

**Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Technischen Universität München**

**Die Situation geistig behinderter Menschen im Seniorenalter.
Eine Analyse in den Landkreisen Erding/Freising**

Caroline Heydner-Doll

**Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen
Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizin
genehmigten Dissertation.**

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

**Prüfer der Dissertation: 1. apl. Prof. Dr. M. Dose
2. Univ.-Prof. Dr. J. Förstl**

**Die Dissertation wurde am 28.08.2007 bei der Technischen Universität
München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin
am 21.11.2007 angenommen.**

Gliederung.....	1
A Einleitung.....	4
1.Das Alter als neue Lebensphase jetzt auch bei geistig behinderten Menschen.....	4
2.Fragestellung.....	5
B Methodik	
1.Definitionen.....	5
1.1.Seniorenalter.....	5
1.2.Geistige Behinderung.....	5
2.Methodik.....	6
3.Auswertung	8
C Ergebnisse	
1.Charakterisierung der Einrichtungen.....	9
1.1. Übersichtstabelle.....	9
1.2.Altersstruktur.....	10
1.3.Diagnosenstruktur.....	10
2.Auswertung der Daten aus Fremdanamnese- und Probandenfragebogen.....	11
2.1. Demographische Daten (Diagnose, Altersverteilung, Grad der Behinderung).....	11
2.2. Zufriedenheit.....	12
2.2.1.Zufriedenheit der Probanden.....	12
2.2.2.Zufriedenheit auch in Einzelbereichen.....	13
2.2.3.Zufriedenheit im Vergleich zu früher.....	14
2.3.Gesundheit.....	14
2.3.1.psychische Befindlichkeit.....	14
2.3.2.körperliche Beschwerden.....	14
2.3.3.psychiatrische Zusatzerkrankungen.....	14
2.4. Hilfebedürftigkeit.....	15
2.4.1. Hilfebedürftigkeit der Probanden.....	15
2.4.2. Hilfestellungen und Hilfsmittel.....	16
2.5.Soziale Kontakte.....	16
2.5.1.Wunsch nach Ansprache.....	16
2.5.2.Bezugsperson.....	16
2.5.3.Mitbewohner.....	17

2.5.4. Wunsch nach sozialen Kontakten.....	17
2.6. Arbeit.....	17
2.6.1. Arbeitsverhalten.....	17
2.6.2. Arbeitswunsch.....	18
2.6.3. Übergang in den Ruhestand.....	19
2.6.4. Seniorengruppe.....	19
2.6.5. Kontakt zu Arbeitskollegen.....	19
2.7. Finanzielle Situation.....	20
2.8. Aktivitäten und Hobbies.....	20
2.9. Wohnsituation.....	20

D Diskussion

1. Zusammenfassung und Vergleich der erhobenen Daten in den verschiedenen Heimen.....	21
1.1. Altersstruktur.....	21
1.2. Grad der Behinderung.....	21
1.3. Pflegestufen.....	21
1.4. Aufenthaltsdauer.....	22
1.5. Arbeit, Pensionierung und Freizeitaktivitäten.....	22
1.6. Personal, Fortbildungen und Teamsitzungen.....	23
1.7. Finanzierung.....	23
2. Zufriedenheit der Probanden.....	24
2.1. Gesamtzufriedenheit.....	24
2.2. Zufriedenheit im Vergleich zu früher.....	25
2.3. Zufriedenheit in verschiedenen Bereichen.....	26
2.4. Individuelle Wünsche der Probanden.....	27
2.5. Vergleich der Bedürfnisse von behinderten und nicht behinderten Senioren.....	28
3. Gesundheit.....	28
3.1. Psychische und körperliche Erkrankungen.....	28
3.2. Psychiatrische Zusatzerkrankungen.....	28
3.3. Ärztliche Versorgung.....	29
4. Hilfebedürftigkeit.....	29
4.1. Hilfsbedarf der Probanden.....	29
4.2. Nötige Hilfestellungen in den verschiedenen Einrichtungen.....	30
5. Soziale Kontakte.....	31
5.1. Ansprache(wunsch).....	31

5.2.Zufriedenheit mit Ansprache in verschiedenen Heimen.....	32
5.3.Bezugsperson.....	33
5.4.Mitbewohner.....	33
5.5.Vergangenheitsbewältigung und Begleitung in Krankheit und Tod.....	34
6.Arbeit.....	34
6.1.Arbeit und Arbeitswunsch.....	34
6.2.Zufriedenheit in Bezug zur Arbeit.....	35
6.3.Zufriedenheit in Seniorengruppe.....	36
6.4.Treffen von Arbeitskollegen.....	36
6.5. Übergang in den Ruhestand.....	37
7. Vergleich älterer und jüngerer Senioren.....	38
8.Aktivitäten und Hobbies.....	39
8.1. Freizeitaktivitäten im Vergleich.....	39
8.2. Beurteilung der Aktivitäten zur Selbstverwirklichung.....	40
8.3.Hobbies.....	41
9. Finanzielle Situation.....	41
10.Wohnsituation.....	42
11.Persönliche Verbesserungsvorschläge der Betreuer.....	43
12.Kurzer Überblick über die Ergebnisse zur Situation geistig behinderter Menschen im Seniorenalter.....	44
13. Vor- und Nachteile der verschiedenen Einrichtungskonzepte.....	45
14. Finanzierung und Sozialpolitik.....	46
15.Schlußfolgerung.....	47
E Zusammenfassung.....	48
F Anhang	
1.Eindrücke zu den einzelnen Heimen (H 1 bis H 8).....	50
2. Definitionen.....	64
3.Ergebnisse.....	66
4. Diskussion.....	73
5.Fragebögen	
-Heimfragebogen.....	81
-Betreuerfragebogen.....	88
-Probandenfragebogen.....	94
G Bibliographie.....	101

A

1. Einleitung

In unserer Gesellschaft hat das Alter in letzter Zeit eine Aufwertung als eigene Lebensphase erhalten. Aufgrund der gleichzeitig zunehmenden Alterung unserer Gesellschaft müssen viele Bereiche neu überdacht werden, so wie Wohnungsmarkt, Rentensicherung, Pflegeaufgaben und generell unsere Einstellungen zum „Altwerden“ und „Altsein“.

Auch die besonderen Probleme der Altersphase geistig behinderter Menschen rücken zunehmend ins Blickfeld (s.S.12, Expertisen zum Dritten Altenbericht, Band V und Klaus Krähling: Lebenssituation alternder Menschen mit Behinderung, 2001).

*Die spezifischen Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung im höheren Lebensalter sind noch weitgehend unerforscht: Menschen mit geistiger Behinderung erreichen heute aufgrund des medizinischen Fortschritts und einer bewußteren Lebensführung ein deutlich höheres Lebensalter als noch vor wenigen Jahrzehnten.

*Durch die kontinuierliche Entwicklung der Behindertenpädagogik ist heute an die Stelle von eher versorgungsorientierter Betreuung eine zunehmend sozial- und heilpädagogische Begleitung und Förderung getreten, wodurch ein möglichst hohes Maß an Entwicklung und Gesundheit sowie Integration des geistig behinderten Menschen erreicht und erhalten wird. Diese Lebensweise mit spezieller Anregung, individueller Aktivierung und Therapie verlangsamt maßgeblich den Alterungsprozeß (s.S.126, Dritter Bayerischer Landesplan für Menschen mit Behinderung, 1994).

*Historisch bedingt erreicht—unbehelligt von den Mordaktionen in der Zeit des Nationalsozialismus—eine grössere Zahl geistig behinderter Menschen ein höheres Alter.

*Durch die Umsetzung der Psychiatrie-Enquete hat sich die Lebenssituation geistig behinderter Menschen eindeutig verbessert.

*Der flächendeckende Ausbau von Werkstätten für Behinderte vor allem in den 70er Jahren sorgte für eine große Anzahl berufstätiger Behinderter. Entsprechend sehen viele jetzt dem Ruhestand entgegen.

2. Fragestellung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Situation geistig behinderter Menschen im Seniorenalter.

Dazu wurde die Lebenssituation geistig behinderter Menschen im höheren Lebensalter (>50) in entsprechenden Einrichtungen im Einzugsgebiet des früheren Bezirkskrankenhaus Taufkirchen (jetzt Isar-Amper Kliniken, Klinik Taufkirchen) untersucht, aus dem in den 90-er Jahren über 160 ehemalige Langzeitpatienten (darunter 60% mit geistiger Behinderung) in Heimeinrichtungen der Behindertenhilfe verlegt wurden.

Demographische Daten (Diagnosen, Grad der Behinderung, Alter) sollen einen Überblick geben über die Gesamtsituation und die Verteilung auf die einzelnen Einrichtungen.

Untersucht wurde, welche Wünsche und Bedürfnisse geistig Behinderte im höheren Lebensalter haben und wie man ihnen am besten gerecht werden kann.

Dazu wurden der Gesundheitszustand, wurden alterstypische Erkrankungen erfasst und die Frage analysiert, wie geistig behinderte Menschen diese tiefgreifende Veränderung bewältigen und welche Unterstützung sie benötigen, um sich in einem neuen Lebensabschnitt zurechtfinden zu können. Weiterer Untersuchungsgegenstand waren die Situation und Zufriedenheit der Probanden bezüglich sozialer Kontakte, Arbeit, Freizeit und Wohnen.

B Methodik

1. Definitionen

1.1. Definition Seniorenalter

In dieser Arbeit wurde die Altersgrenze des „Seniorenalters“ auf das vollendete 50. Lebensjahr festgesetzt. Dies erschien am besten geeignet, um möglichst viele Probanden im Zusammenhang mit den bei einer geistigen Behinderung oft vorgezogenen Alterungsprozessen zu erfassen.

1.2. Definition „Geistige Behinderung“

Die Diagnosen in der vorliegenden Arbeit wurden nach der „Internationalen Klassifikation psychischer Störungen/ICD-10“ (WHO, 1991) gestellt. Dabei erfolgt eine Einteilung in:

F70: Leichte Intelligenzminderung

F71: mittelgradige Intelligenzminderung

F72: schwere Intelligenzminderung

F73: schwerste geistige Behinderung

F79: nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung

zusätzliche Verhaltensstörungen:

F7x.0: keine oder geringfügige Verhaltensstörung

F7x.1: deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert

F7x.8: sonstige Verhaltensstörung

F7x.9: nicht näher bezeichnete Verhaltensstörung

(Eine genauere Beschreibung der verschiedenen Stufen einer Intelligenzminderung nach ICD 10 siehe Anhang, S. 64.)

Bei allen in der vorliegenden Untersuchung eingeschlossenen Probanden liegt eine Intelligenzminderung nach ICD-10 (F7) vor.

2. Methodik

Die Rekrutierung der Probanden für die vorliegende Untersuchung erfolgte in Einrichtungen (Heimen) der Landkreise Erding und Freising im Einzugsbereich der Klinik Taufkirchen.

Es wurden sämtliche Einrichtungen der Behindertenhilfe, Altenheime, ambulante Pflegedienste, Wohlfürsorgeeinrichtungen, Kirchen sowie das Landratsamt Erding kontaktiert, um ein möglichst umfassendes Bild der Situation geistig Behinderter im höheren Lebensalter in stationären Einrichtungen zu gewinnen.

Insgesamt konnten in die Befragung fünf Einrichtungen für geistig behinderte Menschen im Landkreis Erding und Freising, darüber hinaus eine Werkstätte für Behinderte, sowie zwei Alten- und Pflegeheime aufgenommen werden.

Zur Einschätzung und Evaluierung der einzelnen Einrichtungen wurde der Heimleitung zusätzlich zu einem Gespräch mit einem zuständigen Vertreter vor Ort ein Fragebogen („Heimfragebogen“) überreicht. (siehe Anhang, S. 81)

Damit sollten die verschiedenen Einrichtungen verglichen werden, unter anderem bezüglich der Verteilung der Betreuten nach Alter, Behindertengrad mit Zusatzmerkmalen, Pflegestufe, genauen Diagnosen und des Personalschlüssel und der Aufteilung des Personals in die verschiedenen Berufsgruppen. Nicht alle Daten konnten vollständig erhoben werden.

Manche Einrichtungen waren bei einigen Fragen nicht bereit, Aussagen zu treffen, in anderen Fällen war es der Heimleitung aus zeitlichen oder organisatorischen Gründen nicht möglich, genaue Daten und Zahlen weiterzugeben.

Die einzelnen Einrichtungen werden deshalb beschrieben, und es wird auf wichtige Unterschiede hingewiesen, sofern sie aus den Daten hervorgehen und für die Untersuchung relevant erschienen.

H 1 bis H 8 stehen für Heim 1 bis Heim 8.

Die Probanden wurden mit Hilfe der Gruppenleiter oder des entsprechenden Pflegepersonals ausgewählt. Die gesetzlichen Betreuer (wenn vorhanden) wurden kontaktiert, um auch deren Einverständnis zur Befragung einzuholen.

Der Fragebogen für die Probanden sollte möglichst von ihnen allein ausgefüllt werden. Die Erfahrung zeigte aber bald, dass - bis auf wenige Ausnahmen - alle Probanden mit konzentriertem Lesen und selbständigem Ausfüllen überfordert waren. Also fand in den meisten Fällen eine mündliche Befragung statt. Wenngleich der Arbeitsaufwand hierdurch ungleich größer war als geplant, ermöglichte dieses Vorgehen, ein genaueres Bild von der persönlichen Situation der Probanden zu gewinnen.

Parallel wurde dem zuständigen Pflege- und/oder Betreuungspersonal ein Betreuerfragebogen ausgehändigt.

Der Einfachheit halber wird im weiteren Verlauf der Begriff „Betreuer“ für die Personen verwendet, die die Fremdanamnesebögen ausgefüllt haben.

Nach allgemeinen Informationen wie Diagnose, Grad der Behinderung, Alter, Geschlecht und Herkunft wurden weitere Items erfragt:

- *Zufriedenheit (auch im Vergleich zu früher),
- *psychische Befindlichkeit,
- *körperliche Beschwerden,
- *psychiatrische Zusatzdiagnosen,
- *chronische Erkrankungen,
- *ärztliche Versorgung,
- *soziale Kontakte,
- *Arbeitswunsch und -verhalten,
- *Übergang in den Ruhestand,
- *Freizeitaktivitäten und Hobbies,

*finanzielle Situation,

*Hilfebedarf,

*Wohnsituation

*und in einem freien Textfeld persönliche Wünsche.

(Fragebögen siehe Anhang, S.88 ff)

Die vergleichende Befragung von Probanden und Betreuern sollte unterschiedliche Wahrnehmung und Gewichtung der Betroffenen und ihrer Betreuer untersuchen und differenziertere Informationen über die Probanden ermöglichen, die den Rahmen des Probandenfragebogens gesprengt hätten.

Bei einigen Probanden war auch eine mündliche Befragung nicht möglich. In drei Fällen wurde eine Befragung verweigert. Bei zwei Probanden konnte eine Befragung nicht stattfinden, weil sie vom Betreuungspersonal als zu belastend eingeschätzt wurde. Für sie liegen nur die Betreuerfragebögen zur Auswertung vor.

3. Auswertung

Alle Daten wurden im Datenbankprogramm „Excel“ in drei Tabellen aufgenommen, die Betreuer- und Probandenfragen wurden im Statistikprogramm „SPSS“ in zwei Dateien übertragen.

Danach konnten für die Analyse der Daten Berechnungen z.B. bezüglich der Häufigkeit bestimmter Antworten sowie Kreuztabellen erstellt werden.

Prozentzahlen wurden gerundet, um eine verbesserte Anschaulichkeit zu bewahren.

Insgesamt konnten 8 Einrichtungen, 143 beantwortete Betreuerfragebögen und 91 Probanden in die Auswertung aufgenommen werden.

C Ergebnisse

1. Charakterisierung der Einrichtungen („Heimfragebogen“)

1.1. Übersichtstabelle

	H 1	H 2	H 3	H 4	H 5	H 6	H 7	H 8
Konzept der Einrichtung	SLZ	SLZ	WfB	WfB	WfB	WfB	APH	APH
Gesamtbewohner (n)	~ 230	~ 110	38	207	26	27	~ 200	40
Probanden (n)	77	23	5	16	5	2	15	8
% Bewohner	34%	21%	13%	8%	19%	7%	8%	20%
Aufenthalt (Durchschnittsdauer in Jahren)	22	37	7	18	5	5	13	5
„Rentenalter“ (in Jahren)	65	65	Nein	65	Nein	Nein	Nein	Nein
Teilzeit möglich	Nein	Nein	Ja	Ja (Ausnahme)	Ja (K)	Ja	Nein	Nein
Verbleib in der Einrichtung (als „Rentner“)	Ja, Umzug in eine andere Gruppe	Ja	A	Nein	A (K)	A (K)	Ja	Ja
Freizeitangebote für Senioren	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Teilnahme freiwillig	Ja	Nein	-	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein
Seniorengruppe	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein
Integrative Angebote	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja
Sterbebegleitung	Ja	Ja	A (k.F.)	-	Ja	A (k.F.)	Ja	Ja
Veränderung Altersdurchschnitt in den nächsten Jahren	>	< Aufnahme jüngerer Bewohner	=	n.b.	>	>	n.b.	=

SLZ = Spezielle Langzeiteinrichtung für geistig behinderte Menschen

WfB = Wohnheime und Werkstätte für Behinderte

APH = Altenpflegeheim

A = Angestrebt

A (K) = Angestrebt (Kostenfrage)

A (k.F.) = Angestrebt (keine Fachkräfte)

n.b. = nicht bekannt

1.2. Altersstruktur:

Altersverteilung (% der Probanden)	50-60 Jahre	61-70 Jahre	71-80 Jahre	> 80 Jahre	Durchschnitt (in Jahren)	„Range“ (Alter in Jahren)
H 1 (n=77)	45	39	13	3	62	51-84
H 2 (n=23)	-	63	29	8	71	62-84
H 3 (n=5)	100	-	-	-	54	52-56
H 4 (n=16)	50	50	-	-	59	52-66
H 5 (n=5)	40	40	20	-	62	51-73
H 6 (n=2)	50	50	-	-	58	51-65
H 7 (n=15)	53	40	-	7	61	50-82
H 8 (n=8)	-	88	-	12	68	62-82

1.3. Diagnosenstruktur:

Diagnosen (% der Probanden)	F 79.0	F 70.0	F 71.0	F 72.0 oder F 73.0	F 7x.9
H 1 (n=77)	24	22	21	7	-
H 2 (n=23)	38	-	40	-	9
H 3 (n=5)	20	80	-	-	-
H 4 (n=16)	100	-	-	-	-
H 5 (n=5)	20	60	20	-	-
H 6 (n=2)	50	50			
H 7 (n=15)	31	25	12	13	21
H 8 (n=8)	50	25	25	-	-

1.4. Pflegestufen:

Pflegestufen (% Gesamtbewohner)	0	I	II	III	keine
H 1 (n=77)	43	33	15	8	-
H 2 (n=23)	-	5	32	52	17
H 3 (n=5)	-	5	34	16	-
H 4 (n=16)	nicht bekannt				
H 5 (n=5)	-	23	31	35	12
H 6 (n=2)	-	4	33	0	63
H 7 (n=15)	überwiegend				
H 8 (n=8)	100 (% Probanden)				

(Eine ausführliche Beschreibung und Einschätzung der einzelnen Heime findet sich im Anhang, S. 50 ff.)

2. Auswertung der Daten über Fremdanamnese und Probandenfragebögen

Den Probandenfragebogen konnten lediglich 5 Probanden (3,5%) selbständig ausfüllen. Von den Übrigen benötigten etwa die Hälfte weniger als 50% und die anderen mehr als 50% Hilfestellung.

Im Folgenden sollen die Informationen aus den 143 Fragebögen zur Fremdanamnese und den 91 Probandenfragebögen gemeinsam dargestellt und Unterschiede bei der Beantwortung zwischen Probanden und Betreuern aufgezeigt werden.

2.1. Demographische Daten

Zuerst soll ein Bild vermittelt werden über Diagnose, Grad der Behinderung und Alter aller Probanden.

*Diagnosen der Probanden

Über 30% der Probanden hatten eine nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung (F79.0), in je ca. 20% war sie leicht und mittelschwer, selten schwer und schwerst. Verschiedene Grade von Intelligenzminderung mit zusätzlichen Verhaltensstörungen wurden in insgesamt 14% angegeben (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Diagnosen der Probanden

Diagnose	Diagnose schlüssel	Anzahl (n)	in %
Leichte Intelligenzminderung	F 70.0	32	23
Leichte Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung	F 70.1	1	1
Leichte Intelligenzminderung mit sonstigenr Verhaltensstörung	F 70.8	2	1
Leichte Intelligenzmind. mit nicht näher bez. Verhaltensstörung	F 70.9	1	1
Mittlere Intelligenzminderung	F 71.0	30	21
Mittlere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung	F 71.1	3	2
Mittlere Intelligenzminderung mit sonstiger Verhaltensstörung	F 71.8	4	3
Mittlere Intelligenzminderung mit nicht näher bez. Verhaltensstörung	F 71.9	3	2
Schwere Intelligenzminderung	F 72.0	6	4
Schwere Intelligenzminderung mit deutlicher Verhaltensstörung	F 72.1	3	2
Schwere Intelligenzminderung mit nicht näher bez. Verhaltensstörung	F 72.9	2	1
Schwerste Intelligenzminderung(F73.0)	F 73.0	2	1
Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung (F79.0)	F 79.0	44	32
Nicht näher bez. Intelligenzminderung mit deutl. Verhaltensstörung	F 79.1	5	4
Nicht häer bez. Intelligenzmind. mit nicht näher bez. Verhaltensstör.	F 79.9	3	2
Gesamt		141	100

*Grad der Behinderung:

Bei 80% der Probanden besteht ein Grad der Behinderung von 100% (siehe Tabelle 6).

Dabei konnten nur 81 von 143 Personen berücksichtigt werden.

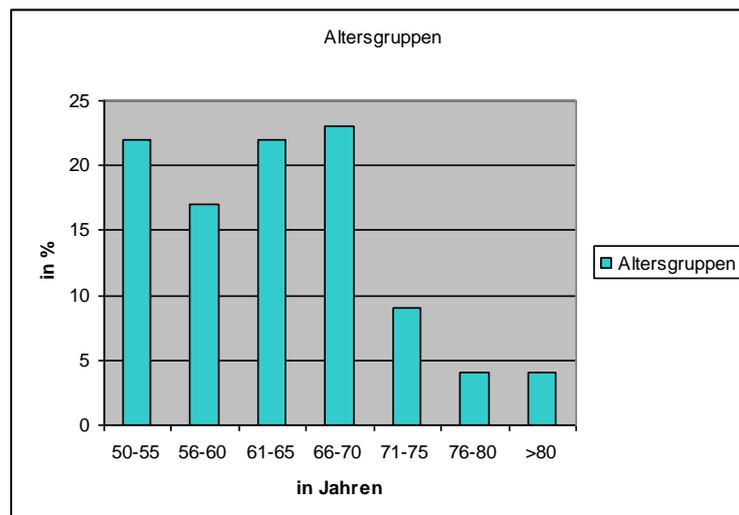
Tabelle 6: Grad der Behinderung

Grad der Behinderung	100%	90%	80%	70%	60%	50%
Probanden (n)	65	1	6	4	2	3

*Altersverteilung

Es ergeben sich zwei Altersgipfel bei 50-55 und 66-70 Jahren (siehe Grafik 1 und Tabelle im Anhang, S.66).

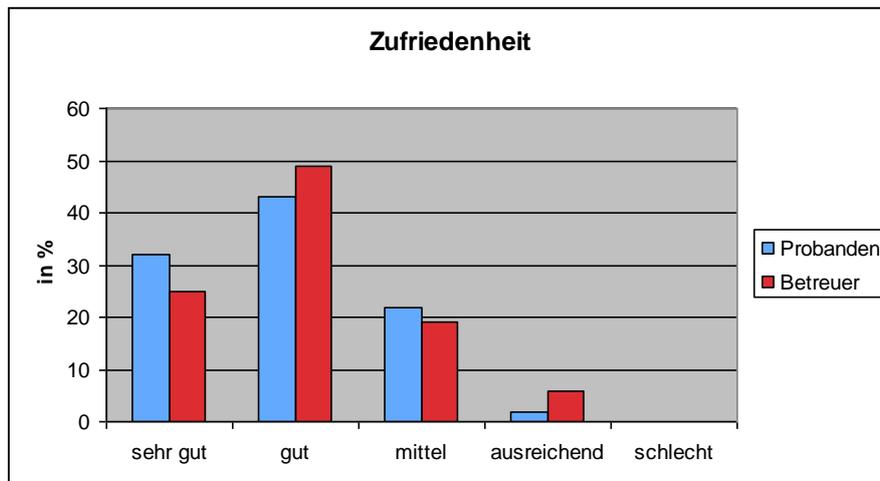
Grafik 1: Altersverteilung



2.2. Zufriedenheit

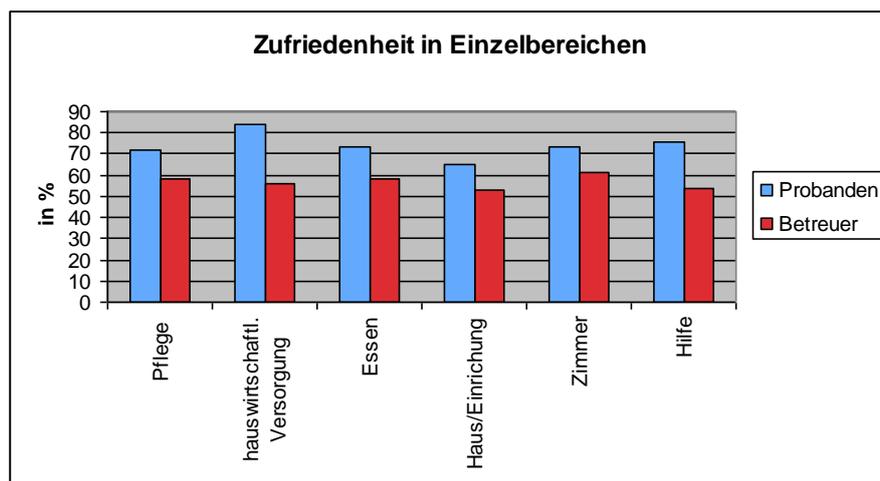
2.2.1. Gesamtzufriedenheit

Über 30% der Probanden gaben bei der Frage nach ihrer jetzigen Zufriedenheit „sehr gut“ an, über 40% „gut“, aus Sicht der Betreuer waren es in 25% „sehr gut“, in 49% „gut“ (siehe Grafik 2).

Grafik 2: Zufriedenheit der Probanden

2.2.2. Zufriedenheit in Einzelbereichen

Die Bewertung der Probanden bei den Fragen zu Pflege, hauswirtschaftlicher Versorgung, Essen, Haus und Einrichtung, Zimmer und Hilfe, wenn benötigt wurde überwiegend angegeben mit „vollkommen zufrieden“ (65-84%); bei den Betreuern waren dies (54-61%). (siehe Grafik 3 und Tabellen im Anhang, S.66 f)

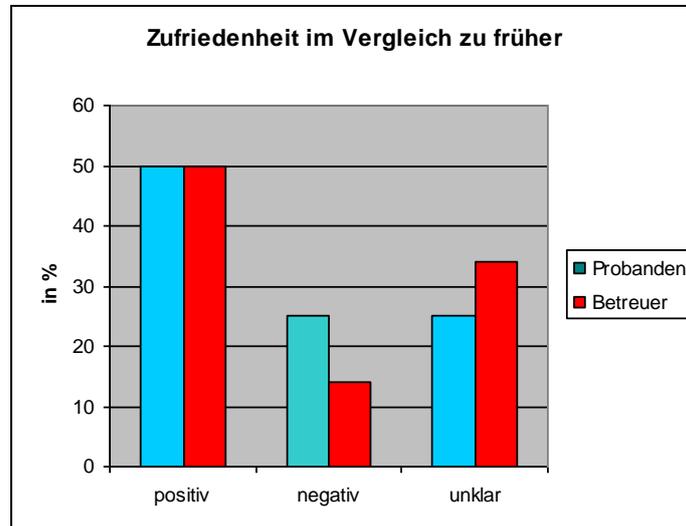
Grafik 3: Zufriedenheit der Probanden

3.2.3. Zufriedenheit im Vergleich zu früher

Auf die Frage, wie sich die Probanden vor Eintreten in den Ruhestand bzw. vor der jetzigen Heimaufnahme gefühlt haben, gaben 50% der Probanden eine positive und 25% eine negative

Entwicklung an. Die Betreuer gingen von einer negativen Entwicklung bei nur knapp 15% der Probanden aus (siehe Grafik 4).

Grafik 4: Zufriedenheit im Vergleich zu früher



2.3. Gesundheit

2.3.1. Psychische Befindlichkeit

Gefragt wurde nach Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Ängsten, Grübeln und Aggressionen.

Über 70% der Probanden entschieden sich meistens für die Antwort „gar nicht“.

Tendenziell häufiger wurden Traurigkeit, Grübeln und Ängste genannt, von den Betreuern Konzentrationsstörungen und Tagesmüdigkeit (siehe Tabellen im Anhang, S.67).

2.3.2. Körperliche Beschwerden

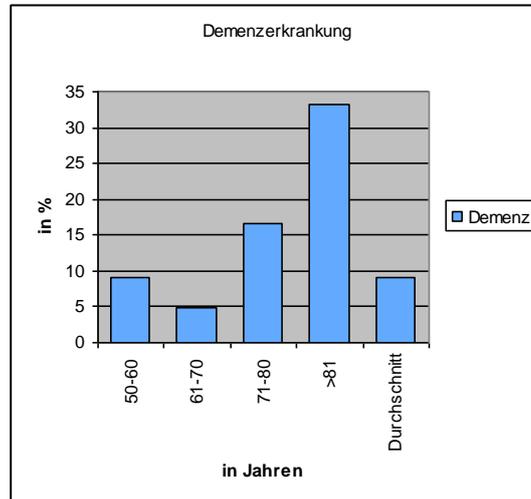
Gefragt wurde nach Seh- und Hörstörungen, Kopfschmerzen, Beschwerden des Bewegungsapparates und Herz-Kreislauf-Systems, Gewichts- und Zahnprobleme. Am Häufigsten wurden von Probanden und Betreuern Seh- und Hörstörungen sowie Gewichtszunahme genannt (siehe Tabellen im Anhang, S. 68).

2.3.3. Psychiatrische Zusatzkrankungen

13 Probanden (das sind 9% aller Probanden) haben eine Demenz (siehe Grafik 5) und 9% eine Depression.

37 Personen hatten andere psychiatrische Zusatzerkrankungen: davon 11% verschiedene Formen von Schizophrenie,(oft im Residualzustand), 6% sonstige verschiedene Formen von Psychosen, je ca. 3% Verhaltensstörungen, Wesensveränderungen und Unruhe-/Erregungszustände.

Grafik 5: Demenzerkrankungen



2.3. Hilfebedürftigkeit

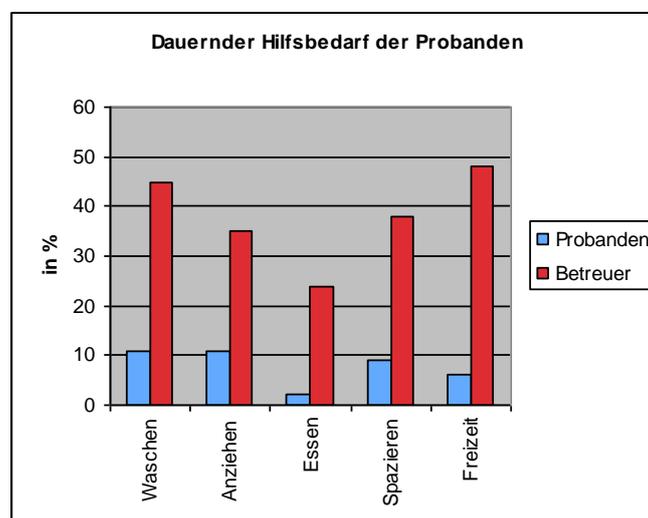
2.3.1. Hilfsbedarf der Probanden

Es wurde nach dem Hilfsbedarf der Probanden bei Waschen, Ankleiden, Essen, Spazieren gehen und Freizeitaktivitäten gefragt.

Dauernder Hilfsbedarf betrug bei den Probanden zwischen 4 und 11%, aus Sicht der Betreuer 24-48%. (siehe Grafik 6)

Zum Teil waren über 90% der Probanden der Meinung, sie würden nie Hilfe benötigen, was nach Einschätzung der Betreuer bei nur max. 45% zutrifft (siehe Tabellen im Anhang, S. 70).

Grafik 6: dauernder Hilfsbedarf der Probanden



2.3.2. Hilfen und Hilfsmittel

Knapp 30% der Probanden benötigten Hilfen in Form von Haltegriffen im WC, rollstuhlgeeigneten Gängen und Türen, über 50% verschiedene Hilfsgeräte, wie Brille (47), Zahnprothese (13), Gehilfe (12), Hörgerät (8) und Rollstuhl (8); bei 24% sonstige Hilfen, wie Kompressionsstrümpfe, Pflege, orthopädische Schuhe, Pflegebetten und Prothesen.

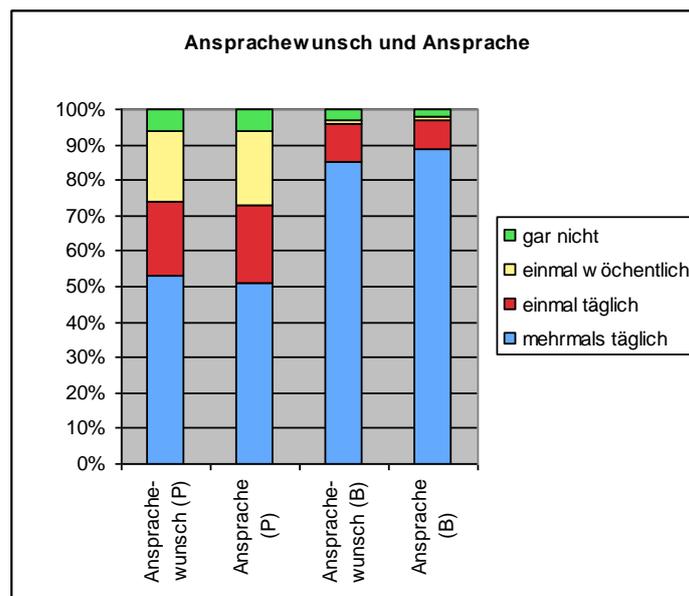
In mehr als 98% waren alle nötigen Hilfsmittel vorhanden.

2.4. Soziale Kontakte

2.4.1. Wunsch nach Ansprache

Über 50% der Probanden (P) wünschten und erhielten mehrmals täglich Ansprache, aus Sicht der Betreuer (B) waren dies über 85% (siehe Grafik 7).

Grafik 7: Ansprachewunsch und Ansprache



2.4.2. Bezugsperson

30% der Probanden gaben ihren Betreuer, 10 % einen Freund, 10% einen Mitbewohner als feste Bezugsperson an. Nach Einschätzung der Betreuer haben über 90% eine feste Bezugsperson.

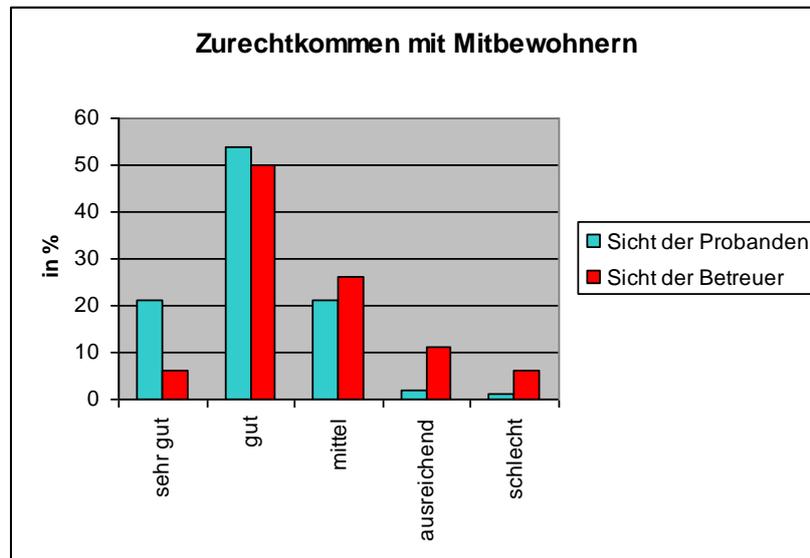
Über 80% der Probanden haben Verwandte, nach Angaben der Betreuer über 90%: Geschwister (70%), Mutter (12%), Vater (3%), weitere Angehörige (26%).

2.4.3. Mitbewohner

Wie kamen die Probanden mit ihren Mitbewohnern zurecht?

Über 70% der Probanden kamen mit ihren Mitbewohnern zum Zeitpunkt der Befragung „gut“ oder „sehr gut“ zurecht (siehe Grafik 8).

Grafik 8: Kontakt mit Mitbewohnern



2.5.4. Wunsch nach sozialen Kontakten

70% der Probanden fühlten sich nie einsam, 20% selten. 65% suchten keine Rückzugsmöglichkeiten, 27% selten.

Mehr Kontakt zu Jüngeren wünschten sich 40% der Probanden, zu Älteren 33%.

Die Betreuer sehen einen Rückzugswunsch in knapp 25%, spürbaren Rückzug aus sozialen Kontakten in ca. 15%.

2.6. Arbeit

2.6.1. Arbeitsverhalten

Von den Probanden arbeiteten 45% noch Vollzeit, knapp 40% arbeiteten gar nicht mehr.

Ungefähr 5,5% arbeiteten jeweils täglich nur ein paar Stunden, 3-4x oder 1-2x wöchentlich. Darunter fallen je nach Interpretation auch verschiedene Arbeiten im Haus und Garten oder der Besuch einer Förderstätte.

Laut Aussagen der Betreuer waren knapp 40% voll berufstätig, beinahe 50% arbeiteten nicht mehr (siehe Grafik 9, S. 18).

*Vergleich der verschiedenen Altersgruppen:

Vollzeit-Arbeit leisteten 63% (bzw. 72% laut Betreuer) der 50-60 Jährigen und 38% der 61-70 Jährigen. In Teilzeit-Arbeit beschäftigt waren 13% (bzw. 31% laut Betreuer) der 50-60 Jährigen und ca. 50% der 61-70 Jährigen.

Nicht mehr arbeiteten 9% (bzw. 16% laut Betreuer) der 50-60 Jährigen und 61% der 60-70 Jährigen (siehe Tabellen im Anhang, S 70).

Auf die Frage, wie schwer ihnen die Arbeit fällt, wählten 33% die Antwort leicht, 62% genau richtig, 5,5% schwer. Die Betreuer beurteilten die Arbeit aber in 10% als schwer.

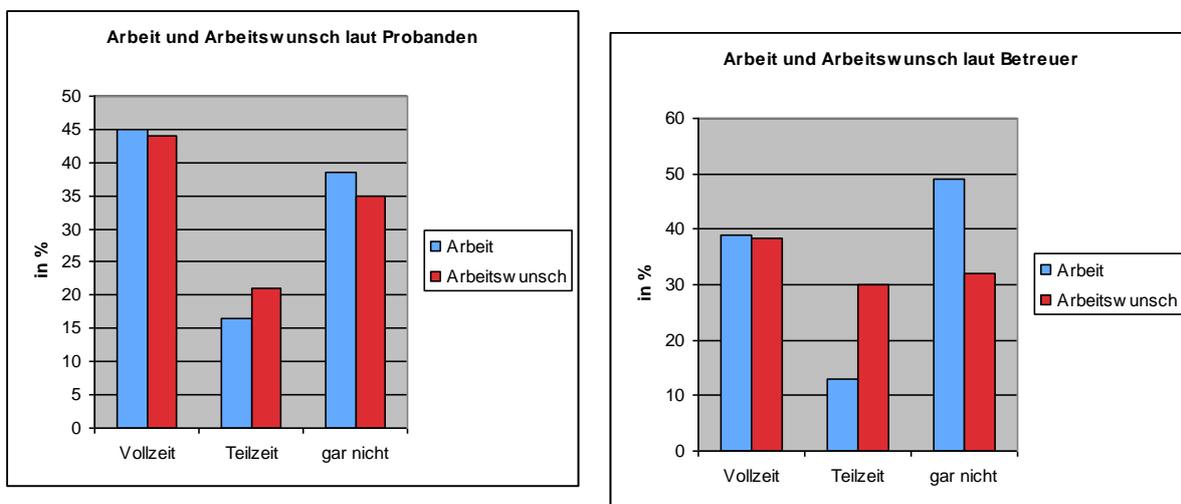
2.6.2. Arbeitswunsch

Über 40% der Probanden wünschten Vollzeit, 21% Teilzeit.

nach Einschätzung der Betreuer weniger als 40% Vollzeit und 30% Teilzeit.

35% der Probanden wollten gar nicht mehr arbeiten (siehe Grafik 9).

Grafik 9: Arbeit und Arbeitswunsch



*Vergleich der verschiedenen Altersgruppen:

Volle Berufstätigkeit wünschten sich 50% (bzw. 74% laut Betreuer) der 50-60 Jährigen und 43% (bzw. 20%) der 61-70 Jährigen.

Teilzeitangebote wünschten sich 56% (bzw. 44% laut Betreuer) der 50 -60 Jährigen und 38% (bzw. 48%) der 61-70 Jährigen.

Nicht mehr arbeiten wollten 8% (bzw. 14% laut Betreuer) der 50-60 Jährigen und 60% (bzw. 59%) der 61-70 Jährigen (siehe Tabellen im Anhang, S. 70).

2.6.3. Übergang in den Ruhestand

84% der Probanden hatten das Gefühl, auf den Ruhestand vorbereitet zu werden; laut Betreuer waren dies 74% mit Maßnahmen wie:

- Seniorengruppe (knapp 40%)
- Hinführung zur neuen Lebensphase (28%)
- Teilzeitarbeit (26%)
- Übergangsgruppe (5%).
- sonstige Maßnahmen zur Hinführung:
 - +Kontakte mit und Besuche auf der Seniorengruppe
 - +gemeinsame Feste
 - +probeweise einzelne Tage mit der Seniorengruppe
 - +Gespräche
 - +Umzug in eine Rentengruppe.

*Vergleich in den verschiedenen Altersgruppen:

Gut auf den Ruhestand vorbereitet fühlten sich 19% der Probanden (bzw. 34% aus Sicht der Betreuer) der 50-60 Jährigen, 62% (bzw. 55%) der 61-70 Jährigen und 19% (bzw. 10%) der 71-80 Jährigen.

Nicht gut auf den Ruhestand vorbereitet fühlten sich 50% (bzw. 63% aus Sicht der Betreuer) der 50-60 Jährigen, 38% (bzw. 29%) der 61-70 Jährigen und 12% (bzw. 4%) der 71-80 Jährigen (siehe Tabellen im Anhang, S. 71)

2.6.4. Seniorengruppe

Über 70% der Probanden waren zum Zeitpunkt der Untersuchung in einer Seniorengruppe.

54% fühlten sich immer wohl, 35% oft, 10% selten.

Aus Sicht der Betreuer fühlten sich 30% immer und 65% meistens wohl.

Für 75% der Probanden war die Teilnahme freiwillig, für 25% Pflicht.

2.6.5. Kontakt zu Arbeitskollegen

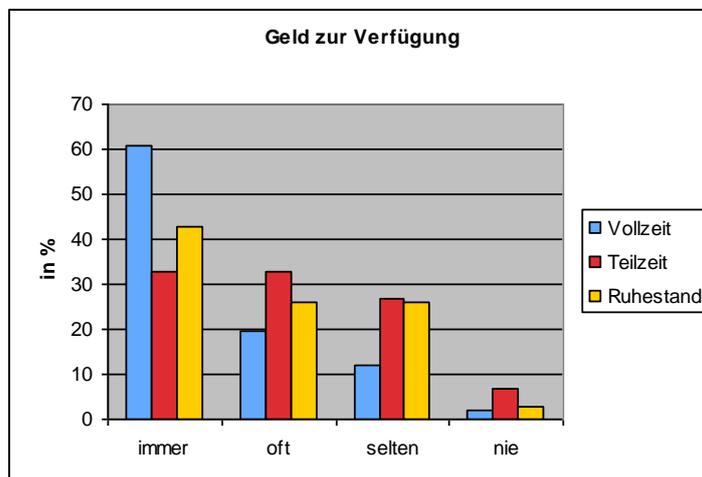
38% hatten häufigen Kontakt zu ehemaligen Arbeitskollegen, 32% selten und 30% nie.

Laut Betreuer waren Kontakte in 65% oft, in 27% selten und in 7,5% nie möglich.

2.7. Finanzielle Situation

47% der Probanden hatten „immer genug Geld zur Verfügung“, 30% oft und 14% selten und 9% nie. Die Betreuer gaben hier 50% für immer, 24% oft, 23% selten und 3% nie an (siehe Grafik 10 und Tabelle im Anhang, S.71).

Grafik 10: Geld zur Verfügung



2.8. Aktivitäten und Hobbies

Probanden und Betreuer wurden befragt über Häufigkeit von Spaziergängen, Ausflügen, sportlichen Betätigungen, Teilnahme an Tanz- und Sing-/Musikgruppen, Malen und anderen künstlerischen Aktivitäten und Gedächtnistraining (genaue Ergebnisse siehe Tabellen im Anhang, S.72).

Eine freie Wahl zu diesen Aktivitäten gaben 94% an.

2.9. Wohnsituation

45% wohnten in einem Einzelzimmer, 55% in einem Zweibettzimmer.

Auf die Frage, wo die Probanden am liebsten wohnen möchten, entschieden sich für:

- * dort bleiben, wo sie auch jetzt leben (über 80%)
- * eine betreute Wohngemeinschaft (knapp 10%)
- * eine eigene Wohnung (unter 10%)
- * ein Altenheim (2%) .

Die Betreuer stimmen mit diesen Angaben weitgehend überein, nur Wohnen in einem Altenheim wurde nicht in Betracht gezogen. Individuelle Wünsche der Probanden aus Sicht der Betreuer beinhalteten:

das Zusammenleben mit der Familie zu Hause (3x) , eine eigene Wohnung mit einem/r Partner(in) (5x), ein anderes, schöneres Heim, z.B. mit jüngeren und weniger Leuten (1x), den Umzug in eine andere (z.B. geschlossene oder ruhigere und kleinere) Wohngruppe je nach Bedarf und psychischer Stimmung (1x)

D Diskussion

1. Zusammenfassung und Vergleich der erhobenen Daten in den verschiedenen Heimen

H1 und H2 weisen mit Abstand die größten Fallzahlen ein auf.

Deshalb (und wegen unterschiedlicher fachlicher Ausrichtungen) werden die Einrichtungen wie folgt zusammengefaßt:

- *Spezielle Langzeiteinrichtungen für geistig behinderte Menschen (H 1 und H 2)
- *Wohnheime bzw. Werkstätte für (meist noch jüngere) behinderte Menschen (H 3 bis H 6)
- *Altenpflegeeinrichtungen (H 7 und H 8)

1.1. Altersstruktur

In H 3-6 leben jüngere Betreute leben als in H 1/2 und H 7/8. Ein höheres Durchschnittsalter der Bewohner weisen H 2 und H 8 auf.

1.2. Grad der Behinderung

Im Durchschnitt haben 80 % der Probanden einen Grad der Behinderung von 100%.

In H 8 ist dieser nur bei der Hälfte der Probanden angegeben.

1.3. Pflegestufen

Vergleich in den Einrichtungen

- *Pflegestufe 0: überwiegend in H 7, große Anzahl in H 1 und H 8 (über 40% bzw. fast 70%)
- *Pflegestufe III : über 50% in H 2
- *keine Pflegestufe: 60% in H 6

Pflegestufe 0 bedeutet jedoch nicht unbedingt, dass geringerer Hilfebedarf besteht. Die Einteilung der Pflegestufen trägt dem Hilfebedarf für geistig Behinderte nicht Rechnung.

Berücksichtigt man die Aussagen des Betreuungspersonals über den Hilfebedarf der Probanden, zeigt sich, dass in H 2 viele Probanden selbständig sind (über 60% benötigten nie Hilfe beim Waschen), während in H 1 ein relativ hoher Hilfebedarf bei einer großen Anzahl der Probanden bestand (über 50% benötigten immer Hilfe beim Waschen) (siehe D 4.2. Nötige Hilfestellungen in den verschiedenen Einrichtungen, S.30). Dies bestätigt, dass ein hoher Anteil der Probanden mit Pflegestufe 0 einen hohen Hilfebedarf haben, der zu einer höheren Gesamtbelastung führen kann, als ein entsprechender Anteil an Fällen mit Pflegestufe III.

Eine Aussage über eine vergleichende Gesamtbelastung in den verschiedenen Einrichtungen ist aufgrund der verschiedenen Einrichtungskonzepte sowie Bewohnerprofile schwer zu treffen.

1.4.Aufenthaltsdauer und Umzug

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist in H 1/2 deutlich länger als in H 3 bis H 8. (siehe Tabelle C 1.1., S. 9). Ein Verbleib in der gleichen Einrichtung ist in H 1/2 und H 7/ 8 üblich, in H 3-6 zwar angestrebt, aber eine Kostenfrage.

Durch einen zwangsweisen Umzug bei Eintreten in den Ruhestand oder wegen erhöhtem Pflegeaufwand, wird dem Betroffenen sein gewohntes Umfeld und damit seine Heimat genommen. Eingewöhnung und Vertrautheit spielen gerade bei älteren Menschen eine wichtige Rolle für die Zufriedenheit, wie unsere Ergebnisse beim Vergleich der Zufriedenheit in den verschiedenen Heimen bestätigen.

Entsprechend war in den Heimen H7/8 eine deutlich geringere Zufriedenheit festzustellen (siehe D 2.1. Gesamtzufriedenheit, S.24).

In H 7 waren 4 Probanden (das sind 25%) im letzten Jahr von einem Umzug betroffen.

1.5.Arbeit, Pensionierung und Freizeitaktivitäten

*Arbeit

Arbeitsangebote zum Übergang in den Ruhestand sind eine Kostenfrage und rechtlich ungeklärt, sodass oft nur persönliche Absprachen und flexible Beschäftigungen gegen Pausenbrot oder Taschengeld möglich sind.

In H 3-6 ist Teilzeit-Arbeit möglich.

In H7/8 ist Arbeit im Konzept nicht vorgesehen.

*Seniorengruppe

Eine Seniorengruppe gibt es in allen Einrichtungen außer:

-in H 3 (bisher keine Notwendigkeit, da alle Betreuten noch berufstätig)

-in H 7/8 (anderes Grundkonzept)

*Aktivitäten

Freizeitaktivitäten umfassen immer auch spezielle Angebote für Senioren (außer in H 3) und integrative Angebote (außer in H 7) und sind in der Regel sowohl hausintern als auch außer Haus organisiert.

Gruppengrößen belaufen sich im Schnitt auf 5-10 Personen, in H 6 2-5 Personen, in H 2 und H 8 öfters 10-15 Personen.

Die Aktivitäten und Gruppen sind in der Regel alle freiwillig (außer teilweise organisationsbedingt in H 2 und H 8).

1.6. Personal, Fortbildungen und Teamsitzungen

Personal: Heilerziehungspfleger und -helfer (v.a. im Werkstattbereich), Heilpädagogen, Erzieher, Altenpfleger, Krankenpfleger und -helfer, , Sozialpädagogen, Psychologen, Therapeuten, Zivildienstleistende und ehrenamtliche Mitarbeiter.

Fortbildungen für das Personal werden in allen Einrichtungen mehrmals jährlich oder bei Bedarf angegeben, meist sowohl hausintern als auch extern. (H 1 nur intern).

Teamsitzungen finden einmal die Woche (H 2, H 5, H 6) oder seltener (H 4 und H 8) oder bei Bedarf (H 1, H 7) statt.

Supervisionen finden überwiegend bei Bedarf statt (in H 7/ 8 gar nicht).

Solche Angebote erscheinen als Unterstützung für das Personal sinnvoll und wichtig (siehe auch Diskussion zu D 14. Finanzierung und Sozialpolitik im Anhang, S. 79).

1.7. Finanzierung

Die Finanzierung erfolgt durch die überörtliche Sozialhilfe nach dem BSHG, in Einzel-Fällen auch privat. Ein kleiner Anteil wird oft zusätzlich durch die Pflegeversicherung gedeckt.

Die Hälfte der Heime erwartet dabei keine Schwierigkeiten bei der Finanzierung (H 1-3 und H 8) während die anderen sich mit zunehmenden Finanzierungsproblemen konfrontiert sehen.

2. Zufriedenheit

2.1. Gesamtzufriedenheit

Die Zufriedenheit der Probanden bei unserer Befragung fiel überwiegend sehr positiv aus.

Im Schnitt waren zum Zeitpunkt der Befragung rund 30% der Probanden sehr zufrieden, 45% meist zufrieden.

Die Zufriedenheit wurde durch die Betreuer kritischer beurteilt, seltener sehr gut und deutlich häufiger ausreichend, aber auch häufiger gut (siehe Grafik 2, S.13).

*In den verschiedenen Altersstufen lassen sich bei Bewertung der Gesamtzufriedenheit keine relevanten aussagekräftigen Unterschiede feststellen.

*Vergleich der Einrichtungen

Es zeigt sich eine geringere Zufriedenheit in H 7/8:

-H 7: keiner sehr zufrieden; die Probanden gaben alle „gut“ an; die Betreuer tendierten zu einer schlechteren Bewertung

-H 8: leider Daten fehlend, die vorhandenen Probandenaussagen sind mit „gut“ und „mittel“ unterdurchschnittlich (siehe Tabellen im Anhang, S. 73).

Wie läßt sich eine geringere Zufriedenheit der Probanden in H7/8 erklären?

*Konzept der Einrichtung

H7 und H8 sind Einrichtungen der Altenpflege.

-Auf spezielle Bedürfnisse geistig Behinderter kann hier nicht im gleichen Maße eingegangen werden (siehe D 15. Schlußfolgerungen, S.47 und E Zusammenfassung, S. 48).

-Es finden z.B. keine speziellen Fortbildungen bzgl. geistiger Behinderung und Supervisionen zur Unterstützung für das Personal statt.

- Es gibt keine integrativen Angebote außerhalb der Einrichtung, in H 7 auch keine kirchliche Anbindung.

*Umzug und Aufenthaltsdauer

In H7 waren im letzten Jahr 25% der Probanden von einem Umzug betroffen.

In H8 ist die Aufenthaltsdauer bei allen Probanden mit 5 Jahren gering, die Probanden sind nicht so gut in dieser Einrichtung eingewöhnt, sie können sich hier vermutlich nicht so zu Hause fühlen.

***Diagnosen**

Auffällig ist die Anzahl der Probanden mit psychiatrischen Zusatzdiagnosen in diesen beiden Einrichtungen. Dies verschlechtert die Zufriedenheit der Probanden (siehe D 3.2. Zufriedenheit bei psychiatrischen Zusatzdiagnosen, S. 28)

***Soziale Kontakte**

In H7/8 ist die Kommunikation mit den Mitbewohnern schlechter (siehe D 5.4. Mitbewohner, S.33).

In H8 bekommen alle Probanden viel weniger Ansprache als sie sich wünschen.

***Arbeit und Rente**

In H7/8 ist die Möglichkeit für Arbeit prinzipiell nicht vorgesehen.

In H8 gibt es keine Seniorengruppe.

***Aktivitäten**

Insbesondere in H7 werden sehr wenig Ausflüge gemacht, nach Einschätzung der Probanden gar keine (siehe D 8.1. Freizeitaktivitäten im Vergleich, S. 39).

2.2. Zufriedenheit im Vergleich zu früher

75% der Probanden waren mit ihrer jetzigen Situation zufrieden. Nur 25% sprachen von einer Verschlechterung, die aus Sicht der Betreuer aber nur bei 15% lag. Als Erklärungen wurden angeführt:

-eine positive Entwicklung durch:

Tagesstrukturierung; altersbedingte größere innere Ruhe, mehr Ausgeglichenheit; weniger Druck; mehr Kontaktfreudigkeit; mehr Zeit und Freude mit Hobbies

-eine negative Entwicklung durch:

körperlichen und/oder geistigen Abbauprozess; Verlust von wichtigem Umfeld; zunehmende Abhängigkeit; zunehmende Passivität.

***Vergleich der verschiedenen Altersstufen:**

-Die 61-65 jährigen Probanden gaben eine weniger positive Bewertung ab als der Durchschnitt.

In dieser Altersstufe findet für viele der Übergang zu einer neuen Lebensphase statt, der erst bewältigt werden muss. Dazu zählen Veränderungen wie das Ausscheiden aus dem Arbeitsleben und eine Verschlechterung der körperlichen Verfassung und Belastbarkeit.

Die geringere Zufriedenheit im Vergleich zu früher zeigt möglicherweise diesen Umbruch, der zunächst mit Unmut und mehr Unzufriedenheit einhergehen kann.

-Die 66-70 jährigen Probanden gaben eine deutlich positivere Bewertung (und niedrigere negative Bewertung) als der Durchschnitt ab.

Dies könnte eine gelungene Bewältigung dieses Übergangs sein. Die Senioren haben sich weitgehend an die neuen Umstände gewöhnt und erleben sie rückblickend als positive Entwicklung.

2.3.Zufriedenheit in verschiedenen Bereichen

Der größte Teil der Probanden schien mit der angebotenen Hilfe sehr zufrieden. Dies dürfte auch für das engagierte Pflegepersonal ein erfreuliches Ergebnis sein (siehe Grafik 3, S.13 und Tabellen im Anhang, S. 66 f)!

Charakteristischerweise war die Beurteilung durch die Betreuer in allen Bereichen kritischer; außerdem ist die Rangfolge verschieden:

*Probanden:

- höhere Zufriedenheit bei Hilfebedarf
- geringere Zufriedenheit mit dem Betreuungspersonal

*Betreuer:

- höhere Zufriedenheit mit dem Betreuungspersonals
- niedrigere Zufriedenheit bei Hilfebedarf

Die Probanden zeigen sich gegenüber dem Betreuungspersonal meist zufrieden und dankbar und würden sich dennoch teilweise schnellere, bessere und vielleicht anders geartete Zuwendung wünschen.

Eine schlechte personelle Situation ist eine wesentliche Ursache für diese Einschätzung der Betreuer.

Bei angeforderter Hilfe mag das Betreuungspersonal öfters den Eindruck von ungeduldigen oder ungehaltenen Probanden haben. Gerade mit der oft zunehmenden Abhängigkeit im Alter und zugleich dem Wunsch nach Autonomie ist dies nur zu gut verständlich.

*Vergleich der verschiedenen Altersgruppen

Relevante Unterschiede fanden sich nur bei der Zufriedenheit in Bezug auf Hilfe:

Die Gruppe der 50-60 Jährigen zeigte sich hier weniger vollkommen zufrieden (8% unter dem Durchschnitt)

Jüngeren Probanden dürfte die noch ungewohnte Abhängigkeit von Hilfestellungen unangenehmer auffallen als älteren Personen.

Ein tendenziell höherer Anspruch der jüngeren Senioren könnte sich hier abzeichnen (siehe D 7. Vergleich jüngerer und älterer Senioren, S. 38).

2.4. Individuelle Wünsche der Probanden

Viele Probanden hatten Schwierigkeiten mit der offenen Frage nach eigenen Wünschen. 13 Probanden formulierten konkret, zufrieden zu sein. 28 äußerten Wünsche, die hier kurz skizziert werden sollen:

- *einen Freund oder eine Freundin haben und evtl. mit ihm/ihr zusammen leben (4x)
- *in einer eigenen Wohnung leben (1x)
- *in ein anderes Heim mit weniger und jüngeren Leuten oder zurück ins alte Heim ziehen (5x)
- * immer hier in der Einrichtung bleiben zu dürfen (2x)
- *mit Angehörigen gemeinsam wohnen (1x)
- *mehr Kontakt zu Angehörigen (3x)
- *häufigere Besuche, Urlaub zu Hause (1x)

Weitere häufig geäußerte und gut nachvollziehbare Wünsche:

- *Gesundheit (2x)
- *ein ruhigeres Arbeitstempo (3x)
- *weniger Lärm, mehr Ruhe (2x)
- *mehr Zeit zum Essen (1x)
- *mehr Zeit für Hobbies, Sport, Ausflüge, öfters Urlaub (5x)

Die Betreuer gaben, wenn auch etwas differenzierter, die gleichen Wünsche wieder, ergänzt durch z.B. Heiraten, eigene Familie haben, generell mehr soziale Kontakte, mehr Ruhe- und Rückzugszeiten, mehr Geld zur freien Verfügung, kein Umzug in eine andere Gruppe auch bei Eintritt in den Ruhestand, mehr Autonomie, ein großes Zimmer, den ganzen Tag im Cafe sitzen und rauchen.

Einen besonderen Stellenwert hat hier der Wunsch, das Personal möge mehr Zeit haben für persönliche Wünsche, insbesondere zur Umsetzung von Hobbies.

Bei der Befragung gaben zwar nur wenige Probanden selbst diesen Wunsch an, aber das Betreuungspersonal kann im täglichen Umgang spüren, dass hier mehr Bedarf besteht und dass so wertvolle Hilfestellung zur Verwirklichung von Wünschen der Bewohner geleistet werden könnte.

3. Gesundheit

3.1. Psychische und körperliche Erkrankungen

Eine Beurteilung der psychischen und körperlichen Befindlichkeiten ergab auch in den verschiedenen Altersstufen keine nennenswerten besonderen Belastungen. Spezifische Veränderungen, die man hier mit dem Alter hätte erwarten können, ließen sich nicht bestätigen.

Die Bewertung der Betreuer war insgesamt viel kritischer. Eindrucksvoll ist die unterschiedliche Einschätzung von Beschwerden durch Probanden und Betreuer: unspezifische Gliederschmerzen, weil sehr unangenehm, wurden z.B. gewichtig eingestuft, wohingegen eine Erkrankung wie Diabetes, z.T. wahrscheinlich den Probanden unbekannt, nicht als solche wahrgenommen wurde.

Der Blutdruck wurde ebenfalls selten als Problem erachtet. Dies mag auch daran liegen, dass viele Probanden zu solchen Werten keinerlei Bezug haben und körperliche Beschwerden nicht unbedingt spürbar sind.

Liest man die Sammlung an typischen Beschwerden und Erkrankungen, gewinnt man den Eindruck, dass die Krankheitspalette der von nicht geistig behinderten Senioren weitgehend ähnelt (siehe auch Gespräch mit einem betreuenden Hausarzt im Anhang, S.74).

3.2. Psychiatrische Zusatzerkrankungen

Erwartungsgemäß stieg mit dem Alter die Anzahl an Demenzerkrankungen (Gipfel in der höchsten Altersstufe mit 34%). Einen ersten, kleineren Gipfel gab es aber auch bei den 56-60 Jährigen. Hier spiegelt sich vermutlich die- vor allem beim Down-Syndrom gehäuft vorkommende -vorgezogene Demenz wieder (siehe Grafik 5, S. 15).

Depressionen stiegen ebenfalls mit dem Alter an, sie gipfeln mit fast 17% bei den 70-75 Jährigen; im noch höheren Alter wurden keine Depressionen mehr angegeben.

Auch bei den anderen psychiatrischen Zusatzerkrankungen stieg die Prävalenz mit dem Alter an, der Gipfel liegt mit über 30% bei den 65-70 Jährigen.

*Zufriedenheit bei psychiatrischen Zusatzerkrankungen:

Von den Probanden mit einer Demenz waren überdurchschnittlich viele „sehr zufrieden“ (über 30%). Bei den Übrigen war die Zufriedenheit eher etwas geringer als beim Durchschnitt.

Bei den Probanden mit einer Depression ist eine deutlich geringere Zufriedenheit zu erwarten: nur etwas mehr als 20% waren „sehr zufrieden“, genauso viele aber „eher nicht zufrieden“.

Die Probanden mit anderen psychiatrischen Zusatzdiagnosen waren mit unter 20% ebenfalls deutlich weniger „sehr zufrieden“.

Die Übrigen zeigten sich ähnlich zufrieden wie der Durchschnitt (siehe Grafik im Anhang, S. 74).

Wie nicht weiter verwunderlich, ist die Zufriedenheit beeinflusst vom psychischen Gesundheitszustand und tendenziell schlechter bei Menschen mit psychiatrischen Zusatzdiagnosen. Dabei fällt das Urteil bei einer depressiven Erkrankung deutlich schlechter aus als bei Schizophrenie, Unruhe-/Erregungszuständen oder Demenz.

3.3.Ärztliche Versorgung

Die Probanden wirkten mit der ärztlichen Versorgung zufrieden und der ärztliche Kontakt schien in allen Einrichtungen in ausreichendem Maße vorhanden.

Insgesamt sahen über 20% wöchentlich einen Arzt, die anderen seltener und 60% nur bei Bedarf.

In H1/2 und H 7/8 kommt der Arzt regelmäßiger ins Haus, was sicherlich auch mit der Größe der Einrichtungen und dem Alter der Bewohner zusammenhängt. Insbesondere die Bewohner in H 2 und H 8 werden jede Woche von einem Arzt besucht und damit sehr engmaschig betreut.

Bei den kleineren Einrichtungen mit größtenteils jüngeren, vielleicht auch selbstständigeren Bewohnern (H 3-6) scheint bisher eine engere ärztliche Anbindung meist nicht nötig.

Nur zum Teil ist auch ein enger Kontakt zu einem Krankenhaus gewährleistet (in H 1, H 3 und H 7/ 8). Die jeweilige Anbindung an nahe liegende Krankenhäuser kann in dieser Arbeit nicht genauer geprüft werden. Eine gute Zusammenarbeit und insbesondere ein umfassender Informationsaustausch sind aber sicher von großer Wichtigkeit. Dies erleichtert und optimiert sowohl den oft erschwerten Umgang mit dem Betreuten im Akut-Krankenhaus, als auch seine Weiterbehandlung im Heim.

4. Hilfebedürftigkeit

4.1. Hilfsbedarf der Probanden

Die Probanden schätzten insgesamt ihren Hilfsbedarf deutlich geringer ein als die Betreuer (siehe dazu Grafik 6, S.15 und Tabellen im Anhang, S.69).

Stark differierend war die Meinung insbesondere in Bezug auf Hilfe bei Freizeitaktivitäten: über 80% der Probanden gaben an, hier nie Hilfe zu benötigen, 6% immer. Die Betreuer schätzten ein, dass lediglich knapp 20% nie Hilfe brauchen, fast 50% aber immer.

Es ist sicher als positives Zeichen für ihre Selbsteinschätzung und ihr Lebensgefühl zu werten, dass die Probanden ihre eigene Hilfebedürftigkeit insgesamt so niedrig einschätzen. Man kann sich aber vorstellen, dass die subjektive Einschätzung der eigenen Fähigkeiten nicht immer der Wirklichkeit entspricht. Gerade einen zunehmenden Hilfsbedarf mag man sich oft lieber nicht eingestehen. Dazu kommen verschiedene Interpretationsmöglichkeiten: ein Bewohner kann sich noch als recht selbstständig erachten, erkennt aber nicht, dass er dauernder Aufsicht bedarf.

Neben einigen Fällen von kompletter Grundpflege gaben die Betreuer als nötige Hilfestellungen an: Begleitung für verschiedene Aktivitäten, wie Behördengänge und Arztbesuche oder Ausflüge, bis hin zur dauernden Hilfestellung, Anleitung und Aufforderung zu allen Tätigkeiten. In manchen Fällen sei auch Aufsicht zur Kontrolle bei Suchtverhalten erforderlich.

Es wird deutlich, dass gerade die nötige Begleitung im Freizeitbereich eine enorme zeitliche Belastung für das Betreuungspersonal darstellt. Man kann sich vorstellen, was es für einen personellen Mehraufwand bedeutet, wenn so viele Bewohner den ganzen Tag Aufsicht und Hilfe benötigen, gerade weil sie nicht mehr im klar strukturierten Arbeitsalltag aufgehoben sind (siehe auch unten D 4.2.).

4.2. Nötige Hilfestellungen in den verschiedenen Einrichtungen

Vergleich der verschiedenen Heime in Bezug auf nötige Hilfestellungen:

*Waschen

-in H 1 und H 7 besonders hoch (über 50%)

-in H 2 besonders niedrig (Mehr als 60% benötigten hier nie Hilfe beim Waschen, nur 20% immer.)

* Freizeitaktivitäten

-H 1 deutlich mehr belastet als der Durchschnitt (knapp 60% benötigen immer, nur knapp 10% nie Hilfe.)

Eine überdurchschnittliche Belastung bezüglich Hilfebedarfs scheint in H 1 und H 7 vorhanden:

-Gerade für die Umsetzung von Freizeitaktivitäten brauchen Bewohner mit Pflegestufe 0 (hoher Anteil in diesen Heimen) oft Hilfe (siehe dazu oben D 4.1. und auch C 1.3.

Pflegestufen, S.21).

-Denkbar ist auch eine besser erhaltene Selbstständigkeit und/oder ein geringeres Maß an Behinderung gerade der älteren Bewohner in H 2.

- Eine starke Belastung des Betreuungspersonals, z.B. bei mangelhafter Personalbesetzung, läßt den Hilfebedarf größer erscheinen.
- Ein höherer Anspruch an die eigenen Leistungen von Seiten des Betreuungspersonals kann ebenfalls zu dieser Einschätzung führen.

5. Soziale Kontakte

Eine soziale Einbindung und gesellschaftliche Anerkennung ist für jede Alterstufe wichtig. Sie trägt maßgeblich zur Erhaltung der psychischen und physischen Gesundheit bei (siehe S. 4, Konzeption zum Leistungstyp I.4.6. „Seniorenbetreuung“ nach § 93 d BSHG, Lebenshilfe Vaihingen-Mühlacker).

5.1. Ansprache(wunsch)

Die meisten Probanden bekamen erfreulicherweise genau so viel Ansprache, wie es für sie richtig ist. (Die Zahlen bei Ansprachewunsch und tatsächlicher Ansprache sind annähernd gleich).

*Interessant ist die unterschiedliche Wahrnehmung von Betreuern und Probanden: eine mehrmals tägliche Ansprache war bei über 50% der Probanden gewünscht und auch umgesetzt, aus Sicht der Betreuer bei über 80%.

Eine Ansprache „einmal die Woche“ oder „gar nicht“ bekamen 26% der Probanden, aus Sicht der Betreuer aber nur 1- 3%.

Nach ihrer eigenen Einschätzung benötigten und bekamen die Probanden deutlich weniger Ansprache als die Betreuer annahmen (siehe Grafik 7, S. 16).

Worin mag diese unterschiedliche Wahrnehmung begründet sein?

Die Betreuer schätzen vielleicht den zeitlichen Anspruch (auch wegen des Zeitdrucks) höher ein als die Probanden erwarten.

*Tendenziell steigt der Ansprachewunsch mit dem Alter an.

5.2. Zufriedenheit mit Ansprache in den verschiedenen Heimen

Tabelle 7: Wunsch nach Ansprache in den verschiedenen Heimen

Heime	H 1	H 2	H 3	H 4	H 5	H 6	H 7	H 8
Ansprache	>	<	=	>	<	=	=	>

Wunsch nach Ansprache: < weniger
 > mehr
 = zufrieden

*Wunsch nach weniger Ansprache:

In H 2 war der Anspruchewunsch insgesamt eher niedriger als beim Durchschnitt. In H 2 und H 5 bekamen die Probanden im Schnitt häufiger Ansprache als gewünscht.

-In diesen Heimen ist genug Zeit für Kontakte zwischen Bewohnern und Pflegepersonal.

-Viele Probanden scheinen so viel Kontakt nicht zu erwarten.

-Möglicherweise wünschen sich einzelne Probanden weniger Nähe und Führung.

-Zudem könnte der Umgang vom Personal mit den Bewohnern deren Einschätzung beeinflussen. Es ist nicht auszuschließen, dass Kontakte oft als nicht so angenehm empfunden werden.

-In H2 herrscht ein überdurchschnittlich guter Kontakt zwischen den Mitbewohnern. Dadurch könnte der Anspruchewunsch bereits zum grösseren Teil abgedeckt werden (siehe auch weiter unten D 5.4. Mitbewohner).

*Wunsch nach mehr Ansprache:

In H 1, H 4 und besonders H 8 wünschten sich einige Probanden mehr Ansprache.

-Der Wunsch nach Ansprache wird hier anscheinend vom Pflegepersonal entweder nicht richtig erkannt oder es ist nicht genügend Kapazität vorhanden.

-Gerade in H 8 sind gehäuft psychiatrische Zusatzerkrankungen bekannt.

Möglicherweise ist die subjektive Einschätzung der Probanden deswegen auffällig anders und der Kontakt zwischen Pflegepersonal und Probanden erschwert.

5.3. Bezugsperson

Bei der Frage nach einer festen Bezugsperson fiel die Einschätzung von Probanden mit knapp 40% und Betreuern mit über 90% sehr unterschiedlich aus. Es ist interessant, wie extrem verschieden hier die Wahrnehmung bzw. Interpretation ist.

Während man auf Seiten der Betreuer annimmt, dass feste Kontaktpersonen auch für Betroffene im Alter besonders wichtig sind, scheinen die Probanden dem deutlich weniger Bedeutung beizumessen.

In den verschiedenen Altersgruppen lassen sich dabei keine aussagekräftigen Unterschiede darstellen.

5.4.Mitbewohner

75% der Probanden haben einen guten Kontakt zu ihren Mitbewohnern. Die Sicht der Betreuer fiel wieder etwas weniger positiv aus (siehe Grafik 8, S. 17).

*Ergebnisse in den verschiedenen Einrichtungen (vom Durchschnitt abweichend):

-H 1/2 :Zurechtkommen mit Mitbewohnern häufiger sehr gut (H 2) und gut (H 1), sowie deutlich weniger schlecht (H 1)

-H 7/8: Zurechtkommen mit Mitbewohnern auffällig häufig nur mittel (H 7), ausreichend (H 8) oder schlecht (H 7)

Die Ergebnisse ähneln denen bei der Frage nach der Gesamtzufriedenheit (siehe D 2.1.Zufriedenheit, S. 23 f). Die gleichen Faktoren (Heimstruktur, psychiatrische Zusatzdiagnosen, etc.) dürften dafür verantwortlich sein:

-In den Altenpflegeeinrichtungen (H 7/ 8) fühlen sich die Probanden vermutlich nicht genauso gut aufgehoben wie in speziellen Behinderten-Einrichtungen, in denen sie sich meist schon lange zu Hause fühlen. Auch an ihre Mitbewohner sind sie dort besser gewöhnt, wenn nicht sogar mit ihnen befreundet.

-Die psychiatrischen Zusatzdiagnosen der Probanden (insbesondere in H 8) könnten sich ebenfalls negativ auf den Kontakt mit den Mitbewohnern auswirken.

*Vergleich in den verschiedenen Altersstufen:

Auffällig ist die überdurchschnittlich hohe Anzahl an Probanden in den beiden höchsten Altersstufen, die „sehr gut“ mit ihren Mitbewohnern kommunizierten.

Unklar ist, ob Probanden mit höherem Alter zufriedener mit ihren Mitbewohnern sind oder nur besser an sie gewöhnt und angepasst.

Die erhöhte Rate an „sehr gut“ in H 2 korreliert mit dem überdurchschnittlich hohem Anteil an älteren Probanden in diesem Heim.

In H 2 war zudem der Ansprachewunsch niedriger als in anderen Einrichtungen, was durch ein sehr gutes Miteinander der Bewohner erklärt werden könnte (siehe D 5.2. Zufriedenheit mit Ansprache in der verschiedenen Heimen, S. 32).

5.5. Vergangheitsbewältigung und Begleitung in Krankheit und Tod

Zur Aufarbeitung der Vergangenheit und bei erschwertem Zugang zu einem Menschen (z.B. durch Demenz) sind Familienkontakte und Biographiearbeit von unschätzbarem Wert (genauere Ausführung siehe Anhang, S. 74 f).

Eine Aufarbeitung von Ereignissen der näherer Vergangenheit kann den Betroffenen auch helfen, sich in ihrer neuen Rolle zurechtzufinden.

Darüber hinaus ist eine einfühlsame Begleitung bei der Bewältigung von Krankheit und Tod wichtig (z.B. gemeinsame Krankenbesuche, Beteiligung an Trauerfeiern, etc.).

Aufgrund der oft verminderten Verständnismöglichkeiten von geistig behinderten Menschen, ist Sterbehilfe hier vielleicht eine besonders große Herausforderung (siehe M. Zabel, 2003).

Gerade bei fehlender Weiterbildung sind Fortbildungen dringend anzuraten.

H1/2 scheinen auf diese Aufgabe bereits gut vorbereitet zu sein.

Weiterbildungsbedarf besteht insbesondere in den Einrichtungen, die bisher nicht vor diese Problematik gestellt wurden (H 3-6).

Im Hinblick auf die zusätzlichen Herausforderungen (bedingt durch geistige Behinderung) sind spezielle Weiterbildungen auch in H 7/8 anzuraten. Fehlende Supervisionsgruppen in H 7/8 lassen zudem eine wertvolle Form der Unterstützung für das Pflegepersonal vermissen.

6. Arbeit

6.1. Arbeit und Arbeitswunsch

*Vergleich der tatsächlichen Arbeit mit dem Arbeitswunsch

- „Vollzeit“ arbeiteten annähernd so viele, wie es sich auch wünschten (knapp 45% aus Probanden- bzw. knapp 40% aus Betreuersicht).

Die Probanden gaben in einem höheren Prozentsatz an, noch in Arbeit zu stehen, obwohl sie nach Aussage der Betreuer schon im Ruhestand waren. Dies erklärt sich dadurch, dass berentete Probanden noch kleinere Tätigkeiten ausführen, denen sie eine größere Bedeutung beimessen.

- Mehr Probanden wünschten sich Teilzeit-Arbeit (ca. 5%) und weniger im Ruhestand zu sein (ca. 5%).

Aus Sicht der Betreuer ist der Wunsch nach Arbeit noch drängender: 15% wollten mehr „Teilzeit“ arbeiten und 20% weniger im Ruhestand sein (siehe Grafik 9, S.18).

Ein größeres Angebot an Teilzeit-Arbeit erscheint sehr wünschenswert.

*Bewertung von Arbeit und Arbeitswunsch in den verschiedenen Altersgruppen

In der jüngsten Altersgruppe (50-60 Jahre) wurde jeweils die Arbeit und der Wunsch nach Arbeit von den Betreuern deutlich (um ca. 25%) höher eingeschätzt als von den Probanden.

Auch der Anteil an Probanden, die nach eigenem Wunsch nicht mehr arbeiten, wurde in dieser Gruppe höher (um ca. 6%) angegeben (siehe Tabellen im Anhang, S. 70).

Abweichend davon ist die Einschätzung beim Wunsch nach Teilzeit-Arbeit: hier gaben im Vergleich zu den Betreuern deutlich (um ca. 10%) mehr Probanden aus der jüngsten Altersgruppe den Wunsch an „ noch ein wenig arbeiten“ zu wollen. Dies macht den Bedarf an mehr Teilzeit-Möglichkeiten auch in jüngerem Alter deutlich, und zeigt, dass die Betreuer in dieser Altersstufe diesem Bedarf noch zu wenig Bedeutung beimessen.

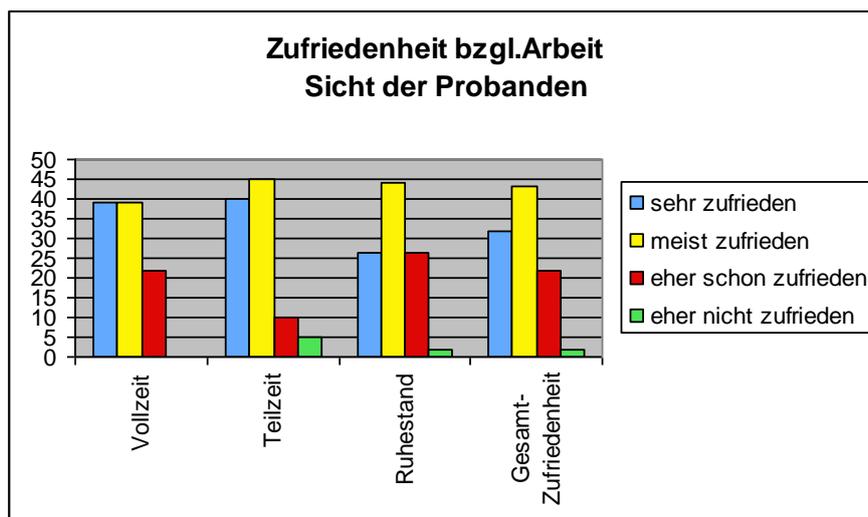
*Bewertung der Arbeitsbelastung

Die meisten Probanden schienen sowohl mit ihrer Arbeitszeit als auch der Arbeitsbelastung zufrieden. Die Betreuer vermuteten aber bei 10 % eine Überforderung, zu deren Reduzierung in Einzelfällen ein Teilzeit-Angebot empfehlenswert wäre.

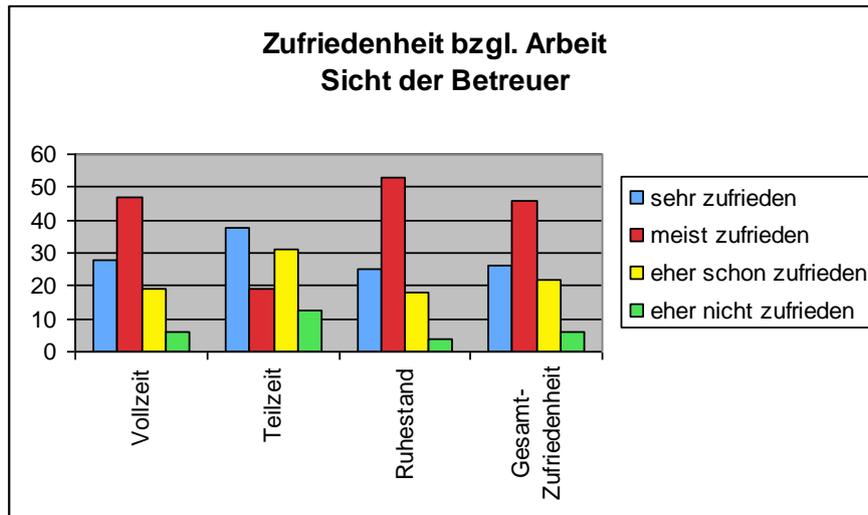
6.2.Zufriedenheit in Bezug zur Arbeit

Die Zufriedenheit der Probanden war bei Vollzeit- oder Teilzeit-Arbeit deutlich besser als im Ruhestand, wie auch im Vergleich zur durchschnittlichen Gesamtzufriedenheit (siehe Grafik 11).

Grafik 11: Zufriedenheit in Bezug zur Arbeit (Sicht der Probanden)



Die Betreuer hingegen vermuteten eher eine verbesserte Zufriedenheit im Ruhestand (siehe Grafik 12). Sie scheinen dadurch eine Entlastung anzunehmen, die die Probanden so nicht erleben (siehe auch Tabellen im Anhang, S. 75).

Grafik 12: Zufriedenheit in Bezug zur Arbeit (Sicht der Betreuer)

*Zufriedenheit in Bezug zur Arbeit in den einzelnen Altersgruppen

-In Vollzeit-Arbeit war die Zufriedenheit bei den 50-60 Jährigen am größten (knapp 70% „sehr zufrieden“). Die Jüngeren kommen besser mit der Arbeit zurecht.

-In Teilzeit-Arbeit war die Zufriedenheit bei den 61-70 Jährigen insgesamt besser, besonders aus Sicht der Betreuer (50% „sehr zufrieden“).

-Im Ruhestand besonders zufrieden waren die 61-70 Jährigen (ca. 50% „sehr zufrieden“), auch aus Sicht der Betreuer (sogar über 60% „sehr zufrieden“). Der Übergang in den neuen Lebensabschnitt scheint in dieser Altersgruppe besonders gelungen. Die Jüngeren reagieren auf die Umstellung zunächst öfters mit Widerstand oder höheren Ansprüchen.

Auffällig ist eine geringere Zufriedenheit der 71-80 Jährigen im Ruhestand (nur ca. 12% „sehr zufrieden“ und 15% „zufrieden“), die von den Betreuern (mit Angabe von über 20% mehr „sehr zufrieden“) so nicht bestätigt wird. Die Älteren bekamen meist noch nicht die heute übliche Unterstützung beim Übergang in den Ruhestand und erleben diesen als größeres Defizit mit – zum Teil nicht hinreichend beachteter - negativer Auswirkung auf ihre Gesamtzufriedenheit (siehe Tabellen im Anhang, S.75 f).

6.3. Treffen von Arbeitskollegen

Ein Kontakt zu (ehemaligen) Arbeitskollegen wird viel seltener genutzt (von knapp 40%) als aus Sicht der Betreuer (in 65%) möglich.

Offensichtlich besteht weniger Bedürfnis nach Kontakten zum früheren Lebensumfeld, als die Betreuer dies annehmen. Nach dem Austritt aus der Arbeitsgemeinschaft bestehen kaum noch Anknüpfungspunkte, Kontakte müssten aktiv gefördert werden.

6.4.Übergang in den Ruhestand

Veränderungen beim Übergang in den Ruhestand fallen geistig behinderten Menschen besonders schwer. Für sie ist die Hinführung zum Abschied vom Arbeitsalltag und eine Unterstützung bei der Gewöhnung an den neuen Lebensabschnitt daher besonders wichtig.

*Vorbereitung auf den Ruhestand

Über 80% unserer Probanden hatten das Gefühl, gut auf den Ruhestand vorbereitet werden (siehe 2.6.3.Übergang in den Ruhestand, S. 19) .

*Teilzeit-Arbeit

Viele Probanden möchten noch arbeiten, um gebraucht zu sein.

Ein größeres Angebot an Teilzeitarbeit erscheint als Übergang in den Ruhestand empfehlenswert (Bedarf für ca.15% der Probanden nicht gedeckt).

Teilzeit-Arbeit wird finanziell nicht unterstützt, deshalb müssen individuelle Absprachen getroffen werden, um diese zu ermöglichen (siehe dazu D 6.1. Arbeit und Arbeitswunsch sowie D 6.2. Zufriedenheit in Bezug zur Arbeit, S. 34 ff und Beschreibungen der Angebote für Menschen > 50 in den einzelnen Heimen im Anhang, S. 50 ff).

*Tagesstrukturierende Maßnahmen

Es sollte gefördert werden, die Bewohner in den Alltag einzubeziehen.

Tagesstrukturierende Maßnahmen vermitteln den Senioren durch einen geordneten Tagesrhythmus ein notwendiges Sicherheitsgefühl (siehe S.100, Bleeksma 1998).

Dies schafft auch Möglichkeiten für soziale Kontakte.

Bei der Planung der Tagesaktivitäten sollte berücksichtigt werden:

- Anpassung der Dauer je nach körperlicher und geistiger Belastungsmöglichkeit
- ausreichende Aktivierung zur Erhaltung vorhandener Fähigkeiten
- auf persönliche Neigungen individuell abgestimmte Aktivitäten

Dies kann die Selbstachtung und dadurch auch die Belastbarkeit jedes Einzelnen stärken.

*Seniorengruppe

Eine Seniorengruppe bietet den idealen Rahmen für Aktivitäten außerhalb des Wohnumfeldes; dabei sollten auch andere Betreuungspersonen eingesetzt werden, um die Grenzziehung zwischen Wohnen und Arbeiten zu erhalten.

*Vergleich der verschiedenen Altersgruppen:

- In der jüngsten Altersgruppe (50-60 Jahre) fühlten sich vergleichsweise weniger Probanden (ca. 20%) auf den Ruhestand vorbereitet, als von den Betreuern (in über 30%) angenommen. (siehe Tabellen im Anhang, S. 71). Eine rechtzeitige und individuell abgestimmte Vorbereitung auf den Ruhestand scheint zum Teil noch nicht umgesetzt.
- Die 61-70 Jährigen fühlten sich (über 55%) gut auf den Ruhestand vorbereitet.
- Bei den höchsten Altersgruppen gaben nur wenige (ca. 20%) eine Vorbereitung auf den Ruhestand an; die Probanden stellten hier einen Mangel aber deutlich seltener als die Betreuer fest (um 10%), da viele Betroffenen (gerade in den höheren Altersgruppen) gar keine Möglichkeiten für ein anderes Procedere kennen.
- Bei den 71-80 Jährigen lässt sich eine auffällig geringere Zufriedenheit durch mangelnde Vorbereitung auf den Ruhestand erklären. Sie können generationsbedingt schlechter einen neuen Lebenssinn ohne Arbeit finden (siehe auch D 6.2. Zufriedenheit in Bezug zur Arbeit, S. 34).

6.5. Zufriedenheit in Seniorengruppe

Eine Seniorengruppe ist empfehlenswert, da über 85% der Probanden sich hier wohlfühlen. Den Probanden stehen keine Alternativen zur Verfügung, die Betreuer indes kommen zu einem etwas weniger positiven Ergebnis durch ein kritischeres Gesamturteil (ca. 25% weniger fühlen sich laut ihrer Aussage in der Gruppe „immer“ wohl).

7. Vergleich älterer und jüngerer Senioren

Im Verlauf der Untersuchung ergab sich, dass eine Unterscheidung zwischen älteren und jüngeren geistig behinderten Senioren sinnvoll ist. Sie sind durch einen unterschiedlichen Lebensverlauf geprägt:

*Die ältere Generation wuchs zumeist noch ohne Schulbildung auf, erfuhr auch im Verlauf des Lebens wenig Förderung individueller Neigungen; die Arbeit wird von diesen Menschen oft als einzig sinnstiftender Aspekt im Leben betrachtet. Sie können sich im Ruhestand kaum Alternativen zu ihrer Arbeit vorstellen. Es ist auch deutlich schwieriger, in fortgeschrittenem Alter neue Beschäftigungen zu entdecken und zu erlernen.

*Die Jüngeren haben im Zuge der zunehmenden Entwicklung der Behindertenpädagogik sehr viel mehr individuelle Förderung erfahren und sind auch im Alter darauf eingestellt, sich persönlichen Neigungen und Hobbies widmen zu können, verstärkt dann auch im Ruhestand.

Damit entwickeln sie höhere Ansprüche und es zeichnet sich prinzipiell eine vergleichbare Entwicklung wie in der Gesamtbevölkerung ab.

Eine auffällig geringere Zufriedenheit insbesondere der jüngsten Altersgruppe ist Hinweis für eine höhere Anspruchshaltung. (siehe Ergebnisse D 2.2.Zufriedenheit im Vergleich zu früher, S.25 und D 2.3.Zufriedenheit in verschiedenen Bereichen, speziell bei „Hilfe, wenn benötigt“, S.26).

8. Aktivitäten und Hobbies

In allen Einrichtungen sind Freizeitangebote größtenteils auf die Bedürfnisse von Senioren abgestimmt. Die Probanden waren mit ihren Freizeitaktivitäten meist zufrieden, 25% würden sich aber mehr Aktivitäten wünschen.

8.1. Freizeitaktivitäten im Vergleich

(Genaue Daten im Überblick siehe Tabellen im Anhang, S.71 f)

*Ausflüge:

-In H 1/2 finden überdurchschnittlich viele Ausflüge statt (25% wöchentlich, über 50% 1-2x im Monat). In H 2 wöchentlich knapp 20% laut Probanden, aber über 80% laut Betreuer.

-In H 7 werden deutlich weniger Ausflüge gemacht (1-2x im Jahr (70% laut Betreuer) bzw. gar nicht (100% laut Probanden).

In H 2 und H 7 erleben die Probanden viel seltener Ausflüge als die Betreuer es angeben, in H 1 verhält es sich dagegen umgekehrt.

Stellt man sich die Frage, woher diese Unterschiede rühren, so sollte berücksichtigt werden, dass zum einen die Probanden manche Aktivitäten vielleicht nicht als Ausflüge werten, die von den Betreuern aber so bezeichnet werden. Zusätzlich wäre vorstellbar, dass einige Probanden sich im Moment der Befragung an gewisse Ausflüge gar nicht erinnert haben. In H 1 lässt sich mutmaßen, dass viele Probanden genügend selbständig sind, um auch allein kleine Unternehmungen zu machen, die dann nur sie als Ausflüge werten.

*Urlaub einmal im Jahr gaben 28 von 143 Personen an, das sind rund 20%. Die meisten erzählten ganz begeistert davon. Urlaubsfahrten sind im Normalfall nur möglich, wenn sie vom Heim aus angeboten werden. Neben der personellen und finanziellen Situation werden Möglichkeiten auch durch Gesundheitszustand und Selbstständigkeit der Senioren begrenzt.

*Sport:

Bei der Frage nach sportlichen Aktivitäten überschätzen sich offensichtlich die Probanden, nach ihrer Darstellung treiben sie engagiert und regelmäßig verschiedene Sportarten (6%

täglich, 45% wöchentlich, aus Sicht der Betreuer 0% täglich, 30% wöchentlich, 6% monatlich). Die Rate derer, die keinen Sport treiben, ist sehr hoch (36% laut Probanden bzw. über 60% laut Betreuer).

*Malen oder andere künstlerische Aktivitäten:

Ähnlich wie beim Sport schätzen die Probanden ihre kreativen Aktivitäten viel größer ein (je ein Drittel täglich bzw. 1-2x die Woche (laut Betreuer unter 30% täglich, ca. 15% wöchentlich bzw. monatlich).

*Gedächtnistraining:

Regelmäßiges Gedächtnistraining wird insgesamt selten praktiziert, täglich nur von 10% (bzw. 30% laut Betreuer). Es scheint nachvollziehbar, dass die Beurteilung der Probanden hier oft anders ausfällt als die der Betreuer: z.B. kann man Kreuzworträtsel oder das Üben alltäglicher Fähigkeiten auch als Gedächtnistraining werten. Die Interpretationsmöglichkeiten sind hier vielfältig.

Mehr Anregungen und Unterstützung für leichte sportliche Aktivitäten und tägliches Gedächtnistraining wären wünschenswert, um körperlichen und geistigen Abbau vorzubeugen.

In vielen Fällen ist bewundernswertes persönliches Engagement des Betreuungspersonals zu erkennen, doch lassen die finanzielle und personelle Situation in den jeweiligen Einrichtungen meist keine Umsetzung weiterer Aktivitäten zu.

*In den verschiedenen Altersstufen lassen sich keine relevanten Unterschiede bezüglich der Wahl ihrer Freizeitaktivitäten feststellen.

8.2. Beurteilung der Aktivitäten zur Selbstverwirklichung

Der größte Teil unserer Probanden scheint mit der Gestaltung der Freizeit zufrieden. Meist wird offensichtlich ein gutes Maß gefunden zwischen genügend Angeboten und ausreichend Ruhemöglichkeit, zwischen Anregungen zur Beschäftigung und freier Wahl zur Umsetzung eigener Bedürfnisse.

15% der Probanden wünschten sich mehr Entspannungsmöglichkeiten.

Gut 20 % der Betreuten würden sich generell mehr Aktivitäten wünschen (ohne wesentlichen Unterschied zwischen Berufstätigen und Rentnern).

Mehr Selbstverwirklichung wünschten sich 15% der Probanden (, von denen 70% Vollzeit arbeiten, 10% Teilzeit und 20% gar nicht mehr).

Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass im Ruhestand eine Selbstverwirklichung der Probanden durch mehr Gelegenheit für Freizeitaktivitäten besser unterstützt wird.

8.3. Hobbies

Eine Beschreibung von Hobbies, Wünschen und Bedürfnissen findet sich im Anhang (S. 77). Insgesamt interessieren sich die meisten Probanden auch im Seniorenalter für vielfältige Aktivitäten. Es ist sicher viel Unterstützung nötig und wünschenswert, damit die Senioren aktiv bleiben und ein möglichst großes Maß an Selbstverwirklichung und Zufriedenheit erlangen können.

9. Finanzielle Situation

75% der Probanden hatten zum Zeitpunkt der Untersuchung meistens genug Geld zur Verfügung, die Betreuer schätzten die finanzielle Situation schlechter ein (siehe Tabelle im Anhang, S. 72).

*Geld zur Verfügung bezüglich Arbeit

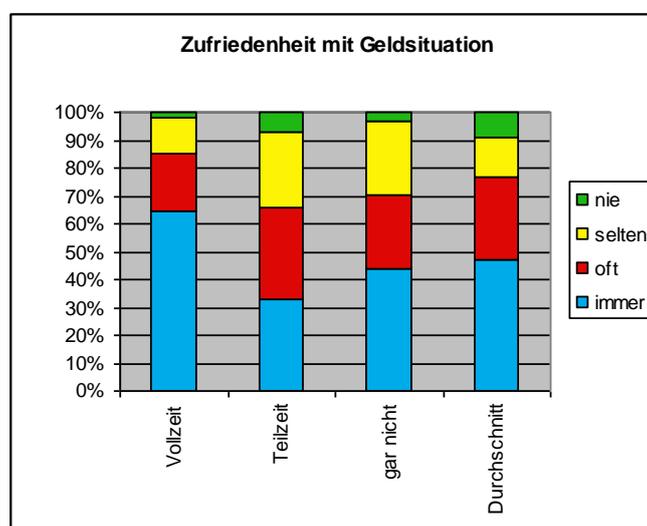
Die noch arbeitenden Probanden gaben an, „immer genügend Geld zur Verfügung“ zu haben (60%), sie stehen damit besser da als die Probanden im Ruhestand (40%) und der Gesamtdurchschnitt (45%) (siehe Tabelle im Anhang, S.78).

Die Geldsituation verschlechtert sich also mit Eintritt in den Ruhestand.

Ein Blick auf die finanzielle Situation bei Teilzeitarbeit zeigt:

Insgesamt scheint hier die Zufriedenheit mit der Geldsituation am schlechtesten (siehe Grafik 13).

Grafik 13: Zufriedenheit mit Geldsituation bzgl. Arbeit



Die Ursachen für eine verschlechterte Geldsituation nach Ausscheiden aus dem Werkstattbereich liegen auf der Hand:

nach dem „Riesterrentenmodell“ wird das Arbeitsgeld durch ein lediglich kleines Taschengeld ersetzt; gleichzeitig haben die Betroffenen plötzlich viel mehr freie Zeit für Aktivitäten und damit vermehrte Geldausgaben. Betreuer berichteten, dass die eigene finanzielle Lage intellektuell oft schwer zu vermitteln wäre.

Derzeitig praktizierte Teilzeit-Modelle scheinen für die finanzielle Situation der Probanden nicht von Vorteil zu sein. Höhere Erwartungen führen dann zu einer schlechteren Beurteilung.

10. Wohnsituation

Auf die Frage, wo sie am liebsten wohnen möchten, wählten rund 80% ihren jetzigen Wohnort. Andere Wünsche zeigten die Tendenz zu kleineren, selbstständigeren Wohnformen.

Die meisten Probanden scheinen insgesamt mit ihrer Wohnsituation recht zufrieden. Die einen betrachten dabei ihr Zimmer als ihr eigenes kleines Reich, die anderen nehmen das Zimmer als gegeben hin; mögliche Zimmernachbarn wurden selten und eigentlich nie negativ erwähnt.

Dabei können nach Aussage der Betreuer fast alle Einfluss auf die Inneneinrichtung nehmen (97%).

Der große Prozentsatz an Probanden, die gerne bleiben möchten, wo sie sind, spricht für eine hohe Akzeptanz des Lebensumfeldes. Es ist aber auch denkbar, dass die Idee einer Veränderung der Wohnsituation für viele ängstigend oder kaum vorstellbar ist und schon deswegen von den meisten lieber nicht in Betracht gezogen wird.

Seit Jahren wird von Interessensverbänden eine Veränderung der Wohnsituation für geistig behinderte Menschen gefordert (siehe z.B. Bundesvereinigung Lebenshilfe, Krähling, Klaus 2001). Je nach Umständen und Möglichkeiten ist hier schon viel erreicht worden: die Tendenz geht hin zu kleineren, selbständigen Wohnformen, betreutem Wohnen oder offenen Wohnformen. Dies fördert durch höhere Eigenaktivität und intensivere soziale Kontakte meist auch die Zufriedenheit und Gesundheit (s.S. 22, G.Theunissen/A.Lingg 1999). Sicherlich sind weitere Bemühungen in diese Richtung sinnvoll, wie auch die Wünsche unserer Probanden (mit knapp 20%) zeigen (siehe dazu C 2.9.Wohnsituation, S. 20).

In diesem Sinne werden beispielsweise in H 2 weitere kleine Wohneinheiten geplant. Dies soll den Betreuten das Gefühl geben, in kleinen Wohngemeinschaften zu leben mit gesicherter Unterstützung und Betreuung durch das Heim.

Mit zunehmendem Pflegebedarf wird die Umsetzung solcher Konzepte schwieriger.

11. Persönliche Verbesserungsvorschläge der Betreuer

Zuletzt fragten wir die Betreuer, was sie persönlich zur Verbesserung der Situation von geistig behinderten Senioren als wünschenswert erachtet würden.

*Besonders häufig waren die Wünsche:

- Umsetzung einer individuellen und bedürfnisorientierten Betreuung
- bessere Unterstützung von Freizeitaktivitäten und Ermöglichung von Ausflügen/Urlauben

Dazu wären vor allem nötig:

- mehr Personal und mehr Zeit
- bessere finanziellen Möglichkeiten (finanzielle Hilfe vom Bezirk)

*Weitere Anregungen und Wünsche:

- kleinere (Wohn-)gruppen, um einen möglichst familiären Charakter zu schaffen
- ein schleichender, rechtzeitiger Übergang in die Rente mit z.B. Teilzeit
- gesicherter Verbleib in gewohnter Umgebung nach Eintritt in den Ruhestand
- genügend Freiräume und Rückzugsmöglichkeiten neben altersgemäßen Angeboten
- eigene Seniorengruppen
- eigene Räumlichkeiten mit entsprechender Ausstattung für die Seniorengruppe
- mehr Taschengeld (bzw. Rente) für die Probanden
- eine rechtzeitige Umstrukturierung der Einrichtungen, angepasst an die veränderten Bedingungen im Alter (z.B. mehr Pflege und Bereitstellung von Fachkräften)
- Fortbildungen (insbesondere für Pflege)

Bei drohender Verschlechterung der Bedingungen (finanziell und damit auch personell) könne man nur hoffen, den Pflegestandard wenigstens erhalten zu können.

*Weitere Wünsche, die eine lobenswerte, vom Ideal moderner Behindertenpädagogik geprägte Einstellung erkennen lassen:

- Integration in die Gesellschaft mit mehr Verständnis für einander, dazu auch Freizeitaktivitäten außerhalb der Einrichtung
- mehr Verständnis und Akzeptanz gegenüber dem Bewohner, sowie weniger Erziehungsmaßnahmen (dabei möglichst Autonomie und Individualität wahren)

*Im täglichen Kampf zwischen Ideal und Wirklichkeit könnte folgender Wunsch auch ein inspirierender Leitspruch sein:

Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung sollen auch bei Menschen mit geistiger Behinderung in höherem Alter erhalten und gefördert werden. Dazu müssen möglichst die körperlichen und geistigen Fähigkeiten durch spezielle Förderung, Zuwendung und Pflege erhalten und darüber hinaus der Mensch mit seiner ganz persönlichen Lebensgeschichte und seinem Charakter anerkannt und geachtet werden.

12. Kurzer Überblick über die Ergebnisse zur Situation geistig behinderter Menschen im Seniorenalter

*Die subjektive Zufriedenheit war zum Untersuchungszeitpunkt bei einem Großteil der Probanden erfreulicherweise sehr hoch. Über 30% der Probanden gaben sehr gut und über 40% gut an.

*Mit zunehmendem Alter werden immer mehr Hilfestellungen erforderlich. Nicht ganz 80% der Probanden zeigten sich sehr zufrieden mit der angebotenen oder angeforderten Hilfe durch das Betreuungspersonal, fast alle übrigen zufrieden.

*An gesundheitlichen besonderen Belastungen traten mit zunehmendem Alter verstärkt psychiatrische Zusatzerkrankungen, insbesondere Demenz, auf. Diese beeinflussen negativ die Zufriedenheit der Probanden.

*Soziale Kontakte schienen aus Sicht der Probanden genügend vorhanden. Sie erhielten meist so viel Ansprache, wie sie es sich wünschten. Ungefähr ein Drittel der Probanden würde sich entweder noch mehr Kontakt zu Jüngeren oder Älteren oder mehr Rückzug wünschen. In ca. 15% konnte ein sozialer Rückzug festgestellt werden.

Ein Kontakt zu (ehemaligen) Arbeitskollegen wurde viel seltener genutzt als möglich und erschien den Betroffenen auch gar nicht so wichtig.

Der Kontakt zu den Mitbewohnern war in über 50% gut, in knapp 25% sogar sehr gut.

*Vollzeit arbeiteten zum Zeitpunkt der Befragung noch 45% der Probanden, knapp 50% arbeiteten nicht mehr. Von ca. 10% wurde der Wunsch geäußert, noch weiter zu arbeiten. Hierfür wäre ein größeres Angebot an Teilzeitarbeit empfehlenswert.

*Der überwiegende Anteil aller Befragten hatte das Gefühl, auf den Ruhestand vorbereitet zu werden. 75% nahmen an einer Seniorengruppe teil, in der sie sich weitgehend alle wohlfühlten.

*Mit den Freizeitangeboten war der größte Teil der Probanden zufrieden, wenngleich 25% sich noch mehr Aktivitäten wünschen würden. Insbesondere die jüngeren Probanden zeigten sich sehr interessiert und aktiv.

*50% der Probanden waren mit ihrer finanziellen Situation immer zufrieden, eine spürbare Verschlechterung zeigte sich mit Eintritt in den Ruhestand.

*80% der Probanden wollten am liebsten dort bleiben, wo sie wohnten. Die Übrigen tendierten zu individuelleren und kleineren Wohnformen.

13. Vor- und Nachteile der verschiedenen Einrichtungskonzepte

*Einrichtungen speziell für geistig Behinderte

(hauptsächlich finanziert über die Eingliederungshilfe nach dem BSHG durch die Bezirke)

Vorteile:

- Kontinuität der Betreuung bis zum Lebensende, lange Aufenthaltsdauer und Verbleib im vertrauten Umfeld sind wichtig für die Zufriedenheit und vereinfachen den Umgang mit geistig behinderten Menschen.

- spezielle Ausbildung und Erfahrung des Betreuungspersonals ermöglichen das nötige Verständnis im Umgang mit den Betroffenen und lassen sie besser auf spezifische Bedürfnisse eingehen.

-durch spezielle Förderung werden vorhandene Fähigkeiten und damit eine größere Selbständigkeit erhalten und ein geistiger und körperlicher Abbau verzögert.

Nachteile:

-Um die betroffenen Menschen auch mit zunehmendem Alter gut versorgen zu können, sind zum Teil noch personelle und strukturelle Umstellungen (insbesondere in H 3-6), sowie spezielle Weiterbildungen zu fordern.

-Zur Deckung erhöhter Kosten (für spezielle Pflegeanschaffungen sowie Personal, etc.) wäre dringend die finanzielle Unterstützung zusätzlich durch die Pflegeversicherung erforderlich.

Fast alle alt gewordenen Behinderten, die eine WfB besucht haben, sind pflegeversichert.

Daher ist es aus Sicht der Bundesvereinigung Lebenshilfe, eine der wichtigsten

Organisationen für die Belange geistig Behinderter, siehe.S.74,75; Schmeller 1997) Aufgabe der Einrichtungen, für diese auch die vollen Leistungen der Pflegekassen zu erschließen.

(Weitere Diskussion hierzu siehe Anhang, S.79f)

*Altenpflegeeinrichtungen

(hauptsächlich finanziert über die staatliche Pflegeversicherung nach SGB IX)

Vorteile:

- Die Strukturen zur Versorgung älterer, pflegebedürftiger Menschen sind bereits vorhanden; entsprechend werden weniger finanzielle Probleme erwartet.
- Die Versorgung über „aktivierende Pflege“ erscheint auf den ersten Blick auch für geistig Behinderte sinnvoll. Spezielle Pflegeeinrichtungen für geistig Behinderte im Alter sind dazu (aus Sicht des Bezirkes Oberbayern) unumgänglich.
- Eingliederungshilfe-Leistungen nach §40 Abs.1 Nr.8 könnten unter Umständen ergänzend gezahlt werden (siehe auch Erklärung einer Bezirkssprecherin im Anhang, S.79).

Nachteile:

- Eine spätere Integration von geistig Behinderten in eine Altenpflegeeinrichtung (nach einem bisherigen Leben in einer Sondereinrichtung) ist zwiespältig zu beurteilen. Bei ihnen ist die Anpassungsfähigkeit stark eingeschränkt. Sie sind besonders auf einen gewohnten Alltag und eine vertraute Umgebung angewiesen.
- Die individuellen Bedürfnisse geistig behinderter Menschen „können nach heutiger Sachlage von Betreuern im Pflegeheim aus Gründen der Ausbildung und der Arbeitsbelastung nicht zusätzlich abgedeckt werden“ (S. 6, Tagbetreuung älter werdender und alter Menschen mit Behinderungen, Konzeption und Erfahrungen, Lebenshilfe Pforzheim, 1999)
- Außerdem erscheint die Akzeptanz von behinderten und nichtbehinderten Senioren in einem Haus fraglich.

14. Finanzierung und Sozialpolitik

Die idealistische Einstellung zur Verbesserung der Situation geistig behinderter Senioren wird von einer ernüchternden, finanziellen Realität stark eingeschränkt!

Seit Jahren fordern insbesondere Interessensvereine dringend Änderungen zum Wohle der zunehmend älter werdenden geistig behinderten Menschen. Gleichwohl die Regierung auf Bezirks- und Landesebene Interesse bekundet und einen „Runden Tisch“ eingerichtet hat, gab es hier in den letzten Jahren wenig Fortschritte.

Beispielsweise wurde der ohnehin knapp bemessene Personalschlüssel für tagesstrukturierende Hilfen bei Menschen mit Behinderungen im Alter von ursprünglich 1:8 auf 1:12 bis 1:14 verschlechtert (Diakonisches Werk Bayern, VbB 1997) (siehe auch Beschreibung der Situation in H 2 im Anhang, S. 52).

*Diskussion der Finanzierung

Heftig diskutiert wird im Zusammenhang mit der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung bei zunehmendem altersbedingtem Pflegebedarf die Zuständigkeit der Eingliederungshilfe (nach dem BSHG), hier vertreten durch der Bezirk Oberbayern, bzw. der staatlichen Pflegeversicherung (nach dem SGB IX) (siehe Diskussion im Anhang).

*Finanzierungsvorschläge

Unter Berücksichtigung der finanziellen Möglichkeiten wird es bei der Planung künftiger Versorgungsstrukturen vor allen Dingen wichtig sein „Vorhandenes [...] wo immer möglich zu nutzen oder mit geringen Mitteln auszubauen. Dies hat Vorrang vor Neukonzeption.“

(Sicht des Landeswohlfahrtsverbandes Würtemberg-Hohenzollern, S.79, VbB 1997)

-Insbesondere Langzeiteinrichtungen können zum Teil durch Umschichtung ihrer Kapazitäten sowie evtl. Fortbildung ihrer Mitarbeiter bereits jetzt unterschiedlichem Versorgungsbedarf gerecht werden. Die Versorgung und damit die Zufriedenheit der Betroffenen ist optimiert und sollte lückenlos weitergeführt werden können.

-Für rüstige Rentner stellen Seniorenguppen im Rahmen der WfB eine elegante Lösung dar. Zusätzlich lässt sich hier die Vernetzung mit örtlichen Angeboten der Altenhilfe am besten erproben. Eine Nutzung der vorhandenen „Infrastruktur der Altenhilfe“

(Landeswohlfahrtsverband Würtemberg-Hohenzollern, S. 80, VbB 1997) wäre sinnvoll und wünschenswert, um soziale Kontakte und damit die Integration zu fördern, wie z.B. mit ambulanten Pflegediensten, Altenheimen, Tagespflegestätten, Seniorenclubs und Pflegeheimen.

-Eine sinnvolle Ergänzung durch zuständige Hilfsstrukturen (Eingliederungshilfe, Pflegeversicherung, Krankenversicherung, ambulante Dienste) sollte genutzt werden.

15. Schussfolgerungen

Die Untersuchung zeigt, dass die Zufriedenheit geistig behinderter Menschen bezüglich ihrer spezifischen Bedürfnisse im höheren Lebensalter in speziellen Einrichtungen für geistig Behinderte grösser ist als in anderen Einrichtungen (WfB, kleinere Wohnheime und insbesondere Altenpflegeheime).

Die Gründe dafür liegen nach unserer Untersuchung in

*einem gewohnten Lebensumfeld und besserer Integration

*einer besseren Versorgung auch unter Berücksichtigung eines erhöhten pflegerischen Bedarfs

*einer individuelleren Förderung der Menschen mit geistiger Behinderung und damit erhöhten Lebensqualität

Wünschenswert aus Sicht der Betroffenen und ihrer Betreuer wäre

*ein größeres Angebot an Freizeitaktivitäten und besonders Unterstützung bei Aktivitäten zur Förderung und Erhaltung vorhandener Fähigkeiten

*mehr Zuwendung und Ansprache bei erhöhtem Pflegebedarf

Dazu werden dringend mehr Pflegepersonal und finanzielle Mittel benötigt.

Insbesondere kleinere Einrichtungen der Behindertenhilfe (WfB, Wohnheime) sind auf die Bedürfnisse älterer geistig Behinderter („Rentenalter“) nicht ausgerichtet. Hier bedarf es größerer Umstrukturierungen, mit deren Planung – bei derzeit noch überwiegend jüngeren Bewohnern – zum Teil erst begonnen wird.

Einrichtungen der Altenpflege scheinen eine spezielle Anpassung an Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung derzeit nicht vorzunehmen.

Im Zusammenhang mit der Finanzierungsfrage altersentsprechender Versorgungsstrukturen für Menschen mit geistiger Behinderung, wird die Zuständigkeit der Eingliederungshilfe (zur adäquaten Versorgung geistig Behinderter) bzw. der Pflegeversicherung (bei zunehmendem altersbedingtem Pflegebedarf) immer wieder heftig debatiert. Zukunftsweisend wäre eine Kombination aller vorhandenen Hilfe- und Finanzierungsstrukturen (siehe Finanzierungsvorschläge in D 14. Finanzierung und Sozialpolitik, S.47).

Durch die begrenzten finanziellen und dadurch personellen Möglichkeiten werden die entsprechenden Einrichtungen auch in Zukunft vor eine große Herausforderung gestellt. Für die Umsetzung neuer Konzepte muß neben großem persönlichen Engagement der Pflegekräfte auch die erforderliche finanzielle Ausstattung durch die Sozialpolitik gesichert werden.

E Zusammenfassung

Bei unserer Analyse der Situation geistig behinderter Menschen im höheren Lebensalter in den Landkreisen Erding und Freising zeigte sich:

1. Mehr als 70% der Probanden sind mit ihrer Situation zufrieden. Das spricht für eine hohe Versorgungsqualität der untersuchten Einrichtungen.

2. Die grösste Zufriedenheit besteht bei den Menschen mit geistiger Behinderung, die langfristig in speziellen Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung untergebracht sind.
3. Kleinere Wohnheime und WfB`s sind auf den Bedarf älterer geistig Behinderter strukturell und personell noch nicht ausreichend eingerichtet.
4. Altenpflegeeinrichtungen scheinen den spezifischen Bedürfnissen geistig behinderter Menschen nicht in ausreichendem Maße Rechnung tragen zu können.
5. Im höheren Lebensalter sollten Menschen mit geistiger Behinderung in ihrem gewohnten Umfeld bleiben können und nicht in ihnen fremde Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe umziehen müssen.
6. Es fehlt an Teilzeit- und Übergangsmöglichkeiten aus vollzeitiger Beschäftigung in reduzierte Tätigkeiten und das Rentenalter.
7. Spezielle Seniorengruppen und Aktivitätsangebote für Senioren fördern die Zufriedenheit auch geistig behinderter Menschen im höheren Lebensalter. Sie sollten in den entsprechenden Einrichtungen vorgehalten werden.
8. Dem steigenden Anteil von Menschen mit dementiellen Syndromen muss auch bei der Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung durch spezielle Therapie-, Wohn-, und Betreuungsangebote Rechnung getragen werden.
9. Eine Zusammenlegung von Behinderten- und Altenpflege (die unter finanziellem Aspekt diskutiert wird) trägt nach unserer Untersuchung den spezifischen Bedürfnissen geistig Behinderter im höheren Lebensalter nicht Rechnung.
10. In allen Einrichtungen für geistig behinderte Menschen sollte (bei zunehmender Alterung der Gesellschaft) eine rechtzeitige Anpassung an die Bedürfnisse älterer Menschen gefördert werden. Dies wirkt für die Zukunft kostensparend und sollte im Rahmen der Präventionskonzepte in Gesundheits- und Sozialpolitik beachtet werden!
11. Sparmaßnahmen an kleineren Interessensgruppen durch nachteilige Regelung der Gesetzeslage und Finanzierung können auch durch engagierte Interessensvereine sowie Spendengelder nicht ausgeglichen werden.
12. Die bestehenden Einrichtungen für geistig Behinderte, die langfristigen Wohn- und Lebensraum für Menschen mit geistiger Behinderung auch im höheren Lebensalter vorhalten oder schaffen wollen, sollten unterstützt und gefördert werden.

F Anhang

1. Eindrücke zu den einzelnen Heimen

H 1

Die Einrichtung in Trägerschaft eines katholischen Ordens liegt auf dem Land, ein Dorf mit Gasthaus ist zu Fuß erreichbar. Es gibt eine Busverbindung in die nächste Stadt.

In verschiedenen größeren und kleineren Gebäuden untergebracht finden sich getrennte Wohnbereiche, eingeteilt in Wohngruppen für Werkstattgänger, Wohnbereiche für Senioren und für Wohnpflege. In den einzelnen Wohnhäusern herrscht eine familiäre, beschützte Atmosphäre, die Räume sind hell und freundlich. Die Stationen in den großen Gebäuden sind einfach und gepflegt, aber nicht ganz so familiär.

Zentral gelegen ist die Cafeteria als Mittelpunkt sozialen Lebens.

Eine Werkstätte für Behinderte ist direkt angeschlossen.

Hier leben ca. 230 Behinderte mit unterschiedlichem Grad an Behinderung. Aus diesem Heim wurden 77 Betreute (Alter >50 Jahre) in unsere Befragung aufgenommen.

55% der Probanden (siehe Tabelle 1) waren zum Untersuchungszeitpunkt älter als 60 Jahre.

Tabelle 1: Altersverteilung (H 1)

Altersgruppen	50-60 Jahre	61-70 Jahre	71-80 Jahre	über 80 Jahre
Probanden in %	45%	39%	13%	3%

24% der Probanden haben eine nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung (F 79.0) als Diagnose, 22% eine leichte Intelligenzminderung (F70.0), 21% sind mittelgradig intelligenzgemindert (F71.0) (Weitere Diagnosen siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Diagnosen (H 1)

Häufigste Diagnosen der Betreuten	Probanden in %
Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung (F79.0)	24%
Leichte Intelligenzminderung (F70.0)	22%
Mittelgradige Intelligenzminderung (F71.0)	21%
Schwere Intelligenzminderung (F72.0)	7%

Angebote für Menschen > 50 Jahre:

Das Alter des Ausscheidens aus dem Werkstattbereich („Pensionierungsalter“) ist analog zur gesetzlichen Altersgrenze bei 65 Jahren festgesetzt.

Die Rentner können durch einen Wechsel des Wohnbereiches in der Einrichtung bleiben.

Aus rechtlichen und finanziellen Gründen sind Übergangslösungen zur Beschäftigung nicht möglich. Je nach Neigungen helfen Senioren aber bei der Essensausgabe oder Pflege von Kranken sowie bei der Instandhaltung der Außenanlagen und im Garten. Bedauerlicherweise gibt es keine Möglichkeit, dies durch eine Entlohnung anzuerkennen, denn jegliche Bezahlung fiel dem Kostenträger zu, anstatt an den Betreuten selbst zu gehen.

Es sind derzeit also keine anderen Modelle zur Eingliederung älterer Menschen ins Arbeitsleben geplant.

Therapien finden im Rahmen der Werkstatttätigkeit statt, z.B. Krankengymnastik, physikalische Therapie oder Reha-Sport bei Bedarf, Joga, Shiatsu, Musikgruppen oder auch Psychotherapie.

Es gibt ein umfangreiches Angebot an Freizeitaktivitäten, das auch die Bedürfnisse von Senioren berücksichtigt. Außerdem existiert eine Seniorentagesstätte.

Bei der Gruppenbildung für Freizeitaktivitäten werden Alter, Diagnose, Fähigkeiten, Wohneinheiten genauso berücksichtigt wie persönliche Interessen, Beziehungen oder Freundschaften und spezieller Hilfebedarf.

Alle Aktivitäten basieren auf freiwilliger Teilnahme. Neben einem frei wählbaren Freizeitprogramm werden eigene Wünsche auch in Bewohnergesprächen, Gruppengesprächen und über den Heimbeirat ermittelt und möglichst berücksichtigt.

Im Sinne der Integration beteiligen sich ca. 100 Betreute bei freiwilliger Feuerwehr, Liedertafel, Trachtenverein, Fußballclub, Sportverein oder sogar im Schachclub.

Außerdem werden ehrenamtliche Tätigkeiten in Kirche und Gemeinde, sowie Mitbeteiligung am Pastoralrat wahrgenommen. Es gibt regelmäßige Pfarrerbesuche sowie die Möglichkeit, Gottesdienste zu besuchen, zudem einen Seniorenkreis und Bibelstunden.

Die Einrichtung wird regelmäßig hausärztlich und fachärztlich betreut auch mit Visiten vor Ort. Eine Anbindung an die Klinik Taufkirchen für ambulante und stationäre psychiatrische Versorgung sowie an das Kreiskrankenhaus Dorfen ist gegeben.

Es besteht die Möglichkeit der Sterbebegleitung im Haus. Die Abteilungsleiter und das Personal werden zunehmend intensiv auf diese Aufgabe vorbereitet.

Personal:

Insgesamt sind beim Personal alle verschiedenen nötigen Berufsgruppen recht ausgewogen vorhanden. Es gibt Heilerziehungspfleger und -helfer (v.a. im Werkstattbereich), Altenpfleger, Krankenpfleger und -helfer, Heilpädagogen, Zivildienstleistende, Sozialpädagogen, Psychologen, Therapeuten, Erzieher und ehrenamtliche Mitarbeiter. Zu personellen Engpässen kommt es in der gesamten Einrichtung nur selten.

Demographische Entwicklung:

Der Altersdurchschnitt hat sich in letzter Zeit spürbar verändert, es gibt deutlich mehr ältere Bewohner. Dem soll durch verstärkte Aufnahme von jüngeren Bewohnern entgegengewirkt werden.

Wünsche:

- *Bei der derzeitigen finanziellen Situation möglichst keine Verschlechterung des Personalschlüssels und keine weiteren gesetzlichen Leistungsreduzierungen
- *stellenweise Umstrukturierung beim Pflegepersonal, um die zunehmende Altenpflege besser bewältigen zu können (z.B. im Seniorenbereich eher mehr Altenpfleger und weniger Heilpädagogen; dafür in den zwei beschützenden Gruppen dringend mehr pädagogische Heilerziehungspfleger)
- *Verbesserung der finanziellen Situation der Bewohner (Taschengeld)

Nach Wegfall des Werkstattgeldes bleibt den Bewohnern kaum Geld, um die neu gewonnene Freizeit zu genießen. Die spärliche Rente fließt gänzlich in die Versorgung durch den Kostenträger ein. Zuschüsse vom Bezirk selbst in Sonderfällen sind seit Anfang 2005 gekürzt worden.

H 2

Die Einrichtung liegt etwas isoliert aber idyllisch auf dem Land, es besteht kein direkter Anschluss an eine Wohngegend. Die nächsten Dörfer sind z.B. mittels Fahrrad zu erreichen, außerdem gibt es eine Busverbindung zur nächsten Stadt.

Die Bewohner sind in möglichst kleinen Wohneinheiten untergebracht, um individuellen Bedürfnissen entgegenzukommen. So wurde z.B. auch der Antrag auf ein neues Wohnhaus gestellt, in dem lauter einzelne Wohnungen mit Einzel- bis Dreibettzimmern bereitgestellt werden sollen.

Zwei Gruppen mit erhöhtem Pflegebedarf sind in Wohnpflegestätten mit max. 10 Personen untergebracht.

Es wird darauf geachtet, dass Menschen auch nach der Pensionierung möglichst in ihrem vertrauten Wohnbereich bleiben können. Direkt auf dem Gelände gibt es neben der Werkstätte für Behinderte eine Förderstätte sowie zwei Seniorentagesstätten.

Die Räumlichkeiten für die Seniorengruppen sind gemütlich mit familiärer, ländlicher Atmosphäre. Bei der Gestaltung der Aufenthaltsräume konnten sich die Betreuten aktiv beteiligen.

Insgesamt leben hier rund 110 Geistigbehinderte.

23 Betreute erfüllten die Kriterien der Untersuchung und konnten durch unsere Fragebögen erfasst werden.

Tabelle 4: Altersverteilung (H 2)

Altersgruppen	50-60 Jahre	61-70 Jahre	71-80 Jahre	über 80 Jahre
Probanden in %	0%	63%	29%	8%

Bei je ca. 40% der Probanden liegt eine mittelgradige Intelligenzminderung (F71.0) und eine nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung (F79.0) vor (weitere Diagnosen siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Diagnosen (H 2)

häufigste Diagnosen der Betreuten	Probanden in %
Mittelgradige Intelligenzminderung (F71.0)	40%
Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung (F79.0)	38%
Intelligenzminderung (F 71.0 oder F79.0) mit Verhaltensstörung	9%

Angebote für Menschen >50 Jahre:

Das Alter des Ausscheidens aus dem Werkstattbereich ist analog zur gesetzlichen Altersgrenze bei 65 Jahren festgesetzt. Die derzeitige Rechtssituation ermöglicht keine offizielle Teilzeitarbeit, es werden aber nach individuellen Absprachen halbtags oder stundenweise Arbeit ermöglicht. Individuelle Arbeitsangebote werden von einigen Senioren gerne genutzt, teils um noch beschäftigt und gebraucht zu sein, teils auch um sich zur spärlichen Rente ein Taschengeld dazu zu verdienen.

Bewohner im Ruhestand verbleiben nach Möglichkeit in ihren vertrauten Wohngruppen und werden tagsüber in den Seniorentagesstätten betreut.

Hier findet eine gemeinsame Tagesgestaltung und Wochenplanung statt.

Es werden tagesstrukturierende Maßnahmen angeboten, wie Malen, Basteln, Musik hören, Lesen, Spielen, Spaziergänge, Ausflüge, Kochen. Es gibt auch wöchentliche Kursangebote, die gruppenübergreifend sind, wie Kegeln, Töpfern, Reiten, Schwimmen. Gruppenbildung erfolgt nach Diagnosen, Fähigkeiten und räumlichen sowie örtlichen Gegebenheiten.

Prinzipiell sind die Teilnahme bei allen Aktivitäten und auch der Besuch der Seniorentagesstätte freiwillig. Sollte aber ein Rentner nicht in die Seniorentagesstätte kommen wollen und doch auf Hilfe und Aufsicht angewiesen sein, so ist dies ein Grenzfall, der individuell gelöst werden muss, denn in den Wohneinheiten ist normalerweise tagsüber keine Betreuung vorgesehen.

Eine bettlägerige und stark pflegebedürftige Betreute wird in einer der Seniorentagesstätten in den gesamten Tagesablauf mit einbezogen, obwohl sie nicht mehr aktiv am Geschehen teilnehmen kann.

Gemütliches Beisammensein, persönliche Feiern und Feste im Jahreskreis, kleine hauswirtschaftliche Verrichtungen und die gemeinsamen Mahlzeiten, die häufig in der eigenen Küche zubereitet und im gruppeneigenen Essraum eingenommen werden, dienen dem Gruppenzusammenhalt, der Bildung und Erhaltung von freundschaftlichen Beziehungen sowie Selbständigkeit.

Neben den zahlreichen Aktivitäten im Haus wird die Integration gefördert durch Veranstaltungen außerhalb der Einrichtung wie monatliche Seniorennachmittage im Nachbarort, Pfarrausflüge, eine Frauengruppe oder offene Behindertenarbeit. Es gibt auch gemeinsame Urlaubsfahrten.

Dem großen religiösen Einfluss-für die ländliche Bevölkerung in Bayern typisch-wird durch eine gute Anbindung an die Kirche Rechnung getragen. Mindestens 50 Betreute nützen die kirchlichen Angebote.

Die hausärztliche Betreuung wird über zwei Ärzte vom Nachbarort sichergestellt, einmal in der Woche findet eine Sprechstunde im Haus statt. Fachärzte oder Krankenhäuser werden nach Bedarf in Anspruch genommen, ein regelmäßiger Kontakt besteht nicht.

Sterbebegleitung durch entsprechend aus- und weitergebildete Pflegekräfte ist im Haus möglich. Dies wird auch immer angestrebt, eine Verlegung ins Krankenhaus findet nur bei besonderer Notwendigkeit statt.

Personal:

Für die Seniorentagesstätten sind eine Altenpflegerin und Krankenschwester sowie eine Erzieherin, daneben eine Auszubildende, zwei Pflegehelferinnen und ein Zivildienstleistender zuständig.

Bei der Personalbesetzung gibt es immer wieder Engpässe, mehr Personal wäre von Seiten der Pflegekräfte gewünscht, um auf jeden einzelnen Betreuten individueller eingehen zu können. „Die finanzielle Ausstattung durch die Kostenträger lässt aber lediglich einen Schlüssel von einem Mitarbeiter auf acht Senioren mit Behinderung zu!“ (siehe Konzeptpapier des Einrichtungsverbundes Betreuungszentrum Steinhöring)

Anmerkung der Verfasserin: der Schlüssel hat sich inzwischen noch verschlechtert auf 1:12 oder 1:14! (zur finanziellen Situation siehe E Schlußfolgerungen).

Der geringe Pflegesatz, der über die Seniorentagesstätte gestellt wird, reicht nicht aus, um die Betreuung in diesem Bereich wirklich bedarfsgerecht leisten zu können. So muss hierfür auf die übrigen Kostenträger zurückgegriffen werden.

Demographische Entwicklung:

Der Altersdurchschnitt hat sich eher verjüngt durch Aufnahme von jüngeren Menschen mit schweren Behinderungen.

Neuaufnahmen im höheren Alter sind eher unüblich. Das typische Konzept ist die Begleitung der gesamten Lebenslaufbahn über Schule, Ausbildung, Werkstatt und Seniorentagesstätte im Rahmen des Einrichtungsverbundes.

Veränderungen werden in den nächsten Jahren nicht erwartet.

Mit dem Bau einer zweiten Seniorentagesstätte wurde ein Schritt zur Anpassung an die Bedürfnisse älterer Menschen in dieser Einrichtung getan, weitere Maßnahmen sollen folgen. Wünsche: bessere Personalsituation (um auf Wünsche der Senioren besser eingehen zu können.) Dies läßt sich bei der aktuellen finanziellen Situation nicht umsetzen!

H 3

Die Einrichtung liegt in einem Wohnviertel einer kleinen Stadt, Einkaufsmöglichkeiten und die Werkstatt für Behinderte sind zu Fuß gut erreichbar.

Insgesamt wohnen hier 38 Betreute.

Nur fünf Personen erfüllten die Aufnahmekriterien und wurden durch unsere Fragebögen erfasst. Alle sind zwischen 50 und 60 Jahre alt.

Vier haben eine leichte Intelligenzminderung (F70.0), ein Proband eine nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung (F79.0).

Angebote für Menschen >50 Jahre:

Es gibt hier kein festes Alter („Pensionierungsalter“) des Ausscheidens aus dem Werkstattbereich. Es besteht die Möglichkeit für Teilzeitarbeit, andere Modelle zur

flexibleren Eingliederung ins Arbeitsleben sind geplant, allerdings weniger aufgrund des Alters, sondern mehr aus Gründen der jeweiligen Behinderung und Belastbarkeit der Bewohner.

Der Verbleib Älterer in der Institution wird angestrebt, ist aber nicht gesichert.

Ein fehlendes Gruppenangebot speziell für Ältere lässt sich dadurch erklären, dass es hier bisher lediglich fünf Menschen in der Altersgruppe über 50 Jahre gibt und derzeit alle noch berufstätig sind.

Durch freie Auswahl von Aktivitäten und Gruppen wird den Betreuten die Förderung individueller Neigungen ermöglicht.

In einer Bewohnerbesprechung einmal die Woche werden Aktivitäten gemeinsam ausgesucht. An integrativen Angeboten werden genutzt: örtliche Volkshochschule, Sportvereine, Musikschule, Freizeitclubs, Rotes Kreuz und Kirchengemeinden.

Regelmäßige hausärztliche Betreuung wird über verschiedene Hausärzte gewährleistet, Fachärzte werden nach Bedarf konsultiert, falls nötig ist das Kreiskrankenhaus Erding zuständig. Ob ein Bewohner Sterbebegleitung im Haus bekommen kann oder in eine andere Institution verlegt wird, wird im individuellen Fall entschieden. Für Sterbebegleitung speziell ausgebildete Pflegekräfte gibt es nicht.

Personelle Engpässe gibt es immer wieder einmal.

Demographische Entwicklung:

Aufgrund der vielen jungen Bewohner werden in den nächsten Jahren noch keine verstärkten Probleme in Bezug auf Finanzierung, Wohnsituation oder Betreuungspersonal erwartet.

Wünsche:

Im Hinblick auf die Betreuung von Senioren besteht derzeit besteht noch kein akuter Handlungsbedarf. Eine Anpassung an die Bedürfnisse von älteren Menschen wird aber bereits geplant.

Es soll eine Gruppe in der WfB geben, die auf den Ruhestand vorbereitet, und eine Begleitung in den Ruhestand durch das Wohnheim.

H 4

Die Einrichtung liegt in einem ruhigen Wohngebiet am Stadtrand, eine Bushaltestelle sowie eine Bahnstation sind in der Nähe. Im Gebäude der Werkstätte sind auch helle und freundliche Räumlichkeiten für die „Gruppe zur individuellen Beschäftigung und Arbeit“ eingerichtet.

Insgesamt arbeiten hier in der Werkstätte für Behinderte (WfB) 207 Personen. Abgesehen von 16 Personen sind alle geistig Behinderte.

Sechs Personen erfüllten die Aufnahmekriterien für die Untersuchung, drei über 50 und drei über 60 Jahre alt.

Alle sechs Betreuten über 50 Jahre haben eine nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung (F79.0) und sind in unserer Befragung mit aufgenommen.

Angebote für Menschen > 50 Jahre:

Das Alter des Ausscheidens aus dem Werkstattbereich ist analog zur gesetzlichen Altersgrenze bei 65 Jahren festgesetzt, Ausnahmen werden im Einzelfall und unter Berücksichtigung der persönlichen Lebenssituation gemacht.

Seit einem Jahr gibt es eine „Gruppe zur individuellen Beschäftigung und Arbeit“. Hierher kommen derzeit acht ältere und langjährige Beschäftigte der WfB zur Vorbereitung auf den Ruhestand, zum Teil auch nur stundenweise. Je nach individueller Verfassung und Belastbarkeit sollen die Menschen zur rechten Zeit das Arbeitspensum in der WfB reduzieren und dann zunehmend Zeit in der neuen Gruppe verbringen, anfangs vielleicht nur stunden- oder tageweise.

Dabei ist es wichtig, durch Gespräche und Beobachtung den individuell richtigen Zeitpunkt für den Übergang festzustellen.

Viele Beschäftigungen, wie Basteln z.B., müssen dann oft erst erlernt werden.

An Therapieangeboten wurden Krankengymnastik sowie Ergometrie genannt.

Alle Aktivitäten in der Gruppe sind frei wählbar und finden freiwillig und gruppenintern statt. Bastelarbeiten, Gedächtnistraining und Biographiearbeit werden unterstützt. Auch können sich die Betreuten nach Bedarf in einen Ruheraum zurückziehen.

Die ärztliche Betreuung ist über einen Betriebsarzt gewährleistet.

Personal:

Es sind Heilerziehungspfleger, Erzieher, Krankenpfleger, Sozialpädagogen und stundenweise Psychologen beschäftigt, außerdem Handwerker mit sonderpädagogischer Zusatzausbildung. Personelle Engpässe tauchen immer wieder auf.

In der Übergangsgruppe arbeiten eine Erzieherin und eine Ergotherapeutin halbtags, sowie eine Erzieherin als Praktikantin.

Demographische Entwicklung:

Der Altersdurchschnitt hat sich in letzter Zeit spürbar verändert; welche Veränderungen erwartet werden, wurde nicht angegeben.

Wünsche der Heimleitung:

Es ist anzunehmen, dass in den kommenden Jahren zunehmend mehr Beschäftigte von dieser Gruppe profitieren könnten. Deswegen werden steigende Finanzierungsschwierigkeiten befürchtet.

H 5

Diese relativ kleine Einrichtung mit familiärem Charakter liegt in einer ruhigen Wohnsiedlung am Rande einer kleinen Stadt, Geschäfte sind zu Fuß oder per Bus erreichbar. Die Räumlichkeiten sind hell und freundlich.

Die Gesamtbewohnerzahl beläuft sich auf 26. Davon sind 23 schwerstbehinderte Personen in einem Haus untergebracht. Zum Teil gehen die Betreuten in eine Förderstätte, es gibt aber auch tagesstrukturierende Maßnahmen.

In einem anderen Haus wohnen die selbstständigeren Werkstattgänger, sie fahren mit dem Bus zur WfB in eine nahegelegene Stadt.

Die meisten Bewohner sind noch jung, lediglich fünf Betreute konnten in unsere Befragung aufgenommen werden; davon sind 60% älter als 60 Jahre. (Tab. 6)

Tabelle 6: Altersverteilung (H 5)

Altersgruppen	50-60 Jahre	61-70 Jahre	71-80 Jahre	über 80 Jahre
Probanden in %	40%	40%	20%	0%

Von den befragten Probanden haben 60% eine leichte Intelligenzminderung (F70.0), 20% eine mittelgradige Intelligenzminderung (F71.0) und 20% eine nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung (F79.0).

Angebote für Menschen > 50 Jahre:

Ein festes Alter des Ausscheidens aus dem Werkstattbereich („Pensionierungsalter“) gibt es nicht, Kriterien sind u. a. die jeweilige körperliche Konstitution. Ab 65 Jahre wird eine EU-Rente gezahlt; die Förderstätte hingegen wird ab diesem Alter nicht mehr finanziert.

Tagesstrukturierende Angebote im Haus sind dann kostengünstiger, sofern dafür im jeweiligen Wohnheim die Möglichkeiten vorhanden sind.

Teilzeitarbeit ist nur dann möglich, wenn das Wohnheim die Kosten der zusätzlichen Betreuung zu übernehmen bereit ist.

Eine Halbtages seniorenstättliche soll den Übergang zum Ruhestand erleichtern.

Ein Verbleib der Betreuten im höheren Lebensalter in der gleichen Einrichtung wird angestrebt, ist aber eine Kostenfrage und abhängig vom Bedarf an medizinischer Versorgung. Spezielle Gruppenangebote für Ältere werden in der Wochenplanung gemeinsam besprochen: Musik, Ausflüge, kleine Hausarbeiten, Basteln, etc.

Kriterien für die Gruppenbildung sind neben dem Alter das Einzugsdatum, sowie Wünsche und Charaktereigenschaften der BewohnerInnen.

Die Gruppenaktivitäten sind freiwillig, alternative Angebote werden je nach Betreuungsdichte möglich gemacht. Es gibt sowohl gruppeninterne als auch gruppenübergreifende Angebote.

Zudem nützen zwei Personen die integrative Möglichkeit, in Kirche und Seniorenkreis mitzuwirken. Eine Kirche in unmittelbarer Nähe erleichtert die Möglichkeit für regelmäßige Gottesdienstbesuche; zweimal im Jahr findet ein Hausgottesdienst statt.

Hausärztlicher Kontakt findet alle 14 Tage statt, als Fachärzte stehen Zahnarzt, Neurologe und Dermatologe zur Verfügung. Eine direkte Anbindung an ein Krankenhaus gibt es nicht.

Sterbebegleitung im Haus wird angestrebt, das Betreuungspersonal hat sich entsprechend selbst weitergebildet.

Personal:

Von insgesamt 48 Mitarbeitern sind 5 Heilerziehungspfleger, 4 Heilerziehungspflegehelfer, 2 Altenpfleger, 2 Altenpflegehelferinnen, 3 Krankenpfleger, 1 Zivildienstleistender, 3 Sozialpädagogen, 1 ehrenamtlicher Mitarbeiter und 16 ErzieherInnen, PraktikantInnen, SchülerInnen und HelferInnen.

Belastende personelle Engpässe gibt es dazwischen immer wieder.

Das Betreuungspersonal wirkt herzlich und sehr motiviert. Es wird hier z.B. auch Wert gelegt auf möglichst intensive Biographiearbeit.

Derzeit gibt es zwei Pflegefälle in der Gruppe, die an Bett und Sondenernährung gebunden sind. Beide sind in der Gruppe voll integriert. Dies war aber zunächst verbunden mit ziemlichen Schwierigkeiten für das Personal und erforderlichen Umstellungen. Inzwischen gibt es zwei Altenpfleger und zwei Altenpflegehelfer.

Es besteht eine gute Mischung des Personals, aber leider drohe wohl ein Stellenabbau.

Demographische Entwicklung:

Prinzipiell wird der Altersdurchschnitt in den Wohnheimen langsam immer höher. Dies führt vor allem zu finanziellen Problemen

Wünsche:

*drohender Stellenabbau beim Personal sollte vermieden werden

*generell weitere Anpassung an die Bedürfnisse älterer Menschen (obwohl für manche Personengruppen eine eigene Einrichtung für geistig Behinderte im Alter nicht auszuschließen sei)

Eine entsprechende Planung hätte aber schon früher erfolgen müssen, um dem Betreuungspersonal nötige Hilfestellungen geben zu können! „Durch die erste Phase mussten wir alleine durch.“

H 6

Dieses Haus liegt auf demselben Grundstück wie H 5. Es hat einen familiären Charakter, die Aufteilung der Räumlichkeiten ist aber nicht ideal.

Hier wohnen 27 geistig Behinderte Menschen in vier gemischten Wohngruppen. Von den hauptsächlich jungen Bewohnern erfüllten lediglich zwei Personen die Aufnahmekriterien für die Untersuchung, eine über 50 und eine über 60 Jahre.

Bei den Befragten ist einmal eine leichte Intelligenzminderung, F70.0 und einmal eine nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung, F79.0 verzeichnet.

Angebote für Menschen > 50 Jahre:

Es gibt kein festes Alter für das Ausscheiden aus dem Werkstattbereich („Pensionierungsalter“), Teilzeitarbeit ist möglich (z.B. drei Tage WfB und zwei Tage Seniorengruppe).

Der Aufbau einer Seniorengruppe seit einem Jahr bietet in Zukunft für Ältere die Möglichkeit, in der Einrichtung bleiben zu können. Die Zusammensetzung der Gruppe erfolgt nach Alter und Fähigkeiten. In der Seniorengruppe sind bisher zwei Frauen, zusätzlich kommt einmal in der Woche eine von außerhalb der Einrichtung dazu.

Es gibt ein differenziertes, frei wählbares Angebot für Senioren, auch spezielle Wünsche werden nach Möglichkeit erfüllt. Die Aktivitäten sind sowohl gruppenübergreifend als auch gruppenintern und freiwillig. Zwei Bewohner nehmen im örtlichen Seniorenkreis, zwei weitere in einer Musikgruppe, einer an kirchlichen Aktivitäten teil.

Regelmäßige haus- und fachärztliche Betreuung sind gegeben, Krankenhauskontakt findet nur bei Bedarf statt.

Eine Sterbebegleitung im Haus wird angestrebt, derzeit gibt es aber keine dafür ausgebildeten Fachkräfte.

Personal:

Das Personal setzt sich zusammen aus 2 Heilerziehungspflegern, 2 Sozialpädagogen, einem Altenpfleger, 5 Erziehern, 5 Kinderpflegern, 3 Schülern, 1 Zivildienstleistenden und 2 Hauswirtschaftlern.

Personelle Engpässe werden als selten beschrieben.

Der Umgang von PflegerInnen und Betreuten wirkt sehr herzlich.

Für die Seniorenbetreuung tagsüber ist hauptsächlich eine Altenpflegerin zuständig. Da sie keine Zusatzausbildung für Behinderte hat, musste sie sich „alles so aneignen“.

Demographische Entwicklung:

In den letzten Jahren hat sich der Altersdurchschnitt spürbar verändert, es wird immer mehr BewohnerInnen im Seniorenalter geben.

Dadurch gibt es mehr Probleme bzgl. Finanzierung, Wohnsituation und Betreuungspersonal.

Wünsche:

*mit steigendem Bedarf mehr Fachkräfte der Alten- und Krankenpflege

*Planung eines intensiveren Ausbaus der Anpassungsmaßnahmen an die Bedürfnisse älterer Menschen (z.B. Räumlichkeiten für Seniorentagesstätte; Anbau mit breiten Gängen für Pflegebetten)

*Umbau/Anbau der Seniorentagesstätte (Aufenthaltsraum und Möglichkeit, sich zurückzuziehen)

H 7

Diese große Einrichtung liegt mitten auf dem Land ohne direkte Anbindung an eine Stadt. Eingangsbereich und Cafeteria sind ganz modern und haben beinahe Hotelcharakter. Es gibt schöne, große Gänge auf den Stationen, die aber etwas steril wirken.

Insgesamt leben hier ca. 200 Bewohner in mehreren Gebäuden. Neben drei Pflegestationen und einer beschützenden Station, gibt es einen offenen Wohnbereich. Hier leben Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen und Suchtproblematik sowie einige mit geistiger Behinderung. Viele sind sog. „Alteingesessene“ und „sozial schwache“ Menschen.

15 Betreute nahmen hier an der Befragung teil. 50% der Probanden waren zur Zeit der Befragung älter als 60 Jahre (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Altersverteilung (H 7)

Altersgruppen	50-60 Jahre	61-70 Jahre	71-80 Jahre	über 80 Jahre
Probanden in %	50%	30%	6%	6%

Bei den von uns in die Befragung aufgenommenen Betreuten ist in über 30% eine nicht näher bezeichnete (F79.0) und in 25% eine leichte Intelligenzminderung (F70.0) angegeben, weitere Diagnosen siehe Tabelle 8.

Tabelle 8: Diagnosen in (H 7)

Häufigste Diagnosen der Betreuten	Probanden in %
Leichte Intelligenzminderung (F70.0)	25%
Mittelgradige Intelligenzminderung (F71.0)	12%
Schwerste Intelligenzminderung (F73.0)	13%
Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung (F79.0)	31%
Intelligenzminderung (F71.0,F72.0,F79.0)mit Verhaltensstörungen	21%

Angebot für Menschen > 50 Jahre:

Der Verbleib aller Bewohner im Alter ist gesichert; die Einrichtung ist auf Pflege gut eingestellt.

Die Möglichkeit zur Arbeit gibt es nicht. Einzelne Betreute können aber gegen eine Brotzeit oder ein Taschengeld leichten Beschäftigungen nachgehen, was für einige Bewohner sehr wichtig ist. Kontakte zu ehemaligen Arbeitskollegen sind in der Regel nicht möglich.

Gruppenbildung erfolgt nach Wohngruppen und Fähigkeiten. An freiwählbaren Angeboten gibt es z.B. tägliches Malen und Spielen, sowie wöchentlich eine Musikgruppe und Chor; zusätzlich finden immer wieder Ausflüge statt. Spezielle integrative Angebote gibt es nicht. Die ärztliche Versorgung wird über regelmäßigen Kontakt zu lokalen Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäuser sichergestellt.

Eine Sterbebegleitung durch geschulte Fachkräfte ist möglich und wird angestrebt.

Finanzierungsprobleme und personelle Engpässe treten immer wieder auf.

Diese Altenpflegeeinrichtung ist für die Pflege von alten Menschen gut ausgestattet.

Bessere Unterstützung durch spezielle Konzepte und Personal zur Förderung von Senioren mit geistiger Behinderung wäre wünschenswert.

Leider bekommen speziell Menschen mit geistiger Behinderung trotz hohen Hilfebedarfs oft nur Pflegestufe 0 zugesprochen (siehe E Schlußfolgerungen und Diskussion dazu im Anhang). Es fehlt dann die nötige finanzielle Unterstützung durch die Pflegeversicherung.

Wünsche:

*bessere finanzielle Unterstützung insbesondere durch die Pflegeversicherung

H 8

Diese Einrichtung liegt sehr zentral in einer großen Gemeinde, Einkaufsmöglichkeiten sind gut zu Fuß erreichbar. In unmittelbarer Nähe gibt es auch Busstationen zur Anbindung an die nächsten Städte.

Ein Blick ins Grüne und auch kleine Spaziergänge in der Grünanlage sind möglich.

Der moderne Eingangsbereich im Hauptgebäude hat Hotelcharakter.

Die Gruppenwohnräume sind hell und gemütlich; auf den Gängen herrscht aber eine etwas sterile Atmosphäre.

In mehreren Gebäuden leben hier 40 Menschen. Bei den meisten handelt es sich um nicht geistig behinderte Menschen im Seniorenalter. 8 geistig behinderte Menschen (d.h. alle dort wohnhaften) konnten in unsere Untersuchung aufgenommen werden.

Alle Probanden sind älter als 60 Jahre, davon 7 zwischen 61 und 70 Jahren und einer über 80 Jahre alt.

Zwei Probanden haben eine leichte Intelligenzminderung (F70.0), zwei eine mittelgradige Intelligenzminderung (F71.0). Bei 4 Probanden ist eine nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung (F79.0) angegeben

Angebot für Menschen > 50 Jahre:

Der Verbleib Älterer in der gleichen Institution ist gesichert. Eine Kostenübernahme gilt immer für zwei Jahre.

Es gibt keine Übergangsguppe zum Ruhestand, aber die Möglichkeit zur flexiblen, stundenweisen Beschäftigung je nach Leistungsfähigkeit. Zwei Bewohner betätigen sich z.B. gemeinsam mit dem Hausmeister durch Gestaltung der Außenanlagen und Pflege sowie Säubern und ggf. Schneeräumen und Streuen der Gehwege.

An speziellen Angeboten für Senioren gibt es Ausflüge, Veranstaltungen, Training lebenspraktischer Kompetenzen und verschiedene Therapien.

Kriterien für die Gruppenbildung sind Alter und individuelle Fähigkeiten sowie spezielle Förderprogramme. Die Aktivitäten sind zum Teil fest vorgeschrieben, zum Teil frei wählbar und sowohl gruppenintern als auch gruppenübergreifend.

38 Bewohner nehmen an Therapien teil in Form von Bewegungstherapie, Gruppengespräche, Kommunikationstraining, Ergotherapie und dem Training lebenspraktischer Kompetenzen.

Veranstaltungsangebote außerhalb der Einrichtung werden von 20 Personen im Rahmen von regelmäßigen Kirchgängen oder Pfarrerbesuchen und von 8 im Seniorenkreis wahrgenommen. Sonstige integrative Kontaktförderung findet nicht statt.

Hausärztliche Kontakte mit Ärzten vor Ort finden bei freier Arztwahl meist regelmäßig statt, Facharztkontakte je nach Bedarf und Überweisung. Es besteht eine enge Anbindung an die psychiatrische Ambulanz des Isar- Amper-Klinikums.

Sterbebegleitung durch entsprechend ausgebildetes Personal im Haus ist möglich und wird angestrebt.

Personal:

Hier arbeiten 3 Heilerziehungspfleger, 2 Altenpfleger, 3 Krankenpfleger, 7 Krankenpflegerhelfer und 1 Ergotherapeut.

Es kommt immer wieder zu personellen Engpässen.

Demographische Entwicklung:

Um einer Erhöhung des Altersdurchschnittes entgegenzuwirken, sollen in den nächsten Jahren verstärkt jüngere Bewohner aufgenommen werden.

Es werden daher auch in Zukunft keine Probleme bezüglich Finanzierung erwartet.

Es handelt sich hier um eine Senioreneinrichtung, die vom Konzept her gut auf die Versorgung von alten, pflegebedürftigen oder auch verwirrten Bewohnern eingestellt ist. Spezielle Konzepte oder Weiterbildungen zum Umgang mit geistig Behinderten sind nicht erkennbar.

Für die Zukunft würden eher eigene Einrichtungen speziell für geistig Behinderte im Alter begrüßt.

Wünsche:

*Ein oder zwei weitere Fachkrankenpflegeschwester

2. Definitionen

Zu B 1.2.

Definition Geistiger Behinderung nach ICD 10

-F70: Leichte Intelligenzminderung mit einem IQ-Bereich von 50-69, darunter zählen auch leichte geistige Behinderung, leichte Oligophrenie, Debilität; Schwachsinn

verzögerter Spracherwerb, jedoch meist ausreichend für tägliche Anforderungen; meist völlige Unabhängigkeit in der Selbstversorgung (Essen, Waschen, Anziehen, Darm- und Blasenkontrolle) und in praktischen und häuslichen Tätigkeiten, allerdings bei deutlich verlangsamtem Entwicklungstempo; meist für eine eher praktische Arbeit anlernbar (s.S.256)

-F71: mittelgradige Intelligenzminderung mit einem IQ-Bereich von 35-49, darunter zählen auch Imbezilität, mittelgradige geistige Behinderung, mittelgradige Oligophrenie

verlangsamte Entwicklung von Sprachverständnis und Sprachgebrauch mit begrenzter Leistungsfähigkeit, sowie begrenzte Entwicklung von motorischen Fertigkeiten und Selbstversorgung, z.T. lebenslange Beaufsichtigung nötig; unter ausreichender Beaufsichtigung Verrichten einfacher praktischer Tätigkeiten möglich; meist Anzeichen sozialer Entwicklung mit der Fähigkeit für Kontakte, einfache Kommunikation und leichte soziale Aktivitäten (s.S. 257, 258)

-F72: schwere Intelligenzminderung mit einem IQ-Bereich von 20-34, darunter zählen auch schwere geistige Behinderung, schwere Oligophrenie

ähnelt F71 mit niedrigem Leistungsniveau, meist deutlich ausgeprägte motorische Schwäche oder andere Ausfälle mit Hinweis auf Schädigung oder Fehlentwicklung des ZNS

-F73: schwerste geistige Behinderung mit einem IQ von unter 20, darunter zählen auch Idiotie, schwerste geistige Behinderung, schwerste Oligophrenie

meist immobil, inkontinent, zumeist nur rudimentäre Formen nonverbaler Kommunikation; unfähig, Aufforderungen oder Anweisungen zu verstehen; ständige Hilfe und Überwachung nötig; häufig schwere neurologische oder motorische Defizite; sehr häufig schwerste Entwicklungsstörungen, v.a. atypischer Autismus

-F78: sonstige Intelligenzminderung, nur anzuwenden, wenn die Beurteilung der Intelligenzminderung aufgrund begleitender Beeinträchtigungen besonders schwierig ist, wie z.B. bei Taubstummen oder schwer verhaltensgestörten Personen

-F79: nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung, auch für nicht näher bezeichnete geistige Behinderung, Oligophrenie oder Schwachsinn; nur dann, wenn bei offensichtlicher Intelligenzminderung die Informationen nicht ausreichen, die Person einer der oben genannten Kategorien zuzuordnen

Verhaltensstörung: F7x.0: keine oder geringfügige Verhaltensstörung
 F7x.1: deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
 F7x.8: sonstige Verhaltensstörung
 F7x.9: nicht näher bezeichnete Verhaltensstörung

3. Ergebnisse

Zu C 2.1. Altersverteilung

Tabelle: Altersgruppen

		Häufigkeit	In %
Gültig	50-55 Jahre	31	22
	56-60 Jahre	24	17
	61-65 Jahre	31	22
	66-70 Jahre	32	23
	71-75 Jahre	12	8
	76-80 Jahre	6	4
	älter 80	6	4
	Gesamt	142	100

Zu C 2.2.2. Zufriedenheit in Einzelbereichen

Tabelle: Zufriedenheit der Probanden

	vollkommen	eher schon	eher nicht	weiß nicht	nicht verstanden
	%	%	%	%	%
Betreuungspersonen	72	27	1	0	0
hauswirtschaftl. Versorgung	84	12	1	0	3
Essen	73	27	0	0	0
Haus/Einrichtung	65	30	5	0	0
Zimmer	73	19	3	5	0
Hilfe, wenn ich welche brauche	76	21	1	0	1

Tabelle: Zufriedenheit aus Sicht der Betreuer

	vollkommen	eher schon	eher nicht	weiß nicht
	%	%	%	%
Pflege	58	40	2	0
hauswirtschaftl. Versorgung	56	42	1	1
Essen	58	40	2	0
Haus/Einrichtung	53	46	1	0
Zimmer	61	35	3	1
Hilfe	54	44	1	1

Zu C 2.3.Gesundheit

C.2.3.1. Psychische Befindlichkeit

Tabelle: Psychische Befindlichkeit der Probanden

	(fast) immer	oft	immer mal wieder	selten	gar nicht	weiß nicht
	%	%	%	%	%	%
Traurigkeit	2	4	13	26	53	1
Lustlosigkeit	2	0	7	17	71	2
Freudlosigkeit	0	1	7	15	75	2
Schlafstörungen	1	6	8	14	71	0
Ängste	0	3	12	7	76	2
Grübeln	1	8	10	14	66	1
Aggressivität	0	2	11	15	71	1

Tabelle: Psychische Befindlichkeit aus Sicht der Betreuer

	(fast) immer	oft	immer mal wieder	selten	gar nicht
	%	%	%	%	%
Niedergeschlagenheit	1	9	27	46	17
Antriebslosigkeit	1	15	27	35	22
Freudlosigkeit	3	10	19	30	38
Schlafstörungen	3	5	8	30	54
Tagesmüdigkeit	4	18	25	26	27
Konzentrationsstör.	6	23	27	21	23
Ängste	2	18	26	31	23
Grübeln	4	18	28	30	20
Aggressionen	4	11	22	28	35

C 2.3.2. Körperliche Befindlichkeit

Tabelle: Körperliche Befindlichkeit der Probanden

	(fast) immer	oft	immer mal wieder	selten	gar nicht	(mit Hilfsmittel) keine Probleme
	%	%	%	%	%	%
Sehstörungen	6	3	6	9	48	28
Hörstörungen	4	6	8	8	73	1
Rückenschmerzen	2	3	23	15	57	0
Gliederschmerzen	1	6	14	12	67	0
Verspannungen	1	8	11	13	67	0
Kopfschmerzen	1	6	11	14	68	0
Herzprobleme	1	1	1	7	90	0
Blutdruckprobleme	1	2	7	9	73	8
Gewichtsabnahme	0	3	8	10	79	0
Gewichtszunahme	4	13	6	4	73	0
Zahnprobleme	2	3	20	9	45	21

Tabelle: Körperliche Befindlichkeit aus Sicht der Betreuer

	(fast) immer	oft	immer mal wieder	eher selten	(fast) nie	nicht bekannt
	%	%	%	%	%	%
Sehstörungen	14	6	4	11	25	40
Hörstörungen	9	7	12	14	26	32
Rückenschmerzen	3	9	20	20	19	29
Gelenkschmerzen	3	9	27	16	16	29
Verspannungen	2	9	21	20	19	29
Kopfschmerzen	2	2	16	22	32	26
Herzprobleme	4	2	7	15	31	41
Blutdruckprobleme	7	4	18	12	27	32
Appetitlosigkeit/Gewichtsabnahme	3	9	11	11	40	26
Gewichtszunahme	8	7	12	20	36	17
Zahnprobleme	2	3	11	21	32	31

Zu C 2.4. Hilfebedürftigkeit

Tabelle: Hilfebedürftigkeit aus Sicht der Betreuer

in %	immer	manchmal	nie
Waschen	45	28	27
Anziehen	35	27	38
Essen	24	32	44
Spazieren	38	24	38
Freizeit	48	34	18

Tabelle: Notwendigkeit für Hilfestellung aus Sicht der Probanden

in %	immer	oft	selten	nie	nicht verstanden
Waschen	11	8	6	73	2
Anziehen	11	5	1	82	1
Essen	2	1	1	94	1
Spazieren	9	7	4	79	1
Freizeit	6	6	4	83	1

Zu C 2.6.1.Arbeit

Tabelle: Bezug von Arbeit zum Alter
Sicht der Probanden

		Klasse Alter			
		50 - 60 Jahre	60 - 70 Jahre	70 - 80 Jahre	älter als 80 Jahre
Arbeit (in %)	Vollzeit	63	38	0	0
	Teilzeit	13	47	40	0
	Rente	10	61	23	6

Tabelle: Bezug von Arbeit zum Alter
Sicht de Betreuer

		Altersgruppe			
		50-60 Jahre	61-70 Jahre	71-80 Jahre	über 80 Jahre
Arbeit (in %)	Vollzeit	72	26	2	0
	Teilzeit	31	50	19	0
	Rente	16	56	18	10

Zu C. 2.6.2. Arbeitswunsch

Tabelle: Arbeitswunsch bezüglich Alter
Sicht der Probanden

		Altersgruppe			
		bis 60 Jahre	60 - 70 Jahre	70 - 80 Jahre	> 80 Jahre
Arbeitswunsch (in %)	Vollzeit	50	43	7	0
	Teilzeit	56	38	6	0
	gar nicht	8	60	28	4

Tabelle: Arbeitswunsch bezüglich Alter
Sicht der Betreuer

		Altersgruppe			
		50-60 Jahre	61-70 Jahre	71-80 Jahre	> 80 Jahre
Arbeitswunsch (in %)	Vollzeit	74	20	6	0
	Teilzeit	44	48	7	0
	Rente	14	59	21	7

Zu C 2.6.3. RuhestandTabelle: Vorbereitung auf den Ruhestand
Sicht der Probanden

Probanden (in %)	Altersgruppe		
	50 - 60 Jahre	61 - 70 Jahre	71 - 80 Jahre
Hinführung zum Ruhestand	19	62	19
keine Hinführung zum Ruhestand	50	37,5	12,5

Tabelle: Vorbereitung auf den Ruhestand bzgl. Alter
Sicht der Betreuer

Probanden (in %)	Altersgruppe			
	50-60 Jahre	61-70 Jahre	71-80 Jahre	> 80 Jahre
Hinführung zum Ruhestand	34	55	10	0
keine Hinführung zum Ruhestand	63	29	4	4

Zu C 2.8. Aktivitäten der Probanden

Tabelle: Aktivitäten der Probanden

	jeden Tag	1-2x pro Woche	1-2x pro Monat	1-2x im Jahr	gar nicht	nicht verstanden
	%	%	%	%	%	%
Spaziergang	50	40	2	0	4	4
Ausflug	3	21	44	21	11	0
Urlaub	0	0	0	74	26	0
Sport	6	45	9	2	36	2
Malen	33	35	7	0	23	2
Musik	3	32	3	19	40	3
Gedächtnistraining	13	17	3	0	64	3

Tabelle: Aktivitäten aus Sicht der Betreuer

	täglich %	1-2x pro Wo %	1-2x pro Mo %	1-2x im Jahr %	gar nicht %	weiß nicht %
Spazieren	45	41	7	2	4	0
Ausflug	1	27	40	28	4	0
Urlaub	0	3	0	70	28	0
Sport	0	31	6	1	62	0
Tanz	0	8	1	10	80	1
Musik	2	29	17	5	48	0
Kunst	27	16	11	8	38	0
Gedächtnistraining	30	11	4	4	49	3

Zu C 2.9. Finanzielle Situation

Tabelle: Geld zur Verfügung

Sicht der Betreuer

immer	47%
oft	30%
selten	14%
nie	9%

Sicht der Probanden

immer	50%
oft	24%
selten	20%
nie	3%
nicht verstanden	3%

4. Diskussion

Zu D 2.2. Zufriedenheit

Tabelle: Zufriedenheit in den verschiedenen Heimen aus Sicht der Probanden

Anzahl (n)		Zufriedenheit				Gesamt
% der Probanden		sehr gut	gut	mittel	ausreichend	
Heime	Heim 1	15	21	12	1	49
		30%	43%	25%	2%	100%
	Heim 2	6	6	4	1	17
		35%	35%	24%	6%	100%
	Heim 3	1	2	1	0	4
		25%	50%	25%	0%	100%
	Heim 4	3	2	1	0	6
		50%	33%	17%	0%	100%
Heim 5	3	2	0	0	5	
	60%	40%	0%	0%	100%	
Heim 6	1	0	1	0	2	
	50%	0%	50%	0%	100%	
Heim 7	0	3	0	0	3	
	0%	100,0%	0%	0%	100%	
Heim 8	0	3	1	0	4	
	0%	75%	25%	0%	100%	
Gesamt		29	39	20	2	90
		32%	43%	22%	2%	100%

Tabelle: Zufriedenheit in den verschiedenen Heimen aus Sicht der Betreuer

Anzahl (n)			meist	eher schon	eher nicht	Gesamt
% der Probanden		sehr zufrieden	zufrieden	zufrieden	zufrieden	
Heime	Heim 1	20	38	11	4	73
		27%	52%	15%	6%	100%
	Heim 2	9	9	6	0	24
		37,5%	37,5%	25%	0%	100%
	Heim 3	1	3	0	1	5
		20%	60%	0%	20%	100%
	Heim 4	3	1	2	1	7
		43%	14%	27%	14%	100%
Heim 5	1	4	0	0	5	
	20%	80%	0%	0%	100%	
Heim 6	0	2	0	0	2	
	0%	100%	0%	0%	100%	
Heim 7	0	8	6	2	16	
	0%	50%	37,5%	12,5%	100%	
Gesamt		34	65	25	8	132
		26%	49%	19%	6%	100%

Zu D 3.1. Psychische und körperliche Erkrankungen

Gespräch mit einem betreuenden Hausarzt vor Ort:

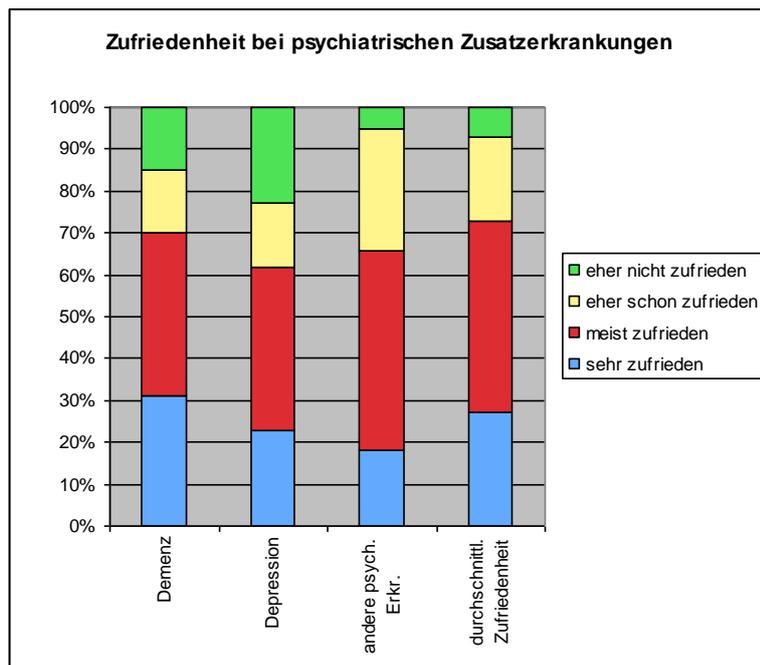
Auch bei geistig behinderten Menschen sind die alterstypischen Erkrankungen zu erwarten. Aufgrund gehäufter Zusatzdiagnosen wie Spastik und Epilepsie, treten dadurch bedingte typische Beschwerden natürlich auch häufiger auf. Hier ist vermehrt Krankengymnastik und dabei auf alle Fälle viel mehr Anleitung nötig als gewöhnlich.

Diese Patienten sind insgesamt auch anfälliger für z.B. Bronchitiden, (vermutlich bedingt durch weniger gute Umsetzung von nötigen Übungsprogrammen).

Der betreuende Arzt sei sehr stark angewiesen auf genaue Beobachtung und Informationen von Pflegepersonal und Mitbewohnern, denn die eigene Anamnese ist oft kaum zu erfragen und auch die Untersuchungstechniken sind erschwert.

Zu D 3.2. Psychiatrische Zusatzerkrankungen

Grafik: Zufriedenheit bei psychiatrischen Zusatzerkrankungen



Zu D 5.5. Vergangenheitsbewältigung und Begleitung in Krankheit und Tod

Familienkontakt und Biographiearbeit:

Kontakte zur Familie sind für die meisten alten Menschen sehr wichtig, gerade auch für den Bezug zur Vergangenheit (s.S.95, Bleeksmas 1998). Fast alle Probanden konnten bei unserer Befragung Familienmitglieder nennen.

Für gewöhnlich sprechen ältere Menschen gern von ihrem Leben und ihrer Familie. Ein geistig Behinderter braucht bei der Aufarbeitung der Vergangenheit besonders viel liebevolle Unterstützung. Gerade wenn mit dem Alter der Kontakt zur Familie verloren geht, wäre es schön, wenn die Betreuer die Initiative ergreifen würden, um einen Kontakt so gut wie möglich zu erhalten und/oder Biographiearbeit zu übernehmen. Dabei sind natürlich Unterlagen oder eigene Kenntnisse über den jeweiligen Menschen essentiell.

Wenn die Betreuer den Bewohner aufgrund seiner Lebensgeschichte verstehen, hilft es ihnen auch, individuell besser auf ihn eingehen zu können.

Es ist sicher eine sinnvolle Idee, alle gesammelten Informationen über einen Bewohner niederzuschreiben, um sie gegebenenfalls weitergeben zu können. Für den oft erschwerten Zugang zu einem alten Menschen können sie dann einen unschätzbaren Wert darstellen. Außerdem kann man damit dem Bewohner ein Stück Vertrautheit und Selbstwertgefühl vermitteln, gerade wenn er z.B. aufgrund einer Demenz zunehmend den Kontakt zur Umwelt und zu sich selbst verlieren sollte. Ebenfalls sehr nützlich sind Erinnerungsstücke, die dem Betroffenen ein Stück Vertrautheit vermitteln können.

Zu D 6.2. Zufriedenheit in Bezug zur Arbeit

Tabelle: Zufriedenheit bezüglich Arbeit (Sicht der Probanden)

% der Probanden		Zufriedenheit			
		sehr zufrieden	zufrieden	mittel	ausreichend
Arbeit	Vollzeit	39	39	22	-
	Teilzeit	40	45	10	5
	gar nicht (mehr)	27	44	27	3
Gesamt	Zufriedenheit	32	43	22	2

Tabelle: Zufriedenheit in Bezug zur Arbeit (Sicht der Betreuer)

% der Probanden		Zufriedenheit			
		sehr zufrieden	meist zufrieden	eher schon zufrieden	eher nicht zufrieden
Arbeit	Vollzeit	28	47	19	6
	Teilzeit	37,5	19	31	12,5
	gar nicht (mehr)	25	53	18	4
Gesamt	Zufriedenheit	25	49	19	6

Tabelle: Zufriedenheit bezüglich Arbeit in den verschiedenen Altersgruppen
(Sicht der Probanden)

Arbeit	Probanden (Anzahl n) Probanden (in %)		Klasse Alter			
			50-60 Jahre	61 - 70 Jahre	71 - 80 Jahre	> 80 Jahre
Vollzeit	Anzahl (n)	sehr zufrieden	6	3		
		in %	67%	33%		
		zufrieden	9	5		
			64%	36%		
	Gesamt	mittel	5	4		
			56%	44%		
		20	12			
Teilzeit	Anzahl (n)	sehr zufrieden	1	1	2	
		in %	25%	25%	50%	
		zufrieden	1	4	3	
			12,5%	50%	37,5%	
	Gesamt	mittel	0	1	1	
			0%	50%	50%	
	ausreichend	0	1	0		
		0%	100%	0%		
Ruhestand	Anzahl (n)	sehr zufrieden	1	5	1	1
		in %	12,5%	62,5%	12,5%	12,5%
		zufrieden	1	10	2	0
			8%	77%	15%	0%
	Gesamt	mittel	1	3	4	1
			11%	33%	44%	11%
		3	18	7	2	
		10%	60%	23%	7%	

Tabelle: Zufriedenheit bezüglich Arbeit in den verschiedenen Altersgruppen
(Sicht der Betreuer)

Arbeit			Altersgruppe				
			50-60 Jahre	61-70 Jahre	71-80 Jahre	> 80 Jahre	
Vollzeit	Anzahl (n)	sehr zufrieden	9	4	0		
		in %	69%	31%	0%		
		meist zufrieden	18	4	0		
			82%	18%	0%		
		eher schon zufrieden	5	3	1		
			56%	33%	11%		
		eher nicht zufrieden	3	0	0		
			100%	0%	0%		
	Gesamt			35	11	1	
				74,5%	23%	2%	
Teilzeit	Zufriedenheit	sehr zufrieden	1	3	2		
			17%	50%	3%		
		meist zufrieden	0	3	0		
			0%	100%	0%		
		eher schon zufrieden	3	1	1		
			60%	20%	20%		
		eher nicht zufrieden	1	1	0		
			50%	50%	0%		
	Gesamt			5	8	3	
				31%	50%	19%	
Ruhestand	Zufriedenheit	sehr zufrieden	1	7	5	1	
			7%	50%	36%	7%	
		meist zufrieden	8	16	3	2	
			28%	55%	10%	7%	
		eher schon zufrieden	1	5	2	2	
			10%	50%	20%	20%	
		eher nicht zufrieden	0	0	1	0	
			0%	0%	100%	0%	
	Gesamt			10	28	11	5
				18,5%	52%	20%	9%

Zu D 7.3. Hobbies

Bei den Hobbies findet sich eine breite Palette an individuellen Vorlieben, freilich meist eingeschränkt durch die jeweils vorhandenen Möglichkeiten.

Beliebte tägliche Aktivitäten sind Spiele, Puzzle, Basteln (z.B. mit Ton oder mit Holz, z.T. mit hoher Kreativität und Produktion), Handarbeiten (Stricken oder Häkeln), Lesen (oft Zeitung) und Kreuzworträtsel oder Fernsehen, sowie in nicht wenigen Fällen das Rauchen.

Daneben zählen viele Hausarbeiten auf, inklusive Einkaufen und Kochen. Andere verwirklichen sich durch Arbeiten im Garten, den Außenanlagen oder der Landwirtschaft, auch mit Tieren, je nach Möglichkeiten und Gewohnheit. Spazieren gehen oder Radfahren ist

bei vielen Probanden beliebt, es wird aber auch Wandern, Schwimmen, Reiten und Fußball genannt (abhängig vom Angebot).

Geselligkeit ist vielen Probanden wichtig, sie finden sie z.B. wenn sie zur „Kantine gehen“, Essen gehen, Kaffee trinken, Kegeln und Billard spielen, Gesprächen über Vergangenheit oder auch bei Festivitäten mit Musik und Tanzmöglichkeiten. Es hören nicht nur viele gern Musik (oft Radio, meist Volksmusik), sondern einige musizieren auch selbst, vor allem mit Gitarre oder Akkordeon sowie Gesang. Eine Probandin nimmt begeistert an einer Theatergruppe teil. Einige gehen gerne regelmäßig in die Kirche.

Auf die Frage, was sich die Betroffenen wohl mehr wünschen würden, geben die Betreuer folgende Ideen an:

Musikveranstaltungen, Theater (vor allem Volksmusik und Volkstheater), gemeinsame Feste; Freizeitclub für Ältere, Ausflüge, Fahrten zum Essen, Kaffeetrinken, Einkaufen, Bummeln oder Flohmarkt;

des weiteren mehr Spaziergänge, Gespräche und Zeit für Begleitung bei Musik und Basteln

Oft können die Betroffenen sich allein nicht beschäftigen, aufgrund mangelnder Mobilität oder Fähigkeiten, das Betreuungspersonal hat aber zu wenig Zeit Ihnen bei der Umsetzung von Freizeitaktivitäten beizustehen.

In vielen Fällen wird angegeben, dass sich der Betroffene sicher mehr Mobilität und Selbstverwirklichung wünschen würde, dies aber aufgrund seines Alters und vor allem der körperlichen Verfassung leider nicht mehr möglich ist. Einige Probanden erkennen das selbst sehr gut und passen sich an, aber andere sind nicht in der Lage oder bereit dazu, sich damit zufrieden zu geben.

Zu D 8. Finanzielle Situation

Tabelle: Geld zur Verfügung bzgl. Arbeit

% der Probanden		Vollzeit	Teilzeit	gar nicht
Geld zur Verfügung	immer	61	33	43
	oft	20	33	26
	selten	12	30	26
	nie	2	20	3
	nicht verstanden	5	0	2

D 15. Schlußfolgerungen

Zur vergleichenden Diskussion der Einrichtungen

*Finanzierung über Pflegeversicherung

Plädoyer für die Versorgung geistig behinderter Senioren in Pflegeeinrichtungen:

„Erworbene Fertigkeiten fördern und größtmögliche Selbstständigkeit trotz der Behinderung zu erhalten, ist ausdrückliches Ziel der aktivierenden Pflege.“ (s.S.71, Schmeller, Landswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern VbB 1997)

Eine Bezirkssprecherin meinte, es gäbe bereits Verhandlungen mit verschiedenen Trägern, an die bestehenden Behinderteneinrichtungen entsprechende Pflegeeinrichtungen anzugliedern, damit der nötige Bezug und Kontakt zur Behindertenversorgung erhalten bleibe. Bisher habe sich aber nur ein Träger für das Modell wirklich aussprechen können. Bei den übrigen herrschten noch große Vorbehalte.

*Finanzierung über Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung

Bezüglich der Forderung, für geistig behinderte Menschen im Alter sowohl die Eingliederungshilfe als auch die Pflegeversicherung heranzuziehen, kommt die Frage auf, ob es gerecht ist, dass ein pflegebedürftiger älterer Mensch ohne geistige Behinderung weniger finanzielle Förderung erfährt als ein solcher mit geistiger Behinderung.

Viele sind zwar der Ansicht, dass beispielsweise Patient mit dementiellem Syndrom sich nicht mehr wesentlich von einem ebenfalls dementen geistig Behinderten in der Pflege unterscheidet. Dabei darf aber nicht übersehen werden, dass der geistig Behinderte nicht auf ein lebenslanges Repertoire von Selbstständigkeit zurückblicken kann. Man kann sich vorstellen, dass hier große Unterschiede im Umgang bestehen und dass insbesondere ein weiterer Abbau maßgeblich davon abhängt, ob eine adäquate Förderung stattfindet oder nicht!

*Pflegeversicherung und Einstufung der Pflegestufen

In §43 a SGB IX ist die Entscheidung getroffen worden, bei der Pflegeversicherung eine Leistungspflicht für pflegebedürftige Behinderte in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe lediglich mit einem geringen Abgeltungsbetrag zu erlassen. Die Bayerischen Bezirke halten dies „verfassungsrechtlich für zweifelhaft, sozialpolitisch für unzureichend und ordnungspolitisch für verfehlt.“ (S.45 VbB 1997) (siehe dazu S. 40 in H 2) Zusätzlich findet „eine unsachgemäße Einstufung psychisch Kranker und geistig Behinderter in die jeweilige [...] Pflegestufe des SGB IX“ (S.105 VbB 1997) statt, denn der Aufwand für Beaufsichtigung und Anleitung bei Verrichtung des täglichen Lebens wird oft viel zu gering bewertet (mit Pflegestufe 0). (siehe dazu Beschreibung von H 7 im Anhang, S.)

*Aus-/Weiterbildung des Personals

Im Zusammenhang mit der Frage, in welchen Einrichtungen die älteren Menschen mit geistiger Behinderung betreut werden, steht auch die Diskussion, ob zusätzliche Weiterbildung in Pflege für das Personal in Einrichtungen für Behinderte ausreichend sein kann, um adäquate Pflege zu gewährleisten und ob Altenpflegepersonal nach entsprechenden Schulungen sich in der Lage sehen würde, auch geistig Behinderte gut versorgen zu können. In den von uns besuchten Einrichtungen ergänzen sich meist ErzieherInnen und AltenpflegerInnen. Dies ist sicher die sinnvollste Variante, um eine hohe Fachkompetenz zu erreichen. Einzelne Betreuungspersonen in Einrichtungen der Lebenshilfe berichteten, dass sie sich das nötige Wissen für Pflege selbst aneignen mussten. Dies scheint möglich, wenngleich mit großem Aufwand und hoher Belastung verbunden. Hier wären zumindest unterstützende Fortbildungen dringend anzuraten!

In den Heimen für geistig behinderte Menschen können AltenpflegerInnen den Umgang mit geistig Behinderten lernen.

In Altenpflegeeinrichtungen gibt es diesbezüglich weniger Möglichkeiten. Entsprechende Weiterbildungen schienen auch nicht vorgesehen, lediglich psychiatrische Fachthemen wurden bei Fortbildungen genannt.

**Analyse der Situation älterer geistig behinderter Menschen in Heimen/Werkstätten
im Landkreis Erding /Freising**

(im Rahmen der Doktorarbeit von Caroline Heydner-Doll
bei Prof. M. Dose, Bezirkskrankenhaus Taufkirchen /Vils)

Dieser Fragebogen soll im Rahmen meiner Doktorarbeit die Situation und Versorgung geistig behinderter Menschen im Alter beleuchten. Dabei werden alle Daten selbstverständlich anonym ausgewertet!

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name der Institution: _____

1.a) Gesamtbewohnerzahl bzw. Gesamtzahl der Beschäftigten/Betreuten: _____

b) Anzahl geistig behinderter Menschen (entspr. F7 und F8 nach ICD 10)

Altersverteilung	<20	20-30	30-40	40-50	50-60	60-65	65-70	70-75	>75
m:									
w:									

c) Anzahl nicht geistig behinderter Menschen

m: _____

w: _____

2. Zu den Personen mit geistiger Behinderung jeweils:

a) Art der Behinderung (Primärdiagnose) sowie bekannte Zusatzdiagnosen
(Bitte wenn möglich dazu angeben, welche Diagnose wie oft vorhanden ist, z.B. in %):

b) Jeweiliger Grad der Behinderung laut Schwerbehindertenausweis
einschließlich Zusatzmerkmalen (wie aG, H, Bl, Gl)
(Bitte dazu möglichst je Anzahl bzw. % der Betroffenen in Klammern angeben):

c) Herkunft der Betreuten (möglichst je Anzahl angeben):

___ aus der Familie/von zuhause

___ aus anderen Einrichtungen (bitte benennen):

___ unbekannt

___ Sonstiges

(Bitte benennen):

3. Pflegeaufwand

(Bitte je Anzahl angeben):

Pflegestufe:	0	I	II	III	keine	nicht bekannt
a) geistig Behinderte						
b) nicht geistig Behinderte						

4. Gibt es ein festes Pensionierungsalter für die Arbeit in den Werkstätten?

ja nein

Wenn ja, genaues Alter und/oder andere spezielle Kriterien bitte benennen:

5. Ist der Verbleib Älterer in der gleichen Institution angestrebt/ gesichert?

ja nein

Wenn möglich Erläuterung:

6. Sind spezielle Gruppenangebote für Ältere vorhanden?

ja nein

a) Wenn ja, bitte genauer benennen:

b) Gruppengrößen (Zutreffendes bitte markieren)

2-5

5-10

10-15

>15

c) Kriterien für Gruppenbildung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

___ Diagnosen

___ Alter

___ Fähigkeiten

___ Wohneinheiten

___ Sonstiges

(Bitte genauer benennen):

- d) Aktivitäten bzw. Gruppen sind fest vorgeschrieben
 basieren auf freiwilliger Teilnahme

7.a) Haben die Betreuten Wahlmöglichkeiten aus unterschiedlichen Aktivitäten?
 (zur Förderung unterschiedl. Hobbies, bzw. Befriedigung verschiedener Bedürfnisse)?

ja nein

Erläuterungen erwünscht: _____

- b) Die Aktivitäten sind jeweils gruppenintern
 gruppenübergreifend
 beides

8.a) Nehmen Bewohner der Einrichtung auch andere Veranstaltungsangebote (u.a. im Sinne der Integration) wahr?

ja nein

Wenn ja, wie viele Personen nutzen die jeweiligen Möglichkeiten?

(bitte je Anzahl dazu angeben):

örtliche Volkshochschule

Sportvereine

Seniorenkreise

Kirchen

Sonstiges

(Bitte genauer benennen):

b) Nehmen Bewohner der Einrichtung sonstige Integrationsansätze/Förderung sozialer Kontakte wahr (z.B. ehrenamtliche Tätigkeiten in Kirche/Gemeinde)?

ja nein

Wenn ja, wieviele Personen und welche Aktivitäten ?

(Bitte genauer benennen):

9. Anzahl der Arbeitenden insgesamt: _____

a) Bitte jeweils **Anzahl** der Beschäftigten angeben:

Werkstätte für Behinderte

Gruppen/Arbeitsbereiche

(Bitte genauer benennen):

 Therapien

(Bitte genauer benennen):

 Arbeiten in Haus und Garten

(Bitte genauer benennen): _____

b) Gibt es im Arbeitsbereich eine Übergangsgruppe zum Ruhestand?

ja nein

Bitte genauere Beschreibung:

c) Besteht die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit?

ja nein

Wenn ja, in welcher Form wird sie genutzt?

d) Sind andere Modelle zur Eingliederung älterer Menschen ins Arbeitsleben/ flexibler Arbeitszeiten geplant/vorhanden?

ja nein

genauere Beschreibung:

10.a) Hat sich der Altersdurchschnitt in den letzten Jahren spürbar verändert?

ja nein

Wenn ja, wie?

b) Oder erwarten Sie eine solche Veränderung in den nächsten Jahren?

ja nein

Wenn ja, wie?

c) Erwarten Sie dadurch oder haben Sie bereits mehr Probleme?

ja nein

Wenn ja, bitte Zutreffendes ankreuzen:

Finanzierung

Wohnsituation

Betreuungspersonal

Sonstiges

(Ergänzungen erwünscht):

11. Wer sind die Kostenträger in dieser Institution und ungefähr je in welchem Umfang?
(Bitte möglichst **antellig** angeben):

- örtliche Sozialhilfe
 überörtliche Sozialhilfe (nach dem BSHG)
 Pflegeversicherung
 Privat
 Finanzierung durch Arbeit in Werkstätten
 andere (bitte genauer bezeichnen): _____

12. a) Wie ist der Personalschlüssel?

b) Planstellen insgesamt: _____

13. Personalzusammensetzung (bitte je Anzahl nennen):

a) Mitarbeiter insgesamt: _____

b) Verteilung:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Heilerziehungspfleger/in | <input type="checkbox"/> Heilerziehungspflegehelfer/in |
| <input type="checkbox"/> Altenpfleger/in | <input type="checkbox"/> Krankenpfleger/in |
| <input type="checkbox"/> Krankenpflegehelfer/in | <input type="checkbox"/> Zivildienstleistende |
| <input type="checkbox"/> HeilpädagogIn | <input type="checkbox"/> SozialpädagogIn |
| <input type="checkbox"/> PsychologIn | <input type="checkbox"/> Ehrenamtliche Mitarbeiter |
| <input type="checkbox"/> TherapeutInnen | |

(Bitte genauer benennen): _____

Sonstige

(Bitte genauer benennen): _____

c) Wo sollte Ihrer Meinung nach Personal aufgestockt bzw. abgebaut werden?
(bitte Berufsgruppen nennen): _____

d) Es gibt belastende personelle Engpässe (bitte ankreuzen):

sehr oft häufig immer wieder selten nie

14. a) Möglichkeiten zur Fortbildung des Betreuungspersonals (bitte Zutreffendes ankreuzen):

wöchentlich monatlich mehrmals im Jahr höchstens 1x im Jahr keine

b) Nennung wichtiger Themen bei/für Fortbildungen:

- c) Fortbildungen finden statt
- | |
|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> hausintern |
| <input type="checkbox"/> ausserhalb |
| <input type="checkbox"/> beides |

d) Wie oft finden beim Personal Teamsitzungen statt?

mind. 1x wöchentlich 14-tägig 1x monatl. bei Bedarf keine

e) Es gibt Supervisionsgruppen für das Personal (bitte ankreuzen):

mind. 1x wöchentlich 14-tägig 1x monatl. bei Bedarf keine

Wenn ja, wie viele nehmen das Angebot in Anspruch?
(Bitte **Anzahl** benennen):

15. Gibt es regelmässige ärztliche Betreuung ?

	ja	nein	genauere Angaben, Name(n)
a) Hausärzte:			
b) Fachärzte:			
c) Krankenhäuser:			

16. Es gibt flexible Fahrdienste

___ hausintern

___ extern (bitte genauer benennen):

___ keine

17. Haben Sie Unterstützung durch ambulante Dienste?

ja nein

Wenn ja, bitte benennen

(Bitte auch angeben: Namen der Dienste und für welche Bereiche):

18. Ist eine Anbindung an die Kirche(n) vorhanden?

(Bitte alles Zutreffende ankreuzen):

___ regelmäßige Pfarrerbesuche

___ Möglichkeit zu regelmässigen Gottesdienstbesuchen

___ Seniorenkreis

___ Sterbebegleitung

___ Sonstiges (näher benennen):

___ keine

19.a) Besteht die Möglichkeit zur Sterbebegleitung durch entsprechend ausgebildete Pflegekräfte in der Wohngruppe/ im Haus?

ja nein

b) Wird in Ihrem Haus eher angestrebt

___ Sterbebegleitung im Haus

___ Verlegung der Betreuten zum Sterben vorzugsweise in eine andere Institution

(Bitte benennen in welche):

20. Würden Sie in Zukunft eher

___ eigene Einrichtungen für geistig Behinderte im Alter begrüssen

___ sich einen intensiveren Ausbau der Anpassungsmassnahmen auch an die Bedürfnisse älterer Menschen in Ihrer Institution wünschen?

21. Was müsste nach Ihren Wünschen besser /anders gemacht werden können, um die Situation geistig behinderter Menschen im Seniorenalter zu verbessern?

Vielen Dank für Ihre wertvolle Zeit und Mühe!

München, den 11. November 2003

C. Heydner-Doll

**Fragebogen zur Situation älterer geistig behinderter Menschen
im Landkreis Erding/Freising**

(im Rahmen der Doktorarbeit von Caroline Heydner-Doll
bei Prof. M.Dose, Bezirkskrankenhaus Taufkirchen/Vils)

Dies ist ein Fragebogen, der im Rahmen meiner Doktorarbeit ausgewertet werden soll, um die Situation geistig behinderter Menschen und ihre Versorgung im Alter zu beleuchten.

Alle Angaben werden selbstverständlich anonym ausgewertet! Der Datenschutz wird auf jeden Fall gewährleistet sein.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Fremdanamnese durch Bezugs- bzw. Betreuungsperson

Bitte geben Sie Ihre Beziehung zum Probanden/der Probandin an
(z.B. Bezugs-, Betreuungs-, Vertrauensperson oder Angehörige(r)):

Zum/zur Proband/in: -Diagnose (Art der Behinderung): _____
 -Grad der Behinderung:
 (nach Schwerbehindertenausweis
 mit Zusatzmerkmalen aG, H, Bl, Gl): _____
 -Alter: _____

1.a) Name der Einrichtung:

b) Wie lange ist der/die Proband/in schon hier in dieser Einrichtung?

_____ Jahre

c) Aufnahmegrund (bitte Zutreffendes ankreuzen):

auf Wunsch der Famili/des Betreuenden

Eltern/Angehörige verstorben

zu hoher Pflegeaufwand zu Hause/in ehemal. Einrichtung

Sonstiges (bitte genauer angeben):

nicht bekannt _____

2.a) Hat im letzten Jahr ein Umzug für den/die Proband/in stattgefunden oder ist einer im nächsten Jahr geplant?

ja nein

Wenn ja, warum?

b) Geschah/Geschieht ein Umzug mit dem Einverständnis des/der Proband/in?

ja nein

3. Wie hoch schätzen Sie die jetzige Zufriedenheit bei dem/der Proband/in ein?

(Bitte jeweils Zutreffendes markieren)

sehr zufrieden meist zufrieden eher schon zufrieden eher nicht zufrieden unzufrieden

4. Glauben Sie, dass der/die Proband/in sich mit dem Alter (bzw. durch Umzug/ Eintritt in Ruhestand) eher pos. Oder neg. verändert hat?

positiv

negativ

unklar

genauere Erklärung, falls möglich:

5. Bitte nach Ihrer Einschätzung des/der Proband/in das jeweils Zutreffende ankreuzen:

	(fast) immer	oft	immer mal wieder	selten	gar nicht
Niedergeschlagenheit					
Antriebslosigkeit					
Verlust von Freude/Empfinden					
Schlafstörungen					
Tagesmüdigkeit					
Konzentrationsstörungen					
Ängste					
Grübeln					
Agressionen					

6. Wie schätzen Sie seine/ihre jetzigen körperlichen Beschwerden ein?

(Bitte jeweils Zuständiges ankreuzen):

	(fast) immer	oft	immer mal wieder	eher selten	(fast) nie	nicht bekannt
Sehstörungen						
Hörstörungen						
Rückenschmerzen						
Gelenkschmerzen						
Verspannungen						
Kopfschmerzen						
Herzprobleme						
Blutdruckprobleme						
Appetitprobleme/ Gewichtsabnahme						
Gewichtszunahme						
Zahnprobleme						
Sonstige (Bitte jeweils angeben):						

7. Leidet der Proband unter chron. Erkrankungen, wie Rheuma, Diabetes, Bandscheibendegeneration, etc.? (Bitte benennen):

8. Sind psychische Zusatzerkrankungen bekannt?

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und/oder falls möglich genauer ergänzen):

___ Demenz
 ___ Depression
 ___ Sonstiges:

9. a) Wie oft findet ein Arztbesuch statt?

1x wöchentlich alle 14 Tage 1x monatlich bei Bedarf nur im Notfall

b) Der Arzt kommt für den/die Proband/in ins Haus (Bitte Zutreffendes markieren):

immer oft selten nie

10. Was glauben Sie:

	mehrmals täglich	1x täglich	1x pro Woche	gar nicht
a) Wieviel Ansprache wünscht sich der/die Proband/in?				
b) Wieviel Ansprache bekommt er/sie?				

11. Hat der/die Proband/in

___ eine feste Bezugsperson

___ noch nahe Angehörige?

Bitte wenn möglich genauer benennen:

12. Wie gut kommt der/die Proband/in mit seinen Mitbewohnern zurecht?

sehr gut gut mittel ausreichend schlecht

13. a) Zieht sich der/ die Proband/in im letzten Jahr (seit Umzug/ Ruhestand) zunehmend von sozialen Kontakten zurück?

ja nein

b) Der/die Proband/in würde sich eher mehr Kontakt wünschen zu

	immer	oft	selten	nie
Gleichaltrigen				
Jüngeren				

c) Denken Sie, der/die Proband/in würde lieber wohnen:

(bitte nur eine Antwort ankreuzen)

___ in einem Altenheim

___ in einer kleinen betreuten Wohngemeinschaft

___ in einer eigenen Wohnung

___ Sonstiges (bitte benennen):

___ trifft nicht zu, ist hier richtig

b) Können die Aktivitäten frei gewählt werden?

ja nein

c) Denken Sie, der/die Proband/in würde sich mehr altersgemäße Aktivitäten wünschen?

ja nein

Wenn ja, welche?

17. Glauben Sie, der/die Proband/in hätte den Wunsch nach

(Bitte alles Zutreffende ankreuzen):

___ mehr Rückzug

___ mehr Entspannung

___ mehr Aktivität

___ mehr Selbstverwirklichung

18. Der/die Proband/in hat genügend Geld zu seiner Verfügung:

immer oft selten nie

19. Der/die Proband/in braucht altersbedingt Hilfe bei

(Bitte jeweils Zutreffendes ankreuzen):

	immer	manchmal	nie
Waschen			
Ankleiden			
Essen			
Spazieren gehen			
Freizeitaktivitäten			
Sonstiges (bitte genauer benennen):			

20.a) Es sind altersbedingt notwendig geworden:

(Bitte alles Zutreffende ankreuzen, ggfs. **unterstreichen** und/oder ergänzen):

___ Hilfestellungen (z.B. Hilfsgriffe im Klo, rollstuhlgeeignete Gänge/Türen)

___ Hilfsgeräte (z.B. Gehilfe, Brille, Hörgerät)

___ Sonstiges (bitte angeben):

b) Sind alle nötigen Hilfen vorhanden?

ja nein

21. Hat der/die Proband/in

- a) ein eigenes Zimmer
 Zwei-Bett-Zimmer
 Mehr-Bett-Zimmer?

b) die Möglichkeit, sein/ihr Zimmer selbst mit einzurichten/ zu gestalten?

ja nein

22. Wie ist Ihrer Meinung nach der/die Proband/in zufrieden mit:

(Bitte jeweils Zutreffendes ankreuzen:)

	vollkommen	eher schon	eher nicht	gar nicht
Pflege				
hauswirtschaftliche Versorgung				
Essen				
Institution/ Einrichtung				
Zimmer				
Hilfe, wenn nötig				

23. Was glauben Sie würde sich der Proband für Verbesserungen wünschen?

24. Was wäre Ihr persönlicher Wunsch, damit die Situation geistig behinderter Menschen im Seniorenalter verbessert werden kann?

Nochmals vielen Dank für Ihre Zeit, Mühe und Mithilfe!

München, den 11. November 2003

Caroline Heydner-Doll

Fragebogen

Umfrage zur Situation von älteren Menschen in Heimen/Werkstätten für Behinderte im Landkreis Erding/Freising

Dieser Fragebogen wurde beantwortet:

(Bitte ankreuzen):

vollkommen selbständig

mit < 50 % Hilfestellung

mit > 50 % Hilfestellung

1. Name des Heimes/der Werkstätte:

2. Ich bin männlich

weiblich

3. Mein Alter: _____ Jahre

4. Ich lebe/arbeite hier schon seit _____ Jahren

5. Meine Zufriedenheit jetzt ist:

sehr gut	gut	mittel	ausreichend	schlecht
----------	-----	--------	-------------	----------

6. Vor der jetzigen Heimaufnahme bzw. vor Eintreten in den Ruhestand fühlte ich mich:

besser	schlechter	kein Unterschied
--------	------------	------------------

7. Bitte jeweils Zutreffendes ankreuzen:

	(fast) immer	oft	immer mal wieder	selten	gar nicht
Ich fühle mich traurig					
Ich fühle mich lustlos					
Ich empfinde keine Freude					
Ich schlafe schlecht (ein)					
Ich habe Ängste					
Ich muss Grübeln					
Ich bin aggressiv					

8. Zur Zeit habe ich folgende körperliche Beschwerden:

(Bitte jeweils ankreuzen):

	(fast) immer	oft	immer mal wieder	selten	gar nicht
Ich sehe schlecht					
Ich höre schlecht					
Rückenschmerzen					
Gliederschmerzen					
Verspannungen					
Kopfschmerzen					
Herzprobleme					
Blutdruckprobleme					
keinAppetit/ Gewichtsabnahme					
Gewichtszunahme					
Probleme mit Zähnen					
andere Beschwerden (bitte aufzählen):					

9. a) Wie oft sehen Sie einen Arzt?

1x in der Woche	alle 14 Tage	1x im Monat	bei Bedarf	nur im Notfall
-----------------	--------------	-------------	------------	----------------

b) Der Arzt kommt zu mir ins Haus:

immer	oft	selten	nie
-------	-----	--------	-----

10. Bitte jeweils Zutreffendes ankreuzen:

	mehrmals am Tag	1 x am Tag	1x in der Woche	gar nicht
a) Ansprache/ein Gespräch wünsche ich mir:				
b) Ansprache bekomme ich:				

11.a) Haben Sie eine feste Bezugsperson hier?

ja	nein
----	------

b) Haben Sie noch nahe Angehörige?

ja	nein
----	------

Wenn ja, welche?
(z.B. Eltern, Geschwister, etc.)

12. Ich komme mit meinen Mitbewohnern/Mitarbeitern zurecht:

sehr gut	gut	mittel	ausreichend	schlecht
----------	-----	--------	-------------	----------

13.a) In letzter Zeit möchte ich gern mehr allein sein:

immer	oft	selten	nie
-------	-----	--------	-----

b) In letzter Zeit fühle ich mich einsam:

immer	oft	selten	nie
-------	-----	--------	-----

c) Ich würde mir jetzt mehr Kontakt zu anderen in meinem Alter wünschen:

immer	oft	selten	nie
-------	-----	--------	-----

d) Ich würde mir jetzt mehr Kontakt zu jüngeren Menschen wünschen:

immer	oft	selten	nie
-------	-----	--------	-----

14. Wenn ich könnte, dann würde ich am liebsten:

in ein Altenheim gehen	allein in einer Wohnung leben	in eine Wohn-gemeinschaft ziehen	hier bleiben, wo ich bin.
------------------------	-------------------------------	----------------------------------	---------------------------

15.a) Ich arbeite zur Zeit:

täglich (den ganzen Tag)	täglich (einige Stunden)	3 - 4 x in der Woche	1 - 2 x in der Woche	gar nicht (mehr)
--------------------------	--------------------------	----------------------	----------------------	------------------

b) Meine Arbeit ist für mich:

leicht	genau richtig	eher zu schwer
--------	---------------	----------------

c) Ich möchte arbeiten:

noch ganz normal	nur noch ein wenig	gar nicht mehr
------------------	--------------------	----------------

16. Falls Sie bald das Arbeiten aufhören oder bereits in Ruhestand sind:

a) Hatten Sie die Möglichkeit, sich auf den Ruhestand vorzubereiten?

ja	nein
----	------

b) Sind Sie in einer Seniorengruppe?

ja	nein
----	------

c) Ich fühle mich in meiner Gruppe wohl:

immer	oft	selten	gar nicht
-------	-----	--------	-----------

d) Treffen Sie noch ehemalige Arbeitskollegen?

oft	selten	nie
-----	--------	-----

17. a) Ich nehme an extra Aktivitäten teil:

(Bitte jeweils ankreuzen und evtl. genauer beschreiben)

	jeden Tag	1 bis 2 mal pro Woche	1 bis 2 mal im Monat	1 bis 2 mal im Jahr	gar nicht
Spaziergänge					
Ausflüge					
Sportgruppe					
Malen / Basteln					
Musik / Tanz					
Gedächtnistraining					
Sonstige (bitte angeben):					

b) Ich kann mir aussuchen, was ich jeweils gerne machen möchte:

ja	nein
----	------

c) Ich wünsche mir mehr Aktivitäten für meine Altersgruppe:

ja	nein
----	------

18. In meiner Freizeit mache ich am liebsten:

(Bitte mind. 2 Dinge angeben)

19. Ich habe genug Geld zur Verfügung:

immer	oft	selten	nie
-------	-----	--------	-----

20. Früher konnte ich alleine, jetzt brauche ich Hilfe bei:

(Bitte jeweils Zutreffendes ankreuzen)

	immer	oft	selten	nie
Waschen				
Ankleiden				
Essen				
Spazieren gehen				
Freizeitaktivitäten				
Sonstiges (Bitte benennen):				

21. Ich habe

- a) ein ___eigenes Zimmer
 ___Zwei-Bett-Zimmer
 ___Mehr-Bett-Zimmer

b) die Möglichkeit, mein Zimmer selbst einzurichten/zu gestalten

ja	nein
----	------

22. Ich bin zufrieden mit:
(Bitte Zutreffendes jeweils ankreuzen:)

	sehr zufrieden	eher schon	eher nicht	gar nicht
Betreuungspersonen				
hauswirtschaftl. Versorgung				
Essen				
Haus/Einrichtung				
Zimmer				
Hilfe, wenn ich welche brauche				

23. Was ich mir wünsche, was verbessert werden sollte:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

München, den 11. November 2003

Caroline Heydner-Doll

G Bibliographie

Arbeitskammer des Saarlandes, Öffentlichkeitsarbeit (Hrsg.): Schwerbehinderte und ihr Recht; 20.Aufl., Saarbrücken 2002

aw-Architektur und Wettbewerbe 137/1989: Eine lebenswerte Umwelt für Senioren und Behinderte

Bauer, Franz: Ratgeber für Behinderte; 4. Aufl. Verlag Gesundheit im Ullstein Buchverlag, Berlin 1997

Bayerisches Sozialministerium: Dritter Bayerischer Landseplan für Menschen mit Behinderung, München 1994

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen: Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung aus den Bezirkskrankenhäusern Bayerns; München, 2001

Behindertenbeauftragten des Landes Niedersachsen: Selbstbestimmung bis ins hohe Alter- Wie behinderte Menschen im hohen Alter leben wollen; Hannover 1998

Borné, Gerhard: Behinderte Gesellschaft. Tagebuch eines Seelsorgers; Chr. Kaiser Verlag, München 1985

Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter für behinderte Menschen: Sozialgesetzbuch SGB IX; Universum Verlagsanstalt GmbH KG, Wiesbaden 2001

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation; Drucksache 14/5130, Medien-und Kommunikations GmbH Berlin 2001

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Erhaltung von Mobilität im Alter; Kohlhammer Verlag, Stuttgart 2001

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Ihre Rechte als Heimbewohnerinnen und Heimbewohner; Berlin 2003

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung: SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen; Bonn 2003

Bundesvereinigung Lebenshilfe: Persönlichkeit und Hilfe im Alter. Zum Alterungsprozeß bei Menschen mit geistiger Behinderung; 2.Aufl.; Lebenshilfe-Verlag, Marburg 2000

Bundesvereinigung Lebenshilfe und Hessisches Sozialministerium: Lebensräume älterer Menschen mit Behinderung. Hessische Erfahrungen; Lebenshilfe-Verlag, Marburg 2001

Bundesvereinigung Lebenshilfe: Alternde und alte Menschen mit geistiger Behinderung und hohem Hilfebedarf. Ein Positionspapier; 2. Aufl., Lebenshilfe-Verlag, Marburg 2003

Cloerkes, Günther: Soziologie der Behinderten. Eine Einführung; Universitätsverlag C. Winter - Programm „Edition Schindele“, Heidelberg 1997

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Versorgung und Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Band 5; Leske + Budrich, Opladen 2001

Dosen, A./Day,K.: Treating Mental Illness and Behavior Disorders in Children and Adults With Mental Retardation; American Psychiatric Press, Washington,DC/London, 2001

Feldes, Werner, u.a. (Hrsg.):Schwerbehindertenrecht: Basiskommentar zum SGB IX mit Wahlordnung; 7.Aufl.,Bund-Verlag, Frankfurt 2002

Förstl, Hans: Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und -psychotherapie; 2. Aufl., Thieme-Verlag, Stuttgart/New York 2002

Häßler/Fegert: Moderne Behandlungskonzepte für Menschen mit geistiger Behinderung. Therapiekompodium für Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter und Pflegekräfte; Schattauer Verlag

Hautop, Wilfried/ Scheibner, Ulrich: Die Werkstätten für Menschen mit psychischen Behinderung. Ihre Herausbildung, Entwicklung und Perspektive;BAG: WfbM, 2001

Hensle, Ulrich/ Vernooij, Monika A.: Einführung in die Arbeit mit behinderten Menschen I; 6.Aufl. UTB für Wissenschaft im Quelle & Meyer Verlag, Wiebelsheim 2000

HWK- Wohngemeinschaften, Karlsruhe: Betreuung von alten Menschen mit einer geistigen Behinderung

Jungblut, Michael (Hrsg.): WISO-Altersvorsorge. Finanzielle Sicherheit und private Lebensplanung. Ein Ratgeber der ZDF-Wirtschaftsredaktion; Wirtschaftsverlag Ueberreuter, Wien 1999

Kooperationsprojekt der Universität Bielefeld und Erlangen-Nürnberg. Ergebnisse der 1. Delphirunde: Vorbereitung, Durchführung und Verlauf von Enthospitalisierungsprozessen chronisch psychisch kranker und geistig behinderter Landzeitpatienten; Bielefeld und Nürnberg, August 2001

Kratzmeier, Heinrich (Hrsg.): Behinderte aus eigener und fremder Sicht; SchindeleVerlag, Rheinstetten, 1980

Landesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen Rheinland-Pfalz: Alte und älter werdende Menschen mit Behinderungen. Ein Konzeptpapier der LAG Werkstätten für behinderte Menschen; Rheinland-Pfalz, 2003

Landkreis Erding: Altenhilfeplan des Landkreises Erding 2002

Lebenshilfe Vaihingen-Mühlacker: Konzeption zum Leistungstyp I.4.6. „Seniorenbetreuung“ nach § 93 d BSHG

Lebenshilfe Kreisverein Wolfach: Tagesbetreuung älter werdender und alter behinderter Menschen—Konzeption und Erfahrung, 1999

Marburger, Dietmar: Behinderte Menschen: Praxis-Ratgeber für Betroffene, Eltern und Arbeitgeber; Wallhalla u. Praetoria Verlag, Regensburg/Berlin 2002

Pro Infirmis (Hrsg.): Erfahrungen.Temoignage.Testimonianze; Lukianos Verlag, Bern 1970
Regierung von Oberbayern, Hauptfürsorgestelle: Wegweiser für Behinderte in Oberbayern; 6. Aufl., München, 1999

Reiss, S./Aman, M.G. at Ohio Stat University Nisonger Center: Psychotropic Medications and Developmental Disabilities: The International Consensus Handbook; American Association on Mental Retardation

Schmidt, Georg/Minninger,Norbert: Rechte behinderter Menschen. Der Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Interessenvertretungen; Bund-Verlag, Frankfurt 2002

Schnetter,O./ Eckstein,E./Johns,G.: Praxisbuch Seniorenarbeit:so wird's gemacht; 2.Aufl. Hänssler-Verlag, Neuhausen-Stuttgart 1990

Schwerbehindertengesetz, Bundesversorgungsgesetz; 22.Aufl., Deutscher Taschenbuchverlag, München 2001

Seidel M./Hennicke K. (Hrsg.): Gewalt im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung; Diakonie-Verlag, Berlin 1998

Siepmann, K.E./ Blum, Friedrich (Hrsg.): Behinderte zwischen Anspruch und Wirklichkeit ; Burg-Verlag, Stuttgart/Bonn 1981

Theunissen, G./ Lingg, A. (Hrsg.): Wohnen und Leben nach der Enthospitalisierung; Klinkhardt, Bad Heilbrunn 1999

WHO: Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10. Klinisch-diagnostische Leitlinien; Dilling,H./ Mombour,W./M.H. Schmidt M.H.(Hrsg.); 4.Aufl., Bern, Göttingen, Toronto, Seattle; Huber Verlag 2000

Wieland, Heinz(Hrsg.): Geistig behinderte Menschen im Alter. Theoretische und empirische Beiträge zu ihrer Lebenssituation in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und in der Schweiz; Schindele-Verlag, Heidelberg 1987

Wolk, R./ Schnepf,W.: Zur Problematik der Pflege von geistig behinderten erwachsenen Menschen; Pflege 1997; 10:312-318

Zabel, M./Knedlik, Y.: Sterbebegleitung als Teil einer ganzheitlichen Lebensbegleitung; Fachdienst der Lebenshilfe Nr. 4/2003, Dezember 2003

Filmmedien:

Geifrig, Werner: Wenn man älter wird; Arbeitsgemeinschaft Behinderte in den Medien e.V. (beziehbar über die Medienbibliothek der Lebenshilfe e.V.)

Bundesvereinigung Lebenshilfe : Alter. In Rente. Und was dann?

Ein Film über älter werdende und alte Menschen mit geistiger Behinderung, Lebenshilfe e.V. 1998

Danksagung

Ich danke

Herrn Prof. Dr. Dose für die Überlassung des Themas und die freundliche, humorvolle und geduldige Begleitung sowie die wertvolle Unterstützung im Verlauf der Erstellung der Arbeit,

Herrn Prof. Dr. Förstl für die freundliche und unkomplizierte Unterstützung als zweiter Prüfer der Dissertation,

Herrn Dr. Alzinger vom Isar-Amper-Klinikum für die gedulden und wichtigen Hilfestellungen bei der elektronischen Erfassung der Daten sowie den statistischen Berechnungen,

Herrn Dr. Michael Henning und Herrn Schuster vom Institut für Medizinische Statistik und Epidemiologie an der TU München für die Unterstützung bei der Planung und Durchführung von statistischen Berechnungen,

meinen Eltern für die unermüdliche und tatkräftige Unterstützung durch die liebevolle Betreuung unserer zwei kleinen Kinder und besonders meinem Vater für den wertvollen Beistand beim Formulieren der Arbeit,

und vor allem meinem Mann für die dauernde moralische und tatkräftige Unterstützung mit Kindern, Haushalt und auch immer wieder dem leidigen Umgang mit dem Computer.