der Pflegenden und individueller Begleitung nicht den ganzen Tag im Bett bleiben müsste, sondern durchaus mit dem Rollstuhl mobilisiert werden könnte. Fähigkeiten hätten so beibehalten werden können. Durch ihre Historie der Trisomie 21 und den damit im Alter einhergehenden Einbruch von erlernten Fähigkeiten wäre mehr individuelle Arbeit mit dem Menschen notwendig gewesen. Da aber mehr Menschen bei weniger Personal in der Gruppe leben als in der Behindertenhilfe, ist die Zeit begrenzt, die Hilde benötigt bzw. tatsächlich geschenkt bekommt.

Eine Sozialpädagogin vom Sozialen Dienst beklagt, dass Hilde bestimmt noch fitter sein könnte, wenn man sich in der Vergangenheit mehr Zeit für sie genommen hätte, zum Beispiel mit regelmäßigem Lauf- und Esstraining. „Dann würde sie jetzt vielleicht nicht ständig schläfrig im Bett liegen bleiben müssen. Das Personal in der Behindertenhilfe ist personell wesentlich besser aufgestellt als hier in der Altenhilfe. Da tut mir Hilde jedes Mal leid. Sie hätte mehr Ansprache gebraucht und braucht sie noch. Und bei Frieda aus dem ersten Stock ist es ähnlich. Sie ist noch nicht sehr lange da, jetzt aber verlässt sie das Bett kaum noch. Ein Pfleger hier ist Heilerziehungspfleger und kommt aus der Behindertenhilfe. Er kann sich gut einfühlen, in das, was Hilde braucht, so etwas bräuchte man definitiv öfter. Man könnte sich in beiden Arbeitsbereichen sehr gut ergänzen.“ (Gedächtnisprotokoll aus dem Gespräch mit einer Sozialpädagogin vom Sozialen Dienst in der Altenhilfe, November 2018)

Es wird deutlich, dass der Wunsch nach höherem Personalschlüssel, fachlichen Kompetenzen, multiprofessionellen Teams und mehr Zeit für die individuellen Bedarfe der Menschen noch nicht erfüllt ist und Lösungen für Wohn- und Begleitkonzepte in der Arbeit mit Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung und Demenz gefordert werden.

An dieser Stelle finden auch Heilpädagogen Anknüpfungspunkte. Als pädagogische Fachkräfte in der Alten- und Behindertenhilfe ist wohl das Fachgebiet der Begleitung zu nennen, die mit individuellen Ansätzen Anwendung findet. Wie in Punkt 4 beschrieben, finden Heilpädagogen zwischen den pflegerischen Elementen durch die entsprechenden Fachkräfte im Alltag Zeit, (heil-)pädagogische, individuelle Angebote und Beschäftigungen anzubieten. Beispiele können Biographiearbeit, Gedächtnisarbeit, basale Stimulation sein oder auch Beziehungsarbeit, je nach Bedarf und Bedürfnis des Menschen.

So kann die Funktionsfähigkeit von erlernten Ressourcen lange erhalten bleiben. Die individuelle Arbeit der Heilpädagogik über das Beziehungsangebot ermöglicht außerdem einen persönlichen Zugang zu den Menschen und ihrer Gefühlswelt.

4 Heilpädagogische Beziehungsgestaltung in der Altenhilfe

4.1 Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung und Demenz

Die Bedarfe und Bedürfnisse von Menschen mit demenzieller Erkrankung und geistiger Behinderung zeigen sich vielfältig. Der Kern dieser liegt jedoch in der Zeit, die ihm entgegengebracht werden. Da die Anforderungen von Menschen mit Demenz und geistiger Behinderung häufig von Natur aus höher sind, steigen damit auch die Ansprüche an die Mitbewohner und an das Personal, seien es pflegerische Aspekte oder auch auf der verstehenden Ebene. Verhaltensbesonderheiten werden von Mitbewohnern nicht immer als solche akzeptiert und dadurch häufig boykottiert. Dies kann zu unruhigen Gruppensituationen führen. Da Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz wie in 2.3 beschrieben herausfordernde und individuelle Verhaltensweisen zeigen, fordern sie gleichzeitig damit eine individuelle Begleitung und Unterstützung. Schon früher als Personen ohne geistige Behinderung können sie auf Hilfe und Begleitung bei den Mahlzeiten angewiesen sein. Die Verarbeitung von Gefühlen und Erinnerungen ist unmittelbar und direkt, was eine sensible Begleitung erfordert (Gusset-Bährer 2018, 199). Auch der Intellekt arbeitet auf einer anderen Ebene. Dies kann unter anderem zu Sprachdifferenzen mit den Mitbewohnern führen und unterstützendes Personal zur Vermittlung erfordern.

Mehr als bei Menschen ohne geistige Behinderung in der Vita muss auf Begleiterscheinungen zur Alzheimer-Demenz geachtet werden. Wie bereits beschrieben, zeigt sich die Symptomatik für Begleiterkrankungen möglicherweise auf andere Art und Weise

(McGuire/Chicoine 2008, 359). Wenn der Mensch mit geistiger Behinderung und Alzheimer eine Depression entwickelt, so kann diese im Einzelsetting von der Heilpädagogin anders beobachtet werden, als dies im Gesamtkontext oft möglich ist. Es ist dann wichtig, den Menschen in den Alltag weiterhin einzubinden, ihn in seinem Handeln zu unterstützen und bestärken, sich seiner Sorgen anzunehmen und Motivation für Aktivitäten zuzusprechen (ebd. 360). Im richtigen Maß den Menschen zu aktivieren kann ihm ermöglichen, lange von seinen Fähigkeiten Gebrauch zu machen und einem kognitiven Abbau entgegenzuwirken. Die Anforderungen müssen seinen kognitiven Fähigkeiten entsprechen und dürfen nicht zu gering oder zu hoch ausfallen, um die Motivation beizubehalten (ebd.). Ziel sollte nun nicht mehr zwingend ein Fähigkeitserwerb sein, sondern ein Erhalt dieser und einen Rückgang zu minimieren (ebd.).

Mit Veränderungen durch das Älterwerden und in der Umgebung zeigen sich für den Menschen mit geistiger Behinderung und Alzheimer-Krankheit hohe Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt. Wie bereits erläutert, bevorzugen diese Menschen gewohnte Umfelder und Ritualität. Mit der Zeit mindert sich die Anpassungsfähigkeit und Ansprüche an den Menschen können zunehmend stressbehaftet sein (ebd. 362). Es liegt also in der Verantwortung der Begleiter, sanfte Übergänge zu schaffen und intensive Begleitung anzubieten. Die Umgebung muss „den Anforderungen der Person entsprechen [...] und nicht umgekehrt“ (ebd. 361).

4.2 Erleben und Begleiten von Demenz und sogenannter geistiger Behinderung

Es ist zu bemerken, dass der Mensch mit (geistiger) Behinderung und Demenz positiv auf Begleitung aus dem heilpädagogischen Kontext reagiert. Zu beobachten sind ehrliche Rückmeldungen in der Mimik und Gestik, wie auch, soweit möglich, verbale Ausdrucksformen.

Im Fallbeispiel von Hilde (s. 5.3) ist Blickkontakt in Zuwendung des Kopfes festzustellen. Andere Bewohner reagieren mit Lächeln und Gesprächsversuchen auf Kontaktaufnahmen durch einen Begleiter. Die Person fühlt sich wahr- und ernstgenommen.

Durch bereits beschriebenen Zeitmangel des pflegenden Personals sind die Menschen dankbar um Zuwendung und Gesprächskontakte. Andererseits teilen sie dem Gegenüber aber auch mit, wenn sie in Momenten keinen Gesprächsbedarf haben und die Ruhe genießen möchten, zum Beispiel „Ich möchte heute nicht mitkommen. Ich kann jetzt nicht hier weg. Ich habe bald eine Verabredung. Fragen Sie mich morgen noch einmal.“ (Gedächtnisprotokoll, Gespräch mit einem Bewohner einer Demenzwohngruppe, November

2018) oder auch in einem anderen Gespräch „Danke schön. – Gern geschehen. Für was denn? – Danke schön, dass Sie so nett sind“ (ebd., Bewohnerin). Es zeigen sich interessante Momente des Philosophierens und des Erinnerns an Ereignisse aus der Vergangenheit. Manchmal kommen ehrliche Meinungen zu allgemeinen Fragen, beispielsweise „Schwester, Sie können nicht einfach solche Sachen fragen. Das ist die persönliche Meinung von jedem Einzelnen. Wer nichts sagen möchte, muss das auch nicht sagen – Richtig Frau B. Das ist die Ansicht eines jeden Einzelnen. Wer etwas dazu sagen möchte, kann das sehr gerne tun. Wenn Sie das nicht möchten, ist das auch in Ordnung. – Ok, dann ist alles in Ordnung“ (ebd.). Die Wertschätzung und Akzeptanz im So-Sein wird von den Gesprächspartnern positiv empfunden.

Angehörige empfinden das Verhalten des Menschen mit Demenz oftmals befremdlich und belastend. Dankbar sind auch sie bei wertschätzendem Umgang mit ihren Verwandten von Seiten der Pflege und der Begleitung. Diese Anerkennung zeigt sich durch Worte und manchmal auch durch kulinarische Genüsse, wie Schokoladenpralinen. Aber auch indirekt, zum Beispiel durch Erkundigungen über Begleitungsangebote, vermitteln Angehörige ihr Interesse und ihre Dankbarkeit.

4.3 Begleitung durch das Pflegepersonal

Auch von pflegendem Personal werden Begleiter als angenehm empfunden, da diese sich die Zeit nehmen und sich dem einzelnen Menschen zuwenden. Sie selbst müssen, wie bereits beschrieben, häufig vielfältige Aufgaben mit wenigen Kollegen im Alltag erfüllen. Zusätzliche Hilfen und Unterstützung sind im Alltag von Einrichtungen für Senioren, aber auch bei Menschen mit Behinderung, gerne gesehen, vor allem wenn die Kombination Behinderung und Demenz zusammen auftreten. Es können gezielter Angebote durchgeführt werden und mehr den Bedarfen der Einzelnen nachgegangen werden.

Nicht immer ist dies allerdings möglich, da die Heilpädagogik im Bereich der Altenhilfe noch verhältnismäßig unbekannt ist. Jedoch können auch die Pfleger in diesem Arbeitsfeld selbst begleitend tätig werden. Beobachtbar wird dies im täglichen Umgang mit dem alten Menschen bei den körperlichen Bedürfnissen morgens, sowie zu den Mahlzeiten. Wenn ausreichend Personal zugegen ist, kann sich der einzelne Pflegenden dem Menschen und seinen Bedürfnissen intensiv annehmen und Beziehungsgestaltung leben. Dies geschieht bei einem Menschen mit Behinderung auf ähnliche Weise wie ohne Behinderung, denn die Beziehungsgestaltung ist individuell.

Um mögliche Konflikte verständnisvoll lösen zu können, treten die Pflegenden oft als Vermittler zwischen den Menschen mit Behinderung und ohne in der Altenhilfe auf,

ebenso zwischen Menschen mit demenzieller Erkrankung und ohne in der Behindertenhilfe. Es ist immer wieder notwendig, die Mitbewohner betroffener Personen über den besonderen Umstand des Menschen aufzuklären, um Missverständnisse und Konflikte zu vermeiden und zu klären (Lindmeier/Oermann 2017, 196). Je nach Zielgruppe und eigener Schwierigkeiten reagieren die Mitbewohner dann auch hilfsbereiter und verständnisvoller (ebd.).

4.4 Therapeutische Möglichkeiten und ausgewählte Angebote in der Einzelbegleitung

Angebote der Einzelbegleitung müssen zu jeder Person individuell erarbeitet werden, den Zielen der individuellen Förderplanung entsprechend. Dennoch gibt es diverse Methoden und Konzepte, die in der Heilpädagogik angewendet werden können, immer angepasst an den Bedarfen und Bedürfnissen des Einzelnen. Eine Vollständigkeit ist nicht gewährleistet, es soll lediglich ein Überblick dargestellt werden, wie vielfältig die Methodik in der Heilpädagogik sein kann.

4.4.1 Biographiearbeit

Ein elementares Angebot der Einzel-/Kleingruppenbegleitung ist die Biographiearbeit. In dieser Methode geht es um die Anerkennung und Bedeutung des „lebensgeschichtlichen ‚Geworden-Seins‘ jedes Menschen“ (Lindmeier/Oermann 2017, 40). Ein Unterschied ist dabei zwischen dem Lebenslauf, welcher Daten und Fakten einzelner Lebensstationen beinhaltet und der Lebensgeschichte, die durch „persönliche[...] Bedeutungszuschreibungen und Relevanzsetzungen gekennzeichnet ist“ (ebd.) zu bemerken. Die Geschichte des Menschen ist demnach geprägt von der subjektiven Wahrnehmung des eigenen Lebens. Mit der damit verbundenen Emotionalität kann sich ein alternder Mensch in der Biographiearbeit auseinandersetzen und sie verbal oder non-verbal versprachlichen.

In einem Buch von Lindmeier und Oermann von 2017 sind Ideen zu diesem Thema beschrieben:

- Stationen auf dem Lebensweg (Lindmeier/Oermann 2017, 223):
Anhand einer aufgezeichneten oder auf dem Boden ausgelegten Leiste, die das bisherige Leben den Menschen darstellt, können mithilfe von Bildern, Piktogrammen oder/und Symbolen unterschiedliche Stationen auf dem Lebensweg be-

trachtet und besprochen werden. Die Person hat die Möglichkeit, von verschiedenen Erinnerungen zu erzählen und diese mit Gefühlen zu verknüpfen. Hier ist eine Auseinandersetzung mit der Vorgeschichte des Menschen hilfreich.

- Zeitleiste (ebd. 229 ff.):
Als Weiterführung der Lebenswegstationen ist diese Zeitleiste handlicher und personalisiert, sowie mit eigenen Fotos versehen. Das fertige Werk kann im Zimmer präsentiert und immer wieder in Gespräche aufgenommen werden.

- Körperumriss (ebd. 219 f.): Bei dieser Übung setzen sich die Menschen mit ihren persönlichen Vorlieben, Charakterzügen und Stärken auseinander. Auf ein großes Papier wird der Umriss der Person gezeichnet. Diesen Umriss darf der Mensch nun mit Assoziationen zu eigenen Gefühlen, inneren Bildern Farben, Worten und Erinnerungen füllen. Dies kann mithilfe von Bildern oder zu Papier gebrachten Gedanken mit diversen Stiften und anderen Mitteln zur Gestaltung geschehen.

- Lebensbaum (ebd. 220 f.): Hier steht die Dokumentation von persönlichen Netzwerken im Mittelpunkt. Die Person hat die Möglichkeit, ein Bild von sich in die Mitte eines Baumvordruckes zu kleben und wird anschließend gebeten, über wichtige Menschen im eigenen Umfeld nachzudenken und zu überlegen, an welchem Platz diese Menschen im Baum Platz finden. Anschließend können Fotos von diesen aufgeklebt werden.

- Exkursion (ebd. 216 ff.): Bei einem Ausflug werden bedeutende Orte im Leben des Menschen angefahren und die Person erzählt Erinnerungen aus diesen Tagen oder diese werden ihm erzählt. Diese Methode bedarf einer Auseinandersetzung mit dem Menschen und seiner Vorgeschichte, beziehungsweise Kontakte zu seinen Angehörigen und Stationen im Leben.

4.4.2 Sinnliche Angebote

Angebote für die Sinne bieten Menschen mit einer individuellen Einschränkung, in diesem Fall einer geistigen Behinderung in Kombination mit der Alzheimer-Erkrankung, viele Erfahrungsmöglichkeiten. „Über die Sinne erfahren wir uns im Raum und in der Begegnung mit der Welt. Über unsere Sinne erleben wir Lebendigkeit und sind damit im Kern mit unserem Lebensgefühl und der Spiritualität verbunden“ (Birkholz 2017, 68).

Angepasst an den individuellen Lebenslauf und die Biographie können schon kleine Angebote positiv auf das Innere des Menschen wirken. Hilfreich dabei sind Aussagen der Angehörigen und Verwandten über Vorlieben aus der Vergangenheit und Gegenwart, aber auch in den Akten sind solche Details häufig erwähnt.

Beispielsweise können musische Vorlieben aus der Vergangenheit, sei es klassische Musik, Schlager oder der Einsatz bestimmter Instrumente, Erinnerungen und Wohlgefühl an den Tag bringen und den Menschen damit motivieren, sich im sozialen Miteinander einzubringen. Im Austausch mit dem Begleiter kann er sich öffnen und im Verlauf weitere Menschen in seinem Umfeld zulassen, beispielsweise über ähnliche Vorlieben.

Auch das Vorlesen beziehungsweise Hören von Geschichten aus jüngeren Jahren der Person kann diesen Effekt mit sich bringen. Gemeinschaftliches Erfahren von Positivem verbindet.

Aber nicht nur über den auditiven Sinn reagiert der Mensch auf bekannte Reize, sondern auch über olfaktorische, gustatorische, visuelle, taktil-haptische, kinästhetische und vestibuläre Wahrnehmung lassen sich Erinnerungen und damit (positive) Gefühle hervorruhen. Beispiele für Methoden zu Sinnesempfindungen können sein, dass Lieblingsgerüche oder -geschmäcker in die Einzelbegleitung integriert werden. Dies kann bei der beispielhaften Vorliebe für Backen der Einsatz von Plätzchenbacken sein. Je nach körperlichen Möglichkeiten der Person kann diese Methode über Anleitung oder geführte Hand umgesetzt werden. Es werden dabei viele Sinne angesprochen, sei es das Fühlen und Spüren des weichen Teiges, das Riechen während des Backvorgangs oder das Schmecken der fertigen Produkte. Selbst bei Bettlägerigkeit können die Sinne angesprochen werden. Um diese Methoden individuell anzubieten, sind Informationen, Flexibilität bei der Heilpädagogin und ein feines Gespür notwendig, um dem Menschen positive Erlebnisse zu ermöglichen.

Auch der Einsatz von kreativen Gestaltungsmöglichkeiten kann diverse Sinne und den Menschen ansprechen, ebenso wie die Musik oder kulinarische Genüsse. Beispielhaft

zu nennen ist hier die Arbeit mit (Finger-)Farben, Ton/Schlicke und unterschiedlichen Materialien in jeglicher Form und Haptik.

Sinneserfahrungen auf der somatischen, vibratorischen und vestibulären Ebene werden explizit in der Arbeit mit basaler Stimulation (4.4.3) angesprochen.

4.4.3 Basale Stimulation

Die Methode der basalen Stimulation ist eine elementare Möglichkeit für Menschen jeden Alters und Bewusstseinszustandes zur Kontaktmöglichkeit mit der Umwelt. Für diese Art der Arbeit muss das Gegenüber keine Fähigkeiten mitbringen, er darf einfach sein, denn sie holt den Menschen in seinem So-Sein ab. Die von Andres Fröhlich in den 70er Jahren entwickelte Methode setzt an der elementaren Wahrnehmungsförderung zur Erschließung der Umwelt des Menschen an (Bienstein/Fröhlich 1997, 5). Ursprünglich entwickelt für schwerst-/mehrfachbehinderte Kinder, ist diese mittlerweile weiterentwickelte Arbeit eine Möglichkeit für Menschen aller Altersklassen mit Wahrnehmungsschwierigkeiten, diese mit ihren Fähigkeiten zu überwinden (ebd.). Das heißt, selbst eine Person, die desorientiert, somnolent oder beatmet ist und sonst keine Reaktionen zeigt, kann sich mit dieser Methode selbst erleben und spüren, denn bewusstlos ist nicht gleich wahrnehmungslos (ebd.). Dies inkludiert Menschen mit Alzheimer, diversen Demenzen und auch solche mit vorhergehender, sogenannter geistiger Behinderung.

Der Beziehungsaufbau ist hierbei eine wichtige Grundlage für die Arbeit mit dem Menschen. Nur wenn die Heilpädagogin die Person kennt, kann sie auch auf seine Bedürfnisse eingehen und andersherum der Mensch Vertrauen aufbauen. Das bedeutet auch, den Menschen „nicht als eine Summe von Defiziten und Störungen zu definieren, sondern ein besonderes Interesse daran zu entwickeln, was dem Patienten möglich ist“ (ebd. 35).

„Basale Stimulation erfordert von beiden Seiten ein hohes Maß an Toleranz, damit Ablehnung von Stimulationsformen ernst genommen werden kann. Weiterhin bedarf sie einer Kontinuität und Geduld, um Prozesse abwarten zu können“ (ebd.).

Grundlegende Elemente der basalen Stimulation gründen auf „Kommunikation durch enge körperliche Nähe [aus dem frühkindlichen Bedürfnis von] wiegen, tragen, schaukeln, berühren, [...] sprechen, Stimmen hören (lassen) [, also der] Vermittlung von Nähe und Geborgenheit“ (ebd. 10; Hervorh. im Original).

Die Methoden aus der basalen Stimulation orientieren sich an den sinnlichen Wahrnehmungen an der Basis des Lebens, das heißt an Wahrnehmungen aus dem Mutterleib,

die jeder Mensch erfahren hat (*Anhang II*). Diese Wahrnehmungsbereiche können unterschiedlich gefördert werden. Möglichkeiten sind Massagen an Beinen, Armen, Rücken und Brust, Vibrations-/Massagegeräte, Sprechen/Singen mit Körperkontakt (Vibration über Body-to-Body) und der Einsatz von Hängematten, Trampolinen oder Bällebädern (Rosatti-Bonauer 2011). Einfache Techniken beim Lagern, Pflegen und Waschen/Baden ermöglichen den Einsatz von basaler Stimulation in der täglichen Pflege, zum Beispiel über die (Trocken-) Waschung oder im Schaumbad mit oder ohne geführter Hand (ebd.). Weitere Methoden sind der Einsatz von Herzschlageräuschen, Naturklängen, Klangmatten, Wasserbetten und Lichtelementen wie dimmbare Lampen (ebd.). Auch Snoezelenräume können mit ihren vielfältigen Möglichkeiten den Einsatz von basaler Stimulation ergänzen.

Es kann durchaus auch empfehlenswert sein, zu dem Menschen dichten Körperkontakt aufzunehmen. Jedoch ist es nicht immer sinnvoll, dass dies durch den Pflegenden oder den Begleiter geschieht. An dieser Stelle können Angehörige unter Anleitung bei der somatischen (den Körper betreffenden) Stimulation in die Begleitung einbezogen werden, sofern sie sich darauf einlassen wollen (ebd. 35).

5 Darlegung einer Förderplanung am Beispiel eines Menschen mit Alzheimer und Trisomie 21

5.1 Begegnung von ICF-basierter Unterstützungsplanung in der Heilpädagogik

In der Heilpädagogik wird oftmals mit dem Instrument der ICF-basierten Förderplanung, auch Unterstützungsplanung genannt, gearbeitet. Der Vorteil an dieser Art der Arbeit besteht an der bedürfnisorientierten Beobachtung des Menschen mit Unterstützungsbedarf. Die Auswertung dieser erfolgt zielgerichtet, personenzentriert, ressourcenorientiert, handhabbar und ganzheitlich.

Mit Elementen aus dem bio-psycho-sozialen Modell, die der ICF-basierten Förderplanung zugrunde liegen, soll der Mensch ganzheitlich betrachtet und beachtet werden können. Mithilfe von sogenannten Items kann der Mensch auf seine Ressourcen und Fähigkeiten hin beobachtet werden.

Das bio-psycho-soziale Modell ist ein Konzept der WHO, welches sich aus dem biomedizinischen Modell weiterentwickelt hat. Es zeigt die multiplen Wechselwirkungen zwischen den biologischen, den sozialen und den psychischen Variablen auf. Es werden ganzheitlich die Elemente Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, sowie Partizi-

pation und Teilhabe in Kontext zu Gesundheits-, Umwelt- und personenbezogenen Faktoren gesetzt, wobei auch der Begleiter und Beobachter als Umweltfaktor mit zu bedenken ist (*Anhang III*).

In einer ICF-basierten Unterstützungsplanung wird der zu begleitende Mensch zunächst von seinen Begleitern beobachtet. Diese Beobachtungen werden als IST-Stand möglichst ohne Bewertung mithilfe von sogenannten Items dokumentiert (Piller/Born 2011, 28). Diese Items stellen Beobachtungskriterien dar, die bei jedem Menschen in selber Weise angewandt werden können. Durch diese verobjektivierende Sicht bzw. Beschreibung wird die sonst eher subjektive Wertung im ersten Schritt vermieden und ein so weit wie möglich umfassendes Bild vom Befinden der Person dargestellt.

Im nächsten Schritt werden die Beobachtungen von den Begleitern unter bio-psycho-sozialen Gesichtspunkten zugeordnet, gedeutet und anschließend Hypothesen aufgestellt (ebd.). Dies dient der kreativen und wenn möglich interdisziplinären und ganzheitlichen Sicht der unterschiedlichen Wirkfaktoren auf das Befinden des Menschen.

Im gemeinsamen Austausch aller Begleiter ergeben sich jetzt aktuelle Fragestellungen zum Umfang und der Art der Begleitung und Förderschwerpunkte werden festgelegt (ebd.).

Als Nächstes werden gemeinsam Förderziele, in Richt-, Grob- und Feinziele unterteilt und Maßnahmen und Angebote formuliert, welche individuell an den Menschen angepasst sind (ebd.). Dies soll selbst kleine Erfolgserlebnisse sichtbar machen und die Begleitung zielgeleitet stattfinden lassen. Mit einem individuellen Methodenpool von verschiedenen angepassten Maßnahmen werden differenzierte Möglichkeiten zur Zielerreichung aufgezeigt.

Abschließend wird ein Zeitraum bestimmt, in dem die Unterstützungsplanung reflektiert, evaluiert und aktualisiert wird (ebd.). Hier wird ein Arbeitszeitraum festgelegt, sowie die Maßnahme in einen zeitlichen Kontext gesetzt.

Anschließend an die Unterstützungsplanung kann die Umsetzung erfolgen - zielgerichtet, evaluierend und individuell angepasst. Die Methoden orientieren sich an den gesetzten Zielen und an den personalisierten Bedürfnissen, Bedarfen und Ressourcen des Menschen.

Durch die Individualität dieser Art von Förderplanung kann jederzeit flexibel auf den aktuellen IST-Stand und Fortschritte des zu Begleitenden eingegangen werden.

Um alle Elemente der Förderplanung und Durchführung der Begleitung unter heilpädagogischen Gesichtspunkten zu strukturieren, kann auch der Regelkreis der HpE (Heilpädagogische Erziehungs- und Entwicklungshilfe) als Orientierungshilfe bedacht werden. Untergliedert sind hier die Teilbereiche der Förderplanung in

- „Befunderhebung: Informationsgewinnung
- Erkennen der „Befindlichkeit“, der Ressourcen und Entwicklungsaufgaben
- Bestimmung der Erziehungs-, Förderungs- und Beratungsziele
- Planung der Handlungsansätze
- Weiterführung der HpE in Befunderhebung, Begleitung, Beratung [und]
- Reflexion und Beurteilung der Wirkung mit allen Beteiligten“ (Köhn 2016, 87).

Dabei ist „ständige individual-, alters- und umweltspezifische Anpassung des Förderkonzepts [...] eine wesentliche fachliche und ethische Maxime; d.h. für die sich durch Wachstum, Entwicklung, oder krankhafte Einwirkungen ändernde Person muß kontinuierlich eine optimale *Passung* zwischen momentanem Entwicklungs- oder Befindlichkeitszustand, Umweltgegebenheiten und heilpädagogischen Förderangeboten gesucht werden. Was zu einer bestimmten Zeit förderlich gewesen war, kann durch zwischenzeitlich eingetretene personinterne oder umweltabhängige sowie interaktional bedingte Veränderung seine Wirksamkeit und Zuträglichkeit verloren haben. Der Dynamisierung personenspezifischer Entwicklungs- und Veränderungsprozesse muß eine Flexibilisierung der Zielsetzungen, methodischen Ansätze und Medien des Förderkonzepts entsprechen“ (Gröschke 1997, 269 in Köhn 2016, 88; Hervorh. im Original).

Damit ist gemeint, dass eine ständige Evaluation der verwendeten Methoden, Ziele und Beobachtungen stattfinden muss, um dem Menschen individuell passende und ganzheitliche Begleitung anbieten zu können. So kann sich beispielsweise vereinfacht die Vorliebe für bestimmte Musikstile im Laufe der Zeit wandeln oder diverse Interessen, sowie Lieblingsmahlzeiten ändern, aber auch familiäre Umstände wie der Verlust eines Familienmitglieds, Veränderungen im Freundeskreis oder das zunehmende Alter mit damit einhergehenden körperlichen Veränderungen unterliegen einer Weiterentwicklung.

5.2 Beispiel für eine ICF-basierte Förderplanung

5.2.1 Vorstellung der Bewohnerin

In der beispielhaften Förderplanung wird ein Fall beschrieben, wie er in der nebenherlaufenden Einzelbegleitung zu dieser Arbeit stattfindet. Aus Datenschutzgründen wurde der Name geändert. Zur übersichtlichen Orientierung werden die Elemente nach dem Regelkreis von Köhn untergliedert. Der Beobachtungszeitraum liegt Mitte November 2018.

In dieser Fallbeschreibung geht es um Hilde M., 66 Jahre alt, mit Trisomie 21 geboren. Über die Familie und ihre Lebensgeschichte ist nichts bekannt. Als Erwachsene hat sie in einem Wohnheim für Menschen mit geistiger Behinderung gewohnt. Seit sieben Jahren bewohnt sie ein Zimmer in einem Seniorenwohnheim für Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Bis vor eineinhalb Jahren konnte sie im Rollstuhl sitzend an den offenen Angeboten in der Gruppe teilnehmen, seit etwa einem halben Jahr kann sie kaum mobilisiert werden und verbringt die meiste Zeit des Tages in ihrem Bett. Auf Ansprache mit Körperkontakt, ihrem Vornamen und Du reagiert sie mit Augenkontakt und dreht den Kopf in die Richtung der ansprechenden Person. Im Normalfall werden die Senioren der Einrichtung mit Nachname gesiezt, Hilde hat sich diese Form der Ansprache (Vorname und Du) gewünscht. Nach den Erfahrungen der Betreuer der Pflegeeinrichtung reagiert Hilde vor allem, wenn man den Körperkontakt zur Ansprache intensiv zeigt, indem sie an der Schulter mit Druck berührt wird. Aktive verbale Kommunikation zeigt sie nicht.

Hilde hat durch ihre genetische Besonderheit eine vergrößerte Zunge, die oft über ihren Mund hinauszeigt. Flüssigkeiten und Nahrung müssen seit einem Jahr aufgrund von Schluckbeschwerden und Aspirationsgefahr angedickt werden.

Mit ihren Händen und Armen greift Hilde zu Beginn der Begleitung ungezielt und zeigt An-/Spannung zum Beispiel beim Gähnen und Strecken nach dem Wachwerden.

Bei Hilde wurde 2011 durch eine Ärztin der Neurologie und den Beobachtungen durch die Mitarbeiter des Wohnheims für sogenannte geistig behinderte Menschen laut Akte Verhaltensänderungen und zunehmende Orientierungslosigkeit infolge einer demenziellen Erkrankung beschrieben. Daraufhin erhielt sie die Pflegestufe 2, später Pflegegrad 5. Bis zu diesem Zeitpunkt war Hilde seit 1993, wie bereits erwähnt, in einem Wohnheim für Menschen mit Behinderung in der Region Nürnberg beheimatet und hat in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung gearbeitet, ab 2009 nur noch in Teilzeit, ab 2011 in einer tagesstrukturierenden Maßnahme (TSM). Laut Akten war zu diesem Zeitpunkt eine erhöhte Betreuungsintensität notwendig, da Hilde sich kaum noch selbststän-

dig beschäftigen konnte, beziehungsweise kaum ohne intensive Begleitung oder Anleitung Aufgaben erfüllen konnte. Die gesetzliche Betreuerin (Schwester) entschloss sich aufgrund der Empfehlung des Wohnheims zu einer Übersiedelung in eine Einrichtung der Altenhilfe mit Schwerpunkt Demenz. Die Begründung als Empfehlung des Kostenträgers lautet, dass keine Förderung im Sinne der Eingliederungshilfe mehr möglich sei.

Für Hilde soll eine ICF-basierte Unterstützungsplanung für die Komponente d – Aktivitäten und Partizipation/Teilhabe beschrieben werden. Eine Übersicht der Komponenten ersten Ebene (Komponenten b, s, d, e) und der zweiten Ebene in Komponente d (Aktivitäten und Partizipation/Teilhabe) ist in *Anhang IV* zu finden, wie auch die ICF-gemäßen Beurteilungsmerkmale.

Wie bereits der Beschreibung von Hilde zu entnehmen ist, hat sie Schwierigkeiten in der gezielten verbalen Kommunikation, verglichen mit der Mehrheit der Menschen in der genannten Institution. Das heißt, die verbale Mitteilung als Sender ist in der Problematik voll ausgeprägt (d330.4), die nonverbale Mitteilung als Sender ist Hilde vergleichsweise eingeschränkt über die Körpersprache möglich (d3350.3). Mitteilungen zu empfangen ist aufgrund eingeschränkter Rückmeldung nicht anwendbar (d310-329.9) Dies schränkt die Beobachtung nach ICF-basierter Förderplanung in der Komponente d ein. Beobachtet und dargestellt wird aus Kapitel 7d „Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen“ der Bereich „Allgemeine personelle Interaktionen“ (d710 – d729).

5.2.2 Befunderhebung: Informationsgewinnung

Die Beobachtungen finden ihre Beschreibung und anschließende Bewertung (xxxx.1 – 9/siehe *Anhang IV*) in den folgenden Items:

„d710: Elementare interpersonelle Aktivitäten

Mit anderen[sic!] in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise zu interagieren, wie die erforderliche Rücksichtnahme und Wertschätzung zeigen oder auf Gefühle anderer reagieren

Inkl.: Respekt, Wärme, Wertschätzung und Toleranz in Beziehungen zeigen; auf Kritik und soziale Zeichen in Beziehungen reagieren und angemessenen körperlichen Kontakt einzusetzen“ (ICF 2005, 115)

- d7100.2 Respekt und Wärme in Beziehungen (ICF 2005, 115)

Wärme und Wertschätzung zeigt Hilde dem pädagogischen und pflegerischen Personal nonverbal durch Zuwendung des Gesichts und mittels Augenkontakt. In der Situation des Interesses zeigt sie der Heilpädagogin gegenüber einen zugewandten Blick in die Augen. Bei Desinteresse dreht sie den Kopf weg.

- d7101.2 Anerkennung in Beziehungen (ebd.)

Zufriedenheit und Dankbarkeit zeigt Hilde mit Augenkontakt und Entspannung im Muskeltonus. Dies zeigt sie in der Einzelbegleitung beim Musizieren mit dem Monochord, welches auf ihrem Bauch liegt, mit geführter Hand gespielt wird und durch Gesang der Heilpädagogin begleitet wird.

- d7102.9 Toleranz in Beziehungen (ebd.)

Von der Seite der Heilpädagogin ist es nicht beurteilbar, inwieweit Hilde Verständnis und Toleranz zeigt.

- d7103.3 Kritik in Beziehungen (ebd.)

Meinungsverschiedenheiten und Uneinigkeiten zeigt Hilde durch Augenschließen und Abwenden vom Ansprechpartner, wie auch einschlafen bei Langeweile. Sie grenzt sich bei Desinteresse und Müdigkeit ab. Die Reaktion auf Kritik an Hilde selbst wurde nicht beobachtet.

- d7104.2 Soziale Zeichen in Beziehungen (ebd.)

Hilde reagiert auf Ansprache und Körperkontakt mittels Augenkontakt und teilweise Lautieren, wenn sie wach ist und Interesse an Musikangeboten zeigt.

- d7105.2 Körperlicher Kontakt in Beziehungen (ebd.)

Auf Körperkontakt reagiert Hilde mit Augenkontakt. Selbst nimmt sie Körperkontakt ungezielt auf, wenn man neben ihr sitzt und sie weiteren Körperkontakt möchte.

- d7108.9 Elementare interpersonelle Aktivitäten, anders bezeichnet (ebd.)

Nicht beurteilbar.

- d7109.9 Elementare interpersonelle Aktivitäten, nicht näher bezeichnet (ebd.)

Nicht beurteilbar.

„d720: Komplexe interpersonelle Interaktionen

Die Interaktionen mit anderen [sic!] in einer kontextuell und sozial angemessenen Weise aufrechtzuerhalten und zu handhaben, wie Gefühle und Impulse steuern, verbale und physische Aggressionen kontrollieren, bei sozialen Interaktionen unabhängig handeln und in Übereinstimmung mit sozialen Regeln und Konventionen handeln

Inkl.: Beziehungen eingehen und beenden; Verhaltensweisen bei Interaktionen regulieren; sozialen Regeln gemäß interagieren und sozialen Abstand wahren“ (ICF 2005, 116)

- d7200.3 Beziehungen eingehen (ebd.)

Aktive und gezielte Kommunikation setzt Hilde im Beisein der Heilpädagogin nicht um. Sie reagiert auf Beziehungsangebote, wie bereits beschrieben, mit Augenkontakt und dem Zuwenden des Kopfes. Am Anfang der Einzelbegleitung nimmt Hilde bei einer Initialberührung Augenkontakt auf.

- d7201.2 Beziehungen beenden (ebd.)

Soziale Beziehungen beendet Hilde mit dem Wegdrehen des Kopfes und Schließen der Augen. Hilde dreht ihren Kopf bei Desinteresse an dem Angebot der Pädagogin weg und schließt die Augen.

- d7202.2 Verhalten in Beziehungen regulieren (ebd.)

Durch ihre genetische Besonderheit zeigt Hilde ihre Emotionen und Bedürfnisse direkter und ungefilterter als man von den meisten Menschen gewohnt ist. Auch im Alter ist dies

zu beobachten, indem sie ihre Befindlichkeit direkt über Augenkontakt und Anspannung mitteilt. Bei Annahme der Angebote der Pädagogin wendet sie sich zu und der Muskeltonus entspannt sich. Bei Desinteresse nimmt der Muskeltonus zu. Hilde dreht den Kopf weg und schließt die Augen, dies kann beobachtet werden, wenn sie morgens noch müde ist und schlafen will. Aggressionen wurden nicht beobachtet.

- d7203.9 Sozialen Regeln gemäß interagieren (ICF 2005, 116)

Ein Urteil von Hilde gegenüber sozialer Regeln und Konventionen ist nicht beobachtbar.

- d7204.4 Sozialen Abstand wahren (ebd.)

Hilde ist angewiesen auf ein Entgegenkommen der Person ihr gegenüber, da sie die meiste Zeit im Bett verbringt und immobil ist. Sie kann sozialen Abstand von ihrer Seite lediglich durch Beenden der Situation mit ihr verfügbaren Mitteln mitteilen. Mangelndes Interesse an der Beziehung oder sozialen Abstand zeigt sie durch Schließen der Augen und Wegdrehen des Kopfes.

- d7208.9 Komplexe interpersonelle Interaktionen, anders bezeichnet (ebd.)

Nicht beurteilbar.

- d7209.9 Komplexe interpersonelle Interaktionen, nicht näher bezeichnet (ebd.)

Nicht beurteilbar.

- d729 Allgemeine interpersonelle Interaktionen, anders oder nicht näher bezeichnet (ebd.)

Nicht beurteilbar.

5.2.3 Erkennen der Befindlichkeit, der Ressourcen und Entwicklungsaufgaben

Der nächste Schritt ist, wie bereits in 5.1 beschrieben, gekennzeichnet durch Interpretation der Beobachtungen.

Hilde zeigt vergleichsweise eingeschränkte verbale und nonverbale Kommunikationsmöglichkeiten, über die sie soziale Beziehungen und Interaktion steuern kann.

Trotz ihrer Einschränkung kann Hilde mit entsprechendem Vorwissen der Begleiter ihre Bedürfnisse und Vorlieben teilen. In der Vergangenheit wurden Gespräche dokumentiert, in denen diese beschrieben sind. Im Verlauf der Erkrankung wurden Veränderungen in den Ausdrucksmöglichkeiten niedergeschrieben und stehen für spätere Begleiter zur Verfügung. In diesen Dokumentationen und Akten finden sich außerdem zur aktuellen beobachtbaren Situation Neigungen und Abneigungen aus der Vergangenheit. Dies kann in die derzeitige Unterstützungsplanung aufgenommen werden:

- Hilde zeigt tiefes Atmen als Zeichen der Entspannung.
- Sie weint bei dem Empfinden von Überforderung.
- Musik in verschiedenen Formen empfindet Hilde als angenehm: Flöte, Veeh-Harfe, Xylophon, Singen, Schlagermusik hören.
- Sie ist angetan von Kreativem und Vorgelesen bekommen. (Doku/Akten Hilde)

Zu vermuten ist, dass Hilde durch die Vorgeschichte ihrer genetischen Besonderheit und die Fortschreitung einer demenziellen Erkrankung ihre Kommunikationsfähigkeiten zunehmend einschränkt. In der Folge wird sie, durch den irreversiblen Effekt der Alzheimer-Demenz, bei ausbleibender Begleitung und Ansprache, möglicherweise noch rascher ihre Fähigkeiten zur Kommunikation verlieren, sodass sie ihre Interessen und Bedürfnisse nicht mehr mitteilen kann.

Es stellt sich die Frage, wie der fortschreitende Abbau von Hildes Fähigkeiten verlangsamt, einzelne Elemente vielleicht sogar noch lange Zeit beibehalten werden können. Weiter begegnet der Begleiter der Herausforderung, wie und in welchem Umfang die in den Akten genannten Vorlieben von Hilde noch aktuell sind und wie sie in der Begleitung umsetzbar sind.

Aktuelle Beobachtungen zeigen in der Einzelbegleitung, dass sich Hildes sonst sehr angespannten Arme und Hände durch musische Elemente und basale Massagen an den

Händen entspannen. Im Laufe der Einheiten kann sich Hilde mit geführter/gestützter Hand am Monochord (Saiteninstrument) durch Zupfen einzelner Seiten aktiv einbringen.

Aus den Beobachtungen und der Interpretation bilden sich Förderschwerpunkte für die Begleitung in der Heilpädagogik heraus. Bei Hilde liegt zuoberst der Erhalt der aktuellen Fähigkeiten. Mithilfe ihrer Vorlieben und Ressourcen kann ein Fortschreiten des Abbaus hinausgezögert und verlangsamt werden. Es stellt sich also die Herausforderung an die Heilpädagogin, die Vorlieben auf ihre Aktualität zu überprüfen.

5.2.4 Bestimmung der Erziehungs-, Förderungs- und Beratungsziele

Aus den Beobachtungen und Bewertungen dieser ergeben sich folgende Ziele in der Arbeit mit Hilde:

Richtziel: Hilde bringt sich aktiv mittels geführter/gestützter Hand in die Begleitung ein.

Grobziel: Hilde zeigt Zuneigung und Abneigung hinsichtlich ihrer Vorlieben aus der Vergangenheit, wodurch die heilpädagogische Begleitung ihren Wünschen und Bedarfen entsprechen kann.

Feinziel: Hilde empfängt Entspannung in der Begleitung und fühlt sich wohl.

5.2.5 Planung der Handlungsansätze

Zielführende Maßnahmen können sich nach einem erfolgreichen Beziehungsaufbau zu Hilde in unterschiedlichen Facetten zeigen. Wichtig für die Heilpädagogin ist ein feines Gespür für die Bedarfe und Bedürfnisse von Hilde, um Zu- und Abneigungen zu erkennen. Der Einsatz verschiedener Instrumente aus dem Repertoire von Hildes Vorlieben aus der Vergangenheit können sich hilfreich zeigen. Über sensiblen Kontakt zu ihr können nacheinander einzelne Elemente der Musik in die Einzelbegleitung eingebaut werden. Der Einsatz von Flöte, Xylophon, Singen und Monochord zeigen musische Abwechslung in der Begleitung und greifen gleichzeitig die vergangenen Interessen von Hilde auf. Mit Blick auf körperliche Ausdrücke von ihr kann die Aktualität dieser Zuneigungen überprüft werden. Diese Untermalungen in Hildes Alltag sind eingebettet in einen strukturierten Ablauf der Einzelbegleitung, um diese vorhersehbar und planbar für die Dame zu machen. Ein Eingangs- und ein Verabschiedungsritual zeigen auf einfache Weise Struktur und einen erkennbaren Ablauf. Selbst ein Mensch mit Alzheimer-Demenz kann solche Rituale wiedererkennen und einordnen.

5.2.6 Weiterführung der HpE in Befunderhebung, Begleitung, Beratung

In einer wöchentlichen Einheit zu einem festen 30-minütigen Termin wird Hilde begleitet. Die Heilpädagogin bedient sich hierbei an Elementen der basalen Stimulation und der sinnlichen Wahrnehmung auf mehreren Ebenen (olfaktorisch, taktil-haptisch, akustisch). Mit Handmassagen zur Entspannung und Herausforderungen an die Handmuskulatur wird der Muskeltonus der Hände und Arme in einer gezielten An- und Entspannung angesprochen. Mit geführter Hand kann Hilde das Monochord spielen und dabei gesanglich von der Heilpädagogin begleitet werden. Es werden gezielt Lieder aus Hildes Vergangenheit mit Gesang und Altblockflöte eingebaut, um das Angesprochen-Sein zu unterstützen.

Es wird darauf geachtet, dass nicht mehr als zwei Reize gleichzeitig auf Hilde einströmen, um einem möglichen Gefühl der Überforderung zuvor zu kommen beziehungsweise nicht entstehen zu lassen. Hilde kann sich auf die ihr entgegengebrachte Unterstützung einlassen und im wiederkehrenden Ablauf Struktur und Rituallität erkennen.

In steter Reflexion und Evaluation der Heilpädagogin werden die Methoden und Maßnahmen angepasst und individualisiert auf die aktuellen Bedarfe und Bedürfnisse von Hilde.

5.2.7 Reflexion und Beurteilung der Wirkung mit allen Beteiligten

In sechs Wochen (Mitte Januar) werden die Ziele auf ihre Aktualität überprüft und im Bedarfsfall angepasst.

6 Fazit

In der Bearbeitung des Themas „Demenz und geistige Behinderung als neue Herausforderung für die Heilpädagogik“ wird klar, dass demenziell erkrankte Menschen mit vorausgehender Trisomie 21 sich im Alter von anderen Menschen mit einer Alzheimer-Erkrankung differenzieren und Bedarf an intensiver Betreuung und Begleitung haben. Durch ihre individuelle Vorgeschichte besteht auch hier die Nachfrage nach einer individuellen Begleitung im Lebensabend.

In der Arbeit mit Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung und der Alzheimer-Erkrankung gibt es bisher vergleichsweise wenig Begleit- und Pflegekonzepte. Vor allem in der Heilpädagogik ist diese Art der Arbeit bisher noch wenig beschrieben. Sie gewinnt jedoch zunehmend an Bedeutung und Relevanz, denn wie Eingangs beschrieben, wird die Zahl der Menschen mit demenziellen Erkrankungen allgemein und auch mit vorausgehender (sogenannter geistiger) Behinderung zunehmen.

Bereits bestehende Begleitkonzepte können für diese Arbeit umgearbeitet und angepasst werden, wie die Biographiearbeit, die basale Stimulation und sinnliche Angebote an den Menschen. Bewährte Methoden aus der Heilpädagogik finden bei Menschen im Alter, ob mit oder ohne Behinderung, Platz und Ansprache.

Die Finanzierung dieser Angebote gestaltet sich allerdings noch schwierig, da politisch gesehen nicht eindeutig geklärt ist, welche Kostenträger für das Wohnen, die Pflege und die Begleitung bei Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung im Alter zuständig ist.

Sicherlich ist es für Menschen mit vorausgehender Einschränkung eine Erleichterung, im Alter nicht umziehen zu müssen, sondern in ihrem gewohnten Umfeld, wie in einem Wohnheim für Menschen mit Behinderung, wohnen zu bleiben. Jedoch steht diesem Wunsch der Bewohner nicht nur die Finanzierung im Weg, sondern auch die Qualifizierung des Personals. So können in Wohnheimen für Menschen mit Behinderung Lücken im Wissen um den alternden/demenziellen Menschen vorhanden sein und in Demenzinstitutionen Hintergründe und Kenntnis über Besonderheiten für Menschen mit Behinderung fehlen. Diese Wissenslücken müssen vor dem Hintergrund der zunehmend alternenden Gesellschaft geschlossen werden, um jedem Menschen ein individuelles Altern in Würde zugestehen zu können. Hier kann die Heilpädagogik als verbindendes Element in der Begleitung agieren.

Die bestehende Methodenvielfalt in der Heilpädagogik bietet aufgrund ihrer individuenzentrierten Arbeitsweise viele Möglichkeiten der Begleitung im persönlichen Kontext.

Wie in der dargestellten Förder- und Unterstützungsplanung am Beispiel einer Frau mit Trisomie 21 und Alzheimer erkennbar, muss die Arbeit mit dem Menschen immer an den persönlichen Zielen ausgerichtet sein. Mithilfe von ICF-basierender Beobachtung und Unterstützungsplanung kann für sie ein individueller Rahmen der Begleitung erstellt werden. Dies erfolgt ziel- und ausgerichtet an ihren Bedürfnissen und Bedarfen, durch Mitwirkung in der Planung von Pflegefachkräften, Angehörigen und dokumentierten Erfahrungen in ihren Akten. So kann durch ihre verzeichneten Vorlieben und Individualitäten eine persönliche Unterstützungsplanung erstellt und durchgeführt werden.

Jeder Mensch hat einen persönlichen Lebensweg und damit auch persönlichen Lebensabend verdient.

Anhang I: Kriterien für typische und atypische Alzheimer-Krankheit der IWG

Zu finden in Gusset-Bährer (2018, 18 f.) übersetzt aus dem Englischen nach Dubios et. al 2014. Die S3-Leitlinien-Demenz definieren Alzheimer auch über die IWG-2-Kriterien, welche hier verständlicher übersetzt sind.

„Kriterien für die typische und atypische Alzheimer-Krankheit der IWG

Typische Alzheimer-Krankheit (A plus B in jedem Stadium – IWG-2-Kriterien)

A Spezifische klinische Erscheinungsform

- Es liegt eine frühe und deutliche episodische Gedächtnisstörung vor, die isoliert auftritt oder in Verbindung mit Beeinträchtigungen in anderen kognitiven oder Verhaltensbereichen.
- Diese Gedächtnisstörung schreitet langsam voran besteht seit mindestens sechs Monaten und wird von der betroffenen Person oder einer anderen Person beschrieben.
- Es liegt ein objektiver Nachweis vor, dass die Gedächtnisstörung typisch ist für Einschränkungen in der Funktion des Hippocampus. Der Hippocampus ist für den Transfer von Gedächtnisinhalten aus dem Kurzzeitgedächtnis ins Langzeitgedächtnis zuständig. Dieser Nachweis kann das Testergebnis in einem Test der episodischen Gedächtnisleistung sein, mit dem die Funktion des Hippocampus erfasst werden (z. B. cued recall mit kontrollierter Enkodierungsphase).

B Nachweise für die Pathologie der Alzheimer-Krankheit (eines der folgenden Kriterien)

- Das A β 42 im Liquor ist erniedrigt und das Tau-Protein bzw. phosphorylierte Tau-Protein im Liquor ist erhöht.
- Es gibt einen Nachweis für das Vorhandensein von Amyloid (PET).
- Eine Mutation auf den Genen Presenilin 1 oder Presenilin 2 bzw. auf dem Gen des Amyloid-Precursor-Proteins APP liegt vor.

Ausschlusskriterien der typischen Alzheimer-Krankheit

O Verlauf

- Die Symptome beginnen plötzlich.
- Es treten bereits früh Gangstörungen, Krampfanfälle, schwere Verhaltensänderungen, extrapyramidal-motorische Zeichen oder Halluzinationen auf.

O Klinische Merkmale

- Es werden fokale neurologische Zeichen, also selektive neurologische Ausfälle beobachtet.
- Es treten frühe extrapyramidal-motorische Zeichen auf.
- Es werden früh auftretende Halluzinationen beobachtet.
- Die kognitiven Störungen schwanken.

O Andere Erkrankungen, die die kognitiven Störungen erklären können, wie beispielsweise eine Depression, zerebrovaskuläre oder entzündliche Erkrankungen und Stoffwechselstörungen, sind ursächlich.

Atypische Alzheimer-Krankheit (A plus B in jedem Stadium – IWG-2-Kriterien)

A Spezifische klinische Erscheinungsform (eines der folgenden Kriterien)

- Die posteriore Variante der Alzheimer-Krankheit, die sich in einer frühen, dominierenden und voranschreitenden Beeinträchtigung der visuellen Wahrnehmung von Objekten, Symbolen, Wörtern oder Gesichtern äußern kann sowie in frühen, dominierenden und voranschreitenden Schwierigkeiten bei der visuell-räumlichen Wahrnehmung.
- Die logopenische Variante der Alzheimer-Krankheit, die charakterisiert ist durch eine frühe, dominierende und voranschreitende Einschränkung beim Finden einzelner Wörter und beim Nachsprechen von Sätzen oder Phrasen.
- Die frontale Variante der Alzheimer-Krankheit, die definiert wird durch das Vorhandensein früher, dominierender und voranschreitender Verhaltensänderungen (z. B. Apathie, enthemmtes Verhalten, Schwierigkeiten beim Steuern des eigenen Verhaltens).
- Die Variante Down-Syndrom in Kombination mit der Alzheimer-Krankheit, die beschrieben wird als das Auftreten einer Demenz bei Personen mit Down-Syndrom, die charakterisiert ist durch frühe Verhaltensänderungen und Schwierigkeiten, das eigene Verhalten zu steuern.

B Nachweise für die Pathologie der Alzheimer-Krankheit (eines der folgenden Kriterien)

- Erniedrigtes A β 42 im Liquor und erhöhtes Tau-Protein bzw. phosphoryliertes Tau-Protein im Liquor.
- Positiver Amyloid-Nachweis mit PET
- Mutation, die zu einer monogen vermittelten Alzheimer-Krankheit führt (Mutation auf den Genen Presenilin 1 oder Presenilin 2 bzw. auf dem Gen des Amyloid-Precursor-Proteins, APP).

Ausschlusskriterien der atypischen Alzheimer-Krankheit

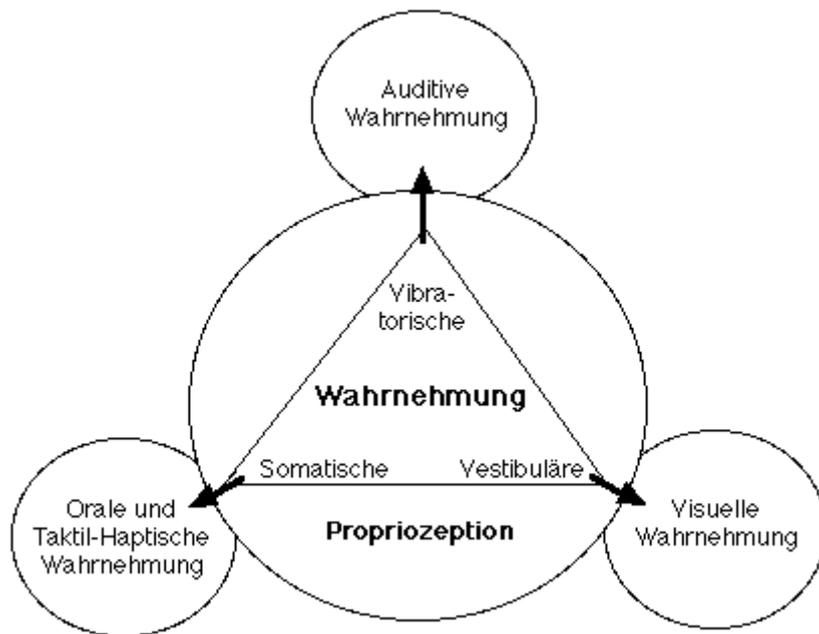
O Verlauf

- Die Symptome beginnen plötzlich.
- Es treten frühe Störungen des episodischen Gedächtnisses auf.

O Andere Erkrankungen, die die kognitiven Störungen erklären können, wie beispielsweise eine Depression, zerebrovaskuläre Erkrankungen, entzündliche Erkrankungen oder Stoffwechselstörungen, sind ursächlich.

Die Alzheimer-Krankheit bei Personen mit Down-Syndrom wird also als eine atypische Alzheimer-Krankheit klassifiziert, da ihr klinisches Erscheinungsbild dominiert wird durch Verhaltensänderungen sowie Veränderungen in den exekutiven und praktischen Funktionen und nicht durch episodische Gedächtnisstörungen“ (Gusset-Bährer 2018, 18 f.; Hervorh. im Original).

Anhang II: Bereiche sensorischer Wahrnehmung



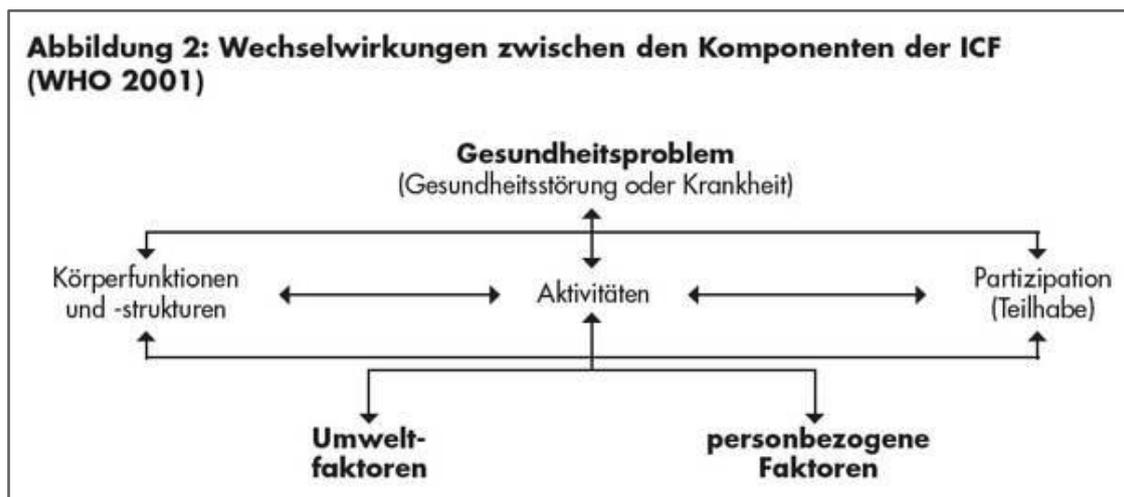
Quelle: passail.eu 2000, aus Bartoszek/Nydahl 1998

Die sinnliche Wahrnehmung besteht schon im Mutterleib. Die ersten sich entwickelnden Sinne sind der Vibratorische, der Somatische und der Vestibuläre. Eingebunden sind diese in die Propriozeption, soll heißen in die Eigenwahrnehmung des Körpers/der Körperteile im Raum. Mit dieser Basis entwickeln sich diese Sinne weiter zur auditiven, oralen und taktil-haptischen, sowie zur visuellen Wahrnehmung.

Menschen mit schweren (geistigen) Behinderungen können möglicherweise Einschränkungen in der weiterentwickelnden Wahrnehmung haben, jedoch können sie immer auf der basalen Ebene angesprochen werden. Auf dieser arbeitet auch die basale Stimulation (s. 4.4.3).

Anhang III: Das bio-psycho-soziale Modell

Das bio-psycho-soziale Modell zeigt die Wechselwirkungen zwischen den Variablen und zeigt diese als dynamischen Prozess auf. So kann beispielsweise eine Gesundheitsproblematik in der Körperfunktion als weniger einschränkend wahrgenommen werden, wenn Aktivität, Partizipation und Teilhabe in Abhängigkeit zu unterstützenden umwelt- und personenbezogenen Faktoren als hilfreich angenommen werden. Es handelt sich also um ein subjektives Modell in Abhängigkeit von den individuellen Eindrücken der betroffenen Person.



(Grafik WHO 2001 in Seel o. J.)

Am Beispiel eines Rollstuhlfahrers mit Querschnittslähmung in Folge eines Unfalls kann dies bildhaft beschrieben werden:

Primär ist dieser Mensch durch seinen Rollstuhl eingeschränkt in der Teilhabe und der Aktivität durch eine Problematik in der Körperfunktion. Durch hilfreiche Unterstützung in Umweltfaktoren (zunehmende Barrierefreiheit in den Städten) und bei den personenbezogenen Faktoren (soziale Teilhabe, funktionierendes Helfernetz, intakte Familie und Freundeskreis) kann der Rollstuhlfahrer am Leben teilnehmen und die Einschränkung durch die Mobilitätshilfe als weniger hinderlich wahrgenommen werden und mit positivem Grundgefühl leben.

„Zugleich ist eine barrierefreie Umgebung kein Garant für die selbstbestimmte Teilhabe. Denn diese hängt von vielfältigen Faktoren, wie denen der Persönlichkeit, von Einstellungen und auch sozialen Kompetenzen ab“ (ebd.).

Anhang IV: ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

ICF Version 2005

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
Version 2005

Übersicht über die Klassifikation der ersten Ebene (Komponenten):

„Klassifikation der Körperfunktionen [Komponente b]

- Kapitel 1: Mentale Funktionen
- Kapitel 2: Sinnesfunktionen und Schmerz
- Kapitel 3: Stimm- und Sprechfunktionen
- Kapitel 4: Funktionen des kardiovaskulären, hämatologischen, Immun- und Atmungssystems
- Kapitel 5: Funktionen des Verdauungs-, des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems
- Kapitel 6: Funktionen des Urogenital- und reproduktiven Systems
- Kapitel 7: Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Funktionen
- Kapitel 8: Funktionen der Haut und der Hautanhangsgebilde

Klassifikation der Körperstrukturen [Komponente s]

- Kapitel 1: Strukturen des Nervensystems
- Kapitel 2: Das Auge, das Ohr und mit diesen in Zusammenhang stehende Strukturen
- Kapitel 3: Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
- Kapitel 4: Strukturen des kardiovaskulären, des Immun- und des Atmungssystems
- Kapitel 5: Mit dem Verdauungs-, Stoffwechsel- und endokrinen System in Zusammenhang stehende Strukturen
- Kapitel 6: Mit dem Urogenital- und dem Reproduktionssystem in Zusammenhang stehende Strukturen
- Kapitel 7: Mit der Bewegung in Zusammenhang stehende Strukturen
- Kapitel 8: Strukturen der Haut und Hautanhangsgebilde

Klassifikation der Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe) [Komponente d]

- Kapitel 1: Lernen und Wissensanwendung
- Kapitel 2: Allgemeine Aufgaben und Anforderungen
- Kapitel 3: Kommunikation
- Kapitel 4: Mobilität
- Kapitel 5: Selbstversorgung
- Kapitel 6: Häusliches Leben
- Kapitel 7: Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
- Kapitel 8: Bedeutende Lebensbereiche
- Kapitel 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben

Klassifikation der Umweltfaktoren [Komponente e]

- Kapitel 1: Produkte und Technologien
- Kapitel 2: Natürliche und vom Menschen veränderte Umwelt
- Kapitel 3: Unterstützung und Beziehungen
- Kapitel 4: Einstellungen
- Kapitel 5: Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze“

(ICF 2005, 32 f.; Hervorh. durch den Verfasser)

„Die Beurteilungsmerkmale der Leistungsfähigkeit und Leistung können mit und ohne Berücksichtigung von Hilfsmitteln oder personeller Assistenz und gemäß der folgenden Skala zur Beschreibung des Ausmaßes oder der Größe des Problems verwendet werden:

xxx.0 Problem nicht vorhanden (ohne, kein, unerheblich ...) 0-4 %

xxx.1 Problem leicht ausgeprägt (schwach, gering ...) 5-24 %

xxx.2 Problem mäßig ausgeprägt (mittel, ziemlich ...) 25-49 %

xxx.3 Problem erheblich ausgeprägt (hoch, äußerst ...) 50-95 %

xxx.4 Problem voll ausgeprägt (komplett, total ...) 96-100 %

xxx.8 nicht spezifiziert

xxx.9 nicht anwendbar“

(ICF 2005, 95)

Diese Informationen über die ICF wurde abgedruckt mit freundlicher Erlaubnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Alle Rechte liegen bei der WHO.

Literaturverzeichnis:

- Baiker, Renate; Dengler, Barbara; Gramse, Eleonore (2014): Seid Ihr auf das Alter vorbereitet?! Übergänge aktiv gestalten für alter werdende Menschen mit Behinderung in Arbeit, Wohnen, Freizeit. Handlungsempfehlung für Entscheidungsträger der Lebenshilfen in Bayern. 1. Auflage. Erlangen. Online verfügbar unter <https://www.lebenshilfe-bayern.de/publikationen/#c320>, zuletzt geprüft am 14.11.2018.
- Bienstein, Christel; Fröhlich, Andreas (1997): Basale Stimulation in der Pflege. Pflegerische Möglichkeiten zur Förderung von wahrnehmungsbeeinträchtigten Menschen. 10. Aufl., 34. - 39. Tsd. Düsseldorf: Verl. Selbstbestimmtes Leben.
- Birkholz, Carmen (2017): Spiritual Care bei Demenz. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag (Reinhardts gerontologische Reihe, Band 53). Online verfügbar unter <http://www.reinhardt-verlag.de/de/titel/53114/>.
- Buijssen, Huub (2016): Demenz und Alzheimer verstehen. Erleben - Hilfe - Pflege: ein praktischer Ratgeber. 8. Aufl. Weinheim u.a.: Beltz.
- Del Giudice, Janina; Glaser, Max; Meier, Jutta (o. J.): Bundesteilhabegesetz. Unter Mitarbeit von Janina Del Giudice, Jutta Meier, Andrea Nagl und Anna Yankers. Hg. v. Koteswara Rao Tanneru. beta Institut gemeinnützige GmbH. Augsburg. Online verfügbar unter <https://www.betanet.de/bundesteilhabegesetz.html>, zuletzt aktualisiert am 10.10.2018, zuletzt geprüft am 07.01.2019.
- Dengler, Barbara (2013): Wohnen. Grundsätze und Perspektiven der Lebenshilfe Bayern. 1. Auflage. Unter Mitarbeit von Barbara Dengler, Colleen Duvos, Wolfgang Kimmig, Martin Rihl, Anita Theuerl und Anita Sajer. Erlangen. Online verfügbar unter <https://www.lebenshilfe-bayern.de/publikationen/#c305>, zuletzt geprüft am 07.11.2018.
- dimdi (2015): ICD-10-WHO Version 2016. Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen. Hg. v. Dietrich Kaiser. dimdi - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Köln. Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2016/block-f00-f09.htm>, zuletzt aktualisiert am 17.07.2015, zuletzt geprüft am 07.01.2019.
- Ding-Greiner, Christina Med. (2014): Demenz bei geistiger Behinderung. Das Wichtigste. Hg. v. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Kompetenzzentrum Demenz in Schleswig-Holstein. Berlin (16). Online verfügbar unter <https://www.demenz-sh.de/demenz/demenz-und-geistige-behinderung/>, zuletzt aktualisiert am 16.10.2018, zuletzt geprüft am 20.10.2018.
- Familienratgeber.de (o. J.): Selbstbestimmt Wohnen. Hg. v. Christian Scheifl. Aktion Mensch e. V. Bonn. Online verfügbar unter <https://www.familienratgeber.de/schwerbehinderung/selbstbestimmt-leben/selbstbestimmt-wohnen.php>, zuletzt aktualisiert am 12.10.2018, zuletzt geprüft am 07.01.2019.

- Felderhoff-Müser, U. (2010): Sepsis und Gehirnschäden. Experimentelle Befunde. In: *Klinische Pädiatrie* 222 (S 01), HV_4. DOI: 10.1055/s-0030-1261284.
- Gunti, Patrick (2013): Trisomie 21: Leben mit dem Down-Syndrom. Stiftung MyHandicap gGmbH. München. Online verfügbar unter <https://www.myhandicap.de/gesundheit/geistige-behinderung/trisomie-21-down-syndrom/>, zuletzt geprüft am 07.01.2019.
- Gusset-Bährer, Sinikka (2018): Demenz bei geistiger Behinderung. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag (Heilpädagogik). Online verfügbar unter <http://www.reinhardt-verlag.de/de/titel/53346/>.
- ICF (2005): ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Version 2005, Gesamtwerk. Unter Mitarbeit von Michael F. Schuntermann. Hg. v. Dietrich Kaiser. dimdi - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Köln. Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/dynamic/downloads/klassifikationen/icf/icfbp2005.zip>, zuletzt aktualisiert am 19.06.2012, zuletzt geprüft am 07.01.2019.
- Klinger, Roland: Ich bleibe in meiner Wohnung! Die Verbindung von Wohnen und Service: Zukunftsaufgabe für die Alten- und Behindertenhilfe. Dokumentation der KVJS-Fachtagung auf der Messe Pflege Reha in Stuttgart am 24.02.2010. Unter Mitarbeit von Karl Röckinger. In: forum b-wohnen, S. 5–8. Online verfügbar unter https://www.kvjs.de/fileadmin/publikationen/.../Ich_bleib_in_meiner_Wohnung.pdf, zuletzt geprüft am 07.01.2019.
- Kobi, Emil E. (2004): Grundfragen der Heilpädagogik. Eine Einführung in heilpädagogisches Denken. 6., bearb. und erg. Aufl. Berlin: BHP-Verl. (Grundlagen), zuletzt geprüft am 29.10.2018.
- Köhn, Wolfgang (2016): Heilpädagogische Erziehungshilfe und Entwicklungsförderung (HpE). Ein Handlungskonzept. 5., unveränderte Aufl. Heidelberg: "Edition S".
- Kurz, Alexander (o. J.): Lewy-Körperchen-Demenz (Lewy-Body-Demenz). Hg. v. Sabine Jansen. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. München. Online verfügbar unter <https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/andere-demenzformen/lewy-koerper-demenz.html>, zuletzt aktualisiert am 05.2016, zuletzt geprüft am 29.10.2018.
- Lindmeier, Bettina; Oermann, Lisa (2017): Biographiearbeit mit behinderten Menschen im Alter. 1. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Edition Sozial).
- Maier, Wolfgang; Schulz, Jörg B.; Weggen, Sascha; Wolf, Stefanie (2011): Alzheimer & Demenzen verstehen. Diagnose, Behandlung, Alltag, Betreuung. 2., überarb. Aufl. Stuttgart: TRIAS.
- McGuire, Dennis; Chicoine, Brian (2008): Erwachsene mit Down-Syndrom verstehen, begleiten und fördern. Stärken erkennen, Herausforderungen meistern. Unter Mitarbeit von Patricia Gifford und Cora Halder. Dt. Erstausg. Zirndorf: G-&-S-Verl. (Edition 21).

- Pantel, Johannes (o. J.): Demenz bei Morbus Parkinson. Hg. v. Sabine Jansen. Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V. Frankfurt. Online verfügbar unter <https://www.deutsche-alzheimer.de/die-krankheit/andere-demenzformen/demenz-bei-morbus-parkinson.html>, zuletzt aktualisiert am 05.2016, zuletzt geprüft am 29.10.2018.
- passail.eu (2000): Der Aufbau der Wahrnehmung. Unter Mitarbeit von Alois Krenn. Hg. v. Alois Krenn. Österreich. Online verfügbar unter <http://www.passail.eu/krankenpflege/aufbau.htm>, zuletzt aktualisiert am 19.10.2000, zuletzt geprüft am 07.01.2019.
- pflege.de (2018): Pflegeheim-Kosten. Was kostet ein Platz im Pflegeheim? Hg. v. Lars Kilchert. web care LBJ GmbH. Hamburg. Online verfügbar unter <https://www.pflege.de/altenpflege/pflegeheim-altenheim/kosten/>, zuletzt geprüft am 07.01.2019.
- Piller, Chris; Born, Markus (2011): ICF und Förderdiagnostik. Worum geht es da? Hochschule für Heilpädagogik. Zürich. Online verfügbar unter http://www.ahs-dg.be/portal-data/13/resources//101001_icf_und_foerderdiagnostik_version_teilnehmende.pdf, zuletzt aktualisiert am o. J., zuletzt geprüft am 07.01.2019.
- Reis, André (2011): Geistige Behinderung: Ursache liegt oftmals in den Genen. Seltener als bislang vermutet erben Kinder die Mutation von ihren Eltern. Unter Mitarbeit von Sabine Ende. Hg. v. Bundesministerium für Bildung und Forschung. Universitätsklinikum Erlangen, Humangenetisches Institut. Erlangen. Online verfügbar unter <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/geistige-behinderung.php>, zuletzt geprüft am 07.01.2019.
- Rosatti-Bonauer, Chrige (2011): Heilpädagogik & Physiotherapie. Therapie/Methoden. Basale Stimulation. Hg. v. Chrige Rosatti-Bonauer. Bern. Online verfügbar unter <https://www.heilpaed.ch/therapienmethoden/basalestimulation.htm>, zuletzt geprüft am 07.01.2019.
- Schmid, Ivonne (2003): Zum Einfluss spielorientierter Bewegungsangebote auf die Motorik erwachsener Menschen mit einer geistigen Behinderung und ihr Beitrag zur Förderung von Alltagskompetenzen. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades. Hg. v. Uni Halle. Uni Halle. Halle-Wittenberg. Online verfügbar unter <https://sundoc.bibliothek.uni-halle.de/diss-online/03/03H109/>, zuletzt geprüft am 07.01.2019.
- Seel, Helga (Hg.) (o. J.): Das bio-psycho-soziale Modell. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). Online verfügbar unter <https://www.bar-frankfurt.de/rehabilitation-und-teilhabe/qualitaet-in-der-rehabilitation/icf/grundlagen-der-icf/das-bio-psycho-soziale-modell/>, zuletzt geprüft am 07.01.2019.
- sozialgesetzbuch-sgb.de (o. J.): SGB XII Sozialgesetzbuch. Sozialhilfe. Hg. v. Steffen Wasmund. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbxii/1.html>, zuletzt aktualisiert am 10.07.2018, zuletzt geprüft am 11.12.2018.

- Statista 1 (2015): Prävalenzrate von Demenz bei Menschen über 60 Jahren nach Weltregionen* im Jahr 2015. Hg. v. Friedrich Schwandt und Tim Kröger. Statista GmbH; Alzheimer's Disease International. Hamburg. Online verfügbar unter <https://de-statista-com.evhn.idm.oclc.org/statistik/daten/studie/468136/umfrage/praevalenz-von-demenz-bei-menschen-ueber-60-jahren-nach-weltregionen/>, zuletzt geprüft am 07.01.2019.
- Statista 2 (2018): Statistiken zum Thema Demenz weltweit. Dossier Demenzerkrankungen. Hg. v. Friedrich Schwandt und Tim Kröger. Statista GmbH. Hamburg. Online verfügbar unter <https://de-statista-com.evhn.idm.oclc.org/themen/2032/demenzerkrankungen-weltweit/>, zuletzt geprüft am 07.01.2019.
- Statista 3 (2011): Anteile der am häufigsten vorkommenden Formen von Demenz weltweit im Jahr 2011. Hg. v. Friedrich Schwandt und Tim Kröger. Statista GmbH; Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Hamburg. Online verfügbar unter <https://de-statista-com.evhn.idm.oclc.org/statistik/daten/studie/180614/umfrage/formen-von-demenz/>, zuletzt geprüft am 07.01.2019.
- stmas.bayern (o. J.): Sozial-Fibel. Menschen mit Behinderung, Hilfen für. Hg. v. Christian Diener. Bayerisches Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales. München. Online verfügbar unter https://www.stmas.bayern.de/fibel/sf_m008.php, zuletzt geprüft am 07.01.2019.
- WHO (o. J.): WHO - Psychische Gesundheit. Definition des Begriffs "geistige Behinderung". Hg. v. Daniel Chisholm. WHO Europa. Kopenhagen. Online verfügbar unter <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>, zuletzt geprüft am 07.01.2019.

Eidesstattliche Erklärung:

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe.
2. Ich versichere, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und die Standards guten wissenschaftlichen Arbeitens eingehalten zu haben.
3. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden von mir beachtet
4. Ich bin damit einverstanden / ~~nicht einverstanden~~*, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.
5. Ich bin damit einverstanden / ~~nicht einverstanden~~*, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den 08.01.2019

A handwritten signature in blue ink that reads "Tina-Maria Kirschner". The signature is written in a cursive style with a large initial 'T'.

Tina-Maria Kirschner