

Fachpapier des Berufsverbandes der Heilpädagoginnen und Heilpädagogen zur Betreuung von Menschen mit sog. geistiger Behinderung und dementiellen Erkrankungen

Zur Situation älter werdender Menschen mit sog. geistiger Behinderung

Die demographische Entwicklung betrifft alle gesellschaftlichen Gruppen und Schichten, auch die Gruppe der Menschen mit sog. geistiger Behinderung.

Eine stärkere Häufigkeit und ein statistisch früheres Auftreten von Demenzerkrankungen stehen bei Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung einer erschwerten Diagnostik gegenüber (vgl. Ding-Greiner 2014, 1). Die Symptome der Demenz können durch Verhaltensweisen von Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung verschleiert erscheinen und werden oft als Ausdruck eines - möglicherweise altersassoziierten - Fortschreitens der kognitiven Beeinträchtigung interpretiert, nicht aber als explizit dementielle Erkrankung mit ihren spezifischen Indikationen für die alltägliche Unterstützung.

Zudem gibt es noch kaum diagnostische Verfahren, um dementielle Veränderungen bei Menschen mit sog. geistiger Behinderung zu ermitteln. Lediglich für den englischsprachigen Raum wurden einige wenige Instrumente entwickelt.

Die Zahl der alten Menschen mit sog. geistiger Behinderung steigt kontinuierlich: 2010 waren 10% der Menschen mit sog. geistiger Behinderung über 60 Jahre alt, für die Jahre 2020 und 2030 werden 20% bzw. mehr als 30% erwartet (vgl. Diekmann 2010, 29 + 41f). Das vermehrte Auftreten von dementiellen Erkrankungen in dieser Personengruppe kann als Folge dieser Entwicklung erwartet werden. Mitarbeitenden in den Diensten und Einrichtungen der Eingliederungshilfe fallen neue, wichtige Aufgaben zu, beispielsweise aufmerksam(er) zu werden, sich selbst und andere zu sensibilisieren, sich Fachwissen anzueignen. Denn die Mitarbeitenden sind häufig diejenigen, die den ersten Verdacht auf eine Demenzerkrankung äußern (vgl. Müller | Wolff 2012, 156).

Allmählich entsteht ein Bewusstsein für diese neue Situation mit ihren spezifischen Anforderungen, u.a. an Diagnostik und Unterstützung der Betroffenen. Ein damit verknüpftes neues Anforderungsprofil kann in Ausbildung und im Berufsalltag der Fachkräfte noch nicht überall hinreichend reflektiert werden. Daraus können Überforderungssituationen resultieren sowie eine unzureichende Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse der Menschen mit Beeinträchtigung und (drohender) Behinderung.

Was können Heilpädagoginnen und Heilpädagogen im Kontext älter werdender und dementiell erkrankter Menschen mit einer sog. geistigen Behinderung beitragen?

Die Arbeit mit Menschen in erschwerten Lebenslagen gehört zu den Kernkompetenzen von Heilpädagoginnen und Heilpädagogen. Dies umfasst neben vielen anderen Bereichen das Handeln mit Menschen mit sog. geistiger Behinderung. Darüber hinaus orientieren sich Heilpädagoginnen und Heilpädagogen an einem Behinderungsverständnis, das davon ausgeht, dass Behinderung erst dann entsteht, wenn eine beeinträchtigte Person durch umweltbedingte Kontextfaktoren auf Teilhabebarrieren stößt.

Für die Heilpädagogik ist zudem eine ganzheitliche Sichtweise handlungsleitend. Eine solche Sichtweise kommt durch die eine Integration der Erkenntnisse aus verschiedenen anderen Fachwissenschaften (z.B. den Erziehungswissenschaften, der Psychologie, der Medizin, der

Psychiatrie, der Soziologie, der Anthropologie, aber auch der Ethik, dem Sozialrecht und der Sozialpolitik) zustande. Die Integration dieser Kompetenzen aus den verschiedenen Disziplinen ermöglicht eine erhöhte Sensibilisierung, eine beobachtende Aufmerksamkeit für frühe dementielle Veränderungen der Person. Einer irreführenden Subsumierung individueller dementieller Veränderungen unter dem Phänomen sog. geistiger Behinderung oder des Alterns kann die heilpädagogische Sichtweise daher effektiv vorbeugen. Heilpädagogische Diagnostik beispielweise nimmt den ganzen Menschen inklusive seines sozialen Eingebundenseins in den Blick, ist stets ressourcen- und prozessorientiert.

Die heilpädagogische Beziehungsgestaltung, die den anderen Menschen in seiner Ganzheitlichkeit und Einzigartigkeit anerkennt und im Kontext seines Gewordenseins sieht, fördert ein vertieftes Verständnis für „auffällige“, herausfordernde Verhaltensweisen. Handlungsleitend ist die Annäherung an ein Verständnis, das die Botschaft „hinter dem Verhalten“ aufzudecken versucht.

Heilpädagogisches Handeln richtet sich letztlich am Ziel individueller Lebensqualität aus, was ein subjektiv zufriedenes und würdevolles Leben beinhaltet. Um dies zu erarbeiten und zu gewährleisten, entwickeln Heilpädagoginnen und Heilpädagogen u.a. auch ein Methodenrepertoire, das individuell und situativ genutzt werden kann. Die geht einher mit der Ermöglichung von Teilhabechancen in allen Lebensbereichen und in allen Lebenslagen unter Einbezug der sozialräumlichen Ressourcen.

Methoden und Kompetenzen heilpädagogischen Handelns

Methoden heilpädagogischen Handelns können zielgruppenorientiert vermittelt und erarbeitet werden. Dabei zeichnen sich zahlreiche Methoden dadurch aus, dass sie ebenfalls handlungsfeldübergreifend eingesetzt werden können. Die Tätigkeitsbereiche der Arbeit mit Menschen mit sog. geistiger Behinderung und Menschen mit dementiellen Erkrankungen weisen zahlreiche Schnittmengen auf, so dass Erfahrungen und Methoden aus dem einen Bereich gut in den anderen integriert werden können.

Dies macht Heilpädagoginnen und Heilpädagogen besonders kreativ im Finden von personenorientierten Lösungen und im Adaptieren von Methoden.

Folgende Methoden und Ansätze sind im Kontext der Unterstützung von Menschen mit sog. geistiger Behinderung und dementiellen Erkrankungen denkbar:

- Biografisches Arbeiten: durch das Zusammentragen lebensgeschichtlich bedeutsamer Daten (Übergängen im Leben, Wendepunkte, prägende Ereignisse, Lebensorte), Befragungen der betroffenen Person sowie von Angehörigen und Freunden, Beobachtungen (Vorlieben, Interessen, Abneigungen), z.B. ein Lebensbuch erstellen und dies regelmäßig gemeinsam betrachten, nutzen, weiterentwickeln. Generell wird ein biografiesensibles Handeln, eine biografiesensible Alltagsbegleitung als leitend in der Arbeit mit Menschen mit sog. geistiger Behinderung und Demenz betrachtet (vgl. Lindmeier | Lubitz 2011, 158).
- Selbsterhaltungstherapie (B. Romero): Analyse des Umfeldes, um Anregungen für eine ressourcenorientierte Gestaltung des Umfeldes einzubringen, inklusive der Arbeit mit den Angehörigen, um diese zu stärken und zu sensibilisieren.
- Validation: empathische Kommunikation, Erspüren und Aufgreifen der gezeigten, geäußerten Emotionen (N. Feil, Integrative Validation N. Richard, Validierende

Assistenz G. Theunissen). Die kommunikativen Reaktionen der Fachkraft orientieren sich an den gezeigten sprachlichen und nicht-sprachlichen Äußerungen, nehmen diese ernst und greift sie auf [das bedeutet bspw. auch, dass Mitteilungen wie „ich will mit meiner Puppe spielen“ oder „wo ist meine Mutter?“ empathisch beantwortet und eben nicht korrigiert werden (etwa: „die ist doch schon lange gestorben“)]. Durch diesen Ansatz soll die emotionale Befindlichkeit des betroffenen Menschen stabilisiert werden.

- Psychobiografisches Pflegemodell (E. Böhm): dementielle Veränderungen führen zu einem Zurückgehen in frühere Lebens- und Entwicklungsalter, dem soll in der Kommunikation und Interaktion entsprochen werden, ohne die Person an der Stelle zu infantilisieren.
- Personenzentrierter Ansatz (T. Kitwood): jeder Mensch wird als Person und in seiner Einzigartigkeit anerkannt. Dieser Ansatz entspricht deutlich einer heilpädagogischen Perspektive; so ist bspw. im BHP Berufsbild für die berufsethischen Grundlagen festgeschrieben, dass Heilpädagoginnen und Heilpädagogen
 - „das Recht auf Leben, Würde und Selbstbestimmung ihrer Klienten achten,
 - jeden Menschen als erziehungs- und bildungsfähig erachten,
 - das Grundrecht jedes Menschen auf individuelle Persönlichkeitsentfaltung und gesellschaftliche Teilhabe respektieren und fördern,
 - den Menschen in seinen sozialen Bezügen sehen und ihn in seiner Ganzheit verstehen“ (BHP 2010, 6; angepasst durch Autorinnen).
- 10-Minuten-Aktivierung, Aktivierungsboxen: durch kurzzeitige Ansprache Menschen aktivieren. Durch Materialien Erinnerungen wecken und diese für Interaktionssequenzen nutzen.
- Gedächtnistraining: Übungen zur Schulung des Gedächtnisses, Auswahl je nach Bedarf und Können der betroffenen Person
- Basale Kommunikation: Spiegeln von körperlichen Verhaltensweisen, insbesondere der Atmung; dialogisches Aufgreifen, um Anregungen zum Wechsel einzubringen.
- Musikpädagogische und -therapeutische Zugänge: Musik im umfassenden Sinne (z. B. Stimme, Instrumente, Geräusche, Klänge) kann multisensoriell wahrgenommen und ausgeübt werden und spricht u. a. die basalen Sinne Gehör und Haut an. Über Musik können unterschiedliche Stimmungslagen aktiviert werden; Musik kann in der Gruppe wie einzeln genossen und ausgeübt werden, ist vielseitig und niedrigschwellig im Zugang. Musik kann (fast) jederzeit biografiesensibel eingesetzt werden und somit zu Entspannung und Wohlbefinden beitragen.
- Narrative Ansätze beinhalten u. a. Märchen und Geschichten. Diese können biografiesensibel oder mit therapeutischer Absicht eingesetzt werden. Unter biografiesensiblen Aspekten wird eher auf bekannte Märchen zurückgegriffen; diese können auf Wunsch vorgelesen, als Einstimmung in ein Angebot (z. B. musiktherapeutisch, psychomotorisch, kreativ) genutzt werden. Sollen Märchen therapeutisch wirken, werden diese vorzugsweise mit Blick auf die Person erarbeitet

und verfasst, um auf indirekte Weise Alternativen zu gewohnten Verhaltensmustern aufzuzeigen (vgl. Werner 2014, 11 – 15).

- Weckworte: Alzpoetry: in einer Gruppe werden alte, bekannte aber auch neue, moderne Gedichte deklamiert, mit entsprechendem Einsatz von Sprache, Mimik, Gestik, Bewegung; das Angebot wird mit Hilfe eines ritualisierten Ablaufes gestaltet (vgl. Müller | Focke 2015, 68 – 71).
- Bildungsangebote in Diensten und Einrichtungen der Unterstützungssysteme für Menschen mit Beeinträchtigungen und (drohenden) Behinderungen entwickeln, in denen die Veränderungen thematisiert und erklärt werden, um Verständnis zu wecken und so die gewachsenen Beziehungen weiter zu begleiten (vgl. Lindmeier | Lubitz 2012, 169 – 175).

Es ist von herausragender Bedeutung, dass die oben vorgestellten Methoden in die aktuelle Lebenslage einer Person eingebettet werden müssen und ihr Einsatz nicht wahllos oder gegen den erkennbaren Willen der Person erfolgen darf. Auch können die genannten Methoden nicht ohne eine Berücksichtigung der jeweiligen sozialen Kontextfaktoren und der zu identifizierenden Teilhabebarrieren Anwendung finden.

Ethische Fragestellungen

Heilpädagoginnen und Heilpädagogen akzeptieren die Endlichkeit menschlichen Lebens. Tod und Sterben sind keine Tabuthemen, sondern Bestandteil des Lebens. Dementsprechend werden Menschen in Sterbe- und Trauerphasen begleitet (das ist auch im Kontakt mit Angehörigen, Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern und im kollegialen Miteinander anzustreben). Trauer, Wut und Schmerz sind menschliche Gefühle, dürfen gezeigt und geäußert werden, um diese in das eigene Selbst zu integrieren. Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Palliative Care sind hier von hoher Bedeutung, um die Begleitung und Versorgung in der letzten Phase des Lebens so zu gestalten, dass die Bedürfnisse der betroffenen Person gehört und gestillt werden können. „Gelingende Kommunikationsprozesse und verlässliche Strukturen sind Grundlagen für eine fachliche und individuelle Linderung der physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Schmerzen in der letzten Phase des Lebens“ (Bayrisches Staatsministerium 2015, 17).

Diese Leistungen müssen die Mitarbeitenden vor Ort nicht alleine erbringen, sondern sollen sich vernetzen mit den Kompetenzen von Angehörigen anderer Professionen, um diese Anforderungen so bewältigen zu können, dass die eigene psychische Gesundheit dauerhaft gewahrt bleibt.

Stellungnahme des BHP:

Der Berufs- und Fachverband Heilpädagogik (BHP) e.V. sieht in der Anwendung heilpädagogischer Methoden und der konsequenten Ermöglichung von Teilhabechancen in allen Lebensbereichen und in allen Lebenslagen großes Potential für die Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit sog. geistiger Behinderung und Demenz. Seitens der politischen Entscheidungsträger müssen solidere gesetzliche Grundlagen geschaffen werden, um oben genanntes zu ermöglichen. Dazu gehört bspw. eine Regelung, die verhindert, dass sich Leistungen zur Pflege und Leistungen der Eingliederungshilfe einander ausschließen. Erhöhte Pflegebedürftigkeit geht nicht mit vermindertem Teilhabebedürfnis einher.

Die hohe Kompetenz von Heilpädagoginnen und Heilpädagogen in Beratungs- und Koordinationsfunktionen ist für die Arbeit mit Menschen mit sog. geistiger Behinderung und Demenz häufig noch ungenutzt.

Mitarbeitende und Menschen mit Behinderungen könnten erheblich von heilpädagogischen Kompetenzen profitieren.

Diagnostische Verfahren, mit denen dementielle Veränderungen bei Menschen mit sog. geistiger Behinderung beobachtet werden können, sind weiter zu entwickeln.

Der BHP Vorstand dankt Frau Sandra Kapinsky, Vertreterin des Handlungsfeldes Altenhilfe im Fachbeirat Teilhabe- und Handlungsfelder der Heilpädagogik, ganz herzlich für ihre Mitwirkung an dem Fachpapier.

Berlin, im Juni 2016

Literaturverzeichnis:

Bayrisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, München 2015

Berufs- und Fachverband Heilpädagogik (Hrsg.): Berufsbild Heilpädagogin / Heilpädagoge, Berlin, BHP Verlag 2010

Diekmann, Friedrich et al: Vorausschätzung der Altersentwicklung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe. Erster Zwischenbericht zum Forschungsprojekt „Lebensqualität inklusiv(e): Innovative Konzepte unterstützten Wohnens älter werdender Menschen mit Behinderung (LEQUI), 2010

http://www.lwl.org/@@afiles/28598233/erster_zwischenbericht.pdf

letzter Zugriff am 10.02.2016

Ding-Greiner, Christina: Das Wichtigste. Demenz bei geistiger Behinderung, 2014

https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt16_geistige_behinderung_dalzg.pdf

letzter Zugriff am 10.02.2016

Lindmeier, Bettina; Lubitz, Heike: „Wolken im Kopf“ – Bildungsangebote für Mitarbeitende und Mitbewohner(innen) demenzkranker Menschen mit geistiger Behinderung in Einrichtungen der Eingliederungshilfe. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. (Hrsg.): Teilhabe – Die Fachzeitschrift der Lebenshilfe, 51. Jahrgang, 04/2012, S. 169 – 175.

Lindmeier, Bettina; Lubitz, Heike: Alternde Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz – Grundlagen und Handlungsansätze. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. (Hrsg.): Teilhabe – Die Fachzeitschrift der Lebenshilfe, 50. Jahrgang, 04/2011, S. 155 – 160.

Müller, Sandra Verena; Focke, Vanessa: „Weckworte“ – Alzpoetry zur Steigerung der Lebensqualität von älteren Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz. Ein Erfahrungsbericht. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. (Hrsg.): Teilhabe – Die Fachzeitschrift der Lebenshilfe, 54. Jahrgang, 02/2015, S. 68 – 71

Müller, Sandra Verena; Wolff, Christian: Demenzdiagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ergebnisse einer Befragung. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. (Hrsg.): Teilhabe – Die Fachzeitschrift der Lebenshilfe, 51. Jahrgang, 04/2012, S. 154 – 160

Romero, Barbara; Zerfaß, Rainer: Selbsterhaltungstherapie (SET) in der Begleitung und Förderung von Menschen mit Demenz. In: Lotz, Dieter (Hrsg.): Heilpädagogische Diagnostik – Erkenntniswege zum Menschen. Bericht der 46. Bundesfachtagung des Berufs- und Fachverbandes Heilpädagogik e.V. vom 23.-25. November 2012, BHP Verlag Berlin 2013, S. 105 – 121

Theunissen, Georg: Validation bei Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz. In: Theunissen, Georg; Wüllenweber, Ernst (Hrsg.): Zwischen Tradition und Innovation. Methoden und Handlungskonzepte in der Heilpädagogik und Behindertenhilfe. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Arbeit mit geistig behinderten Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, Lebenshilfe-Verlag Marburg 2009, S. 211 – 217

Werner, Petra: Therapeutische Geschichten oder Ein Weg zur Selbstempathie. In: Berufs- und Fachverband Heilpädagogik e.V. (Hrsg.): heilpaedagogik.de, 04/2014, S. 11 – 15