



Leben mit einer geistigen Behinderung mit Alter

Verschiedenheit ist doch normal – auch im Alter
7. Norddeutscher Wohn- und Pflegeetag
02.11.16 im Albertinenhaus, Hamburg



Prof. Dr. habil. rer. nat. Sandra Verena Müller
Ostfalia Hochschule für Arbeit
angewandte Wissenschaften
Fakultät für Soziale

Salzgitter

Suderburg

Wolfenbüttel

Wolfsburg



- Gemäß vorsichtigen Schätzungen werden im Jahr 2030 rund 28,5 Millionen über 60-Jährige in Deutschland leben (das sind 7,3 Millionen mehr als 2009)
- In diesem Jahr würden dann **37 % der Einwohner in Deutschland** zu den über 60-Jährigen und Älteren zählen.
- Laut Dieckmann & Metzler (2013) ist es zu **signifikanten Verbesserungen** der durchschnittlichen Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung gekommen ist, diese aber abhängig vom Geschlecht und der Schwere der geistigen Behinderung.
- Menschen mit geistiger Behinderung (ohne Menschen mit Down-Syndrom), die das 50. Lebensjahr erreicht haben, eine **annähernd ähnliche Lebenserwartung haben wie die Allgemeinbevölkerung.**



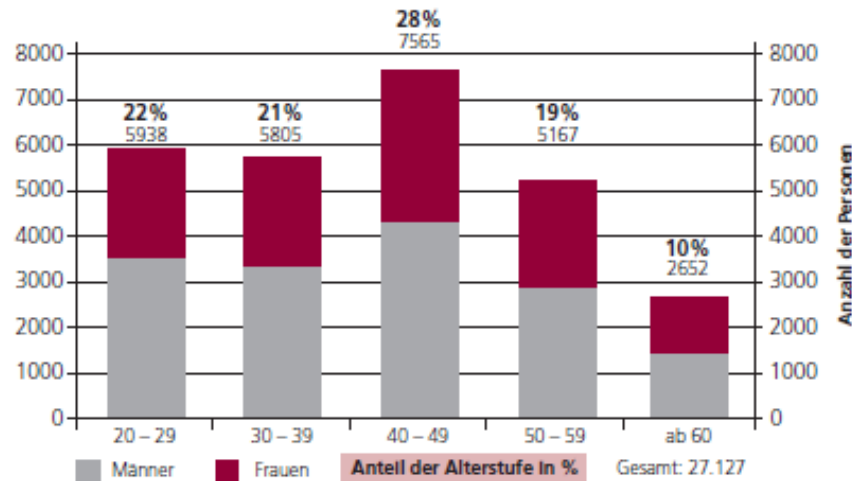
- Altern ist ein Prozess, der bei **jedem individuell abläuft**, auch bei Senioren mit geistiger Behinderung (Pollmächer und Holthaus 2013).
- In absehbarer Zeit wird die Anzahl der älteren Menschen mit Behinderung und einem **erhöhten pflegerischen Versorgungsbedarf** steigen (Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation 2001).
- Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass deren gesundheitliche Probleme und ihr Versorgungsbedarf zumeist **unterschätzt wird** (Kruse und Ding-Greiner 2003).
- Die Erkrankungsrisiken älterer Menschen mit geistiger Behinderung **unterscheiden sich nicht** von der Allgemeinbevölkerung (McCarron et al. 2013).
- Es kann jedoch zu **Überlagerungen und Verstärkungen** mit den Auswirkungen der Behinderung kommen, wenn diese mit Alterungsprozessen zusammentreffen (Dieckmann und Metzler 2013).

Entwicklung der Altersstruktur geistig behinderter Menschen 2010 bis 2030

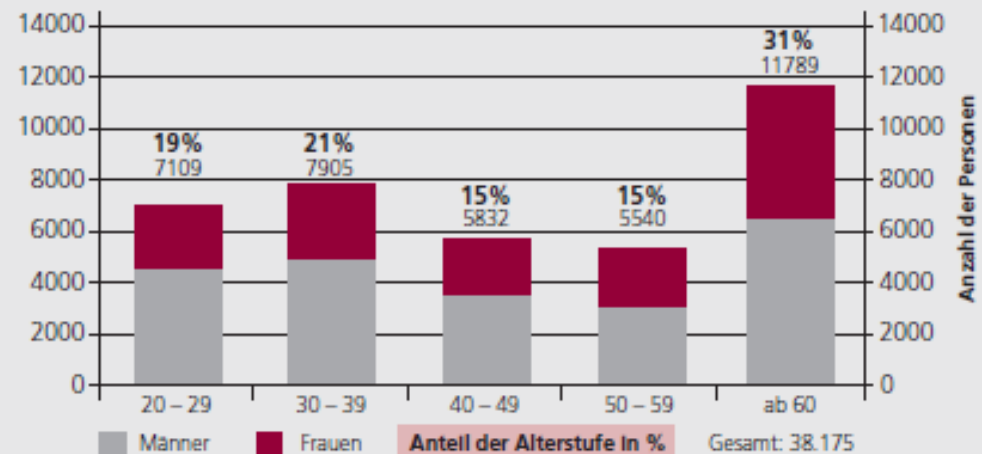


Wolfenbüttel

Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung aus Westfalen-Lippe im Jahr 2010



Erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung aus Westfalen-Lippe im Jahr 2030

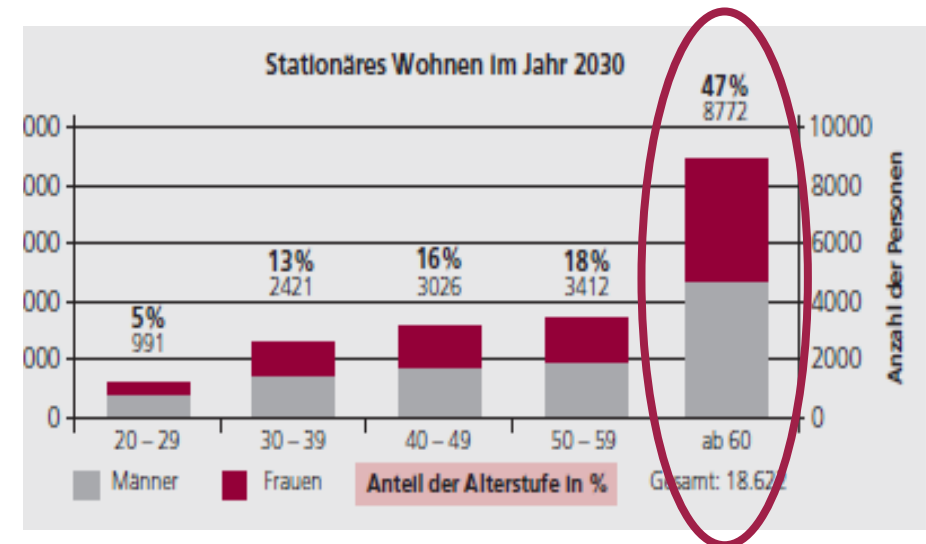
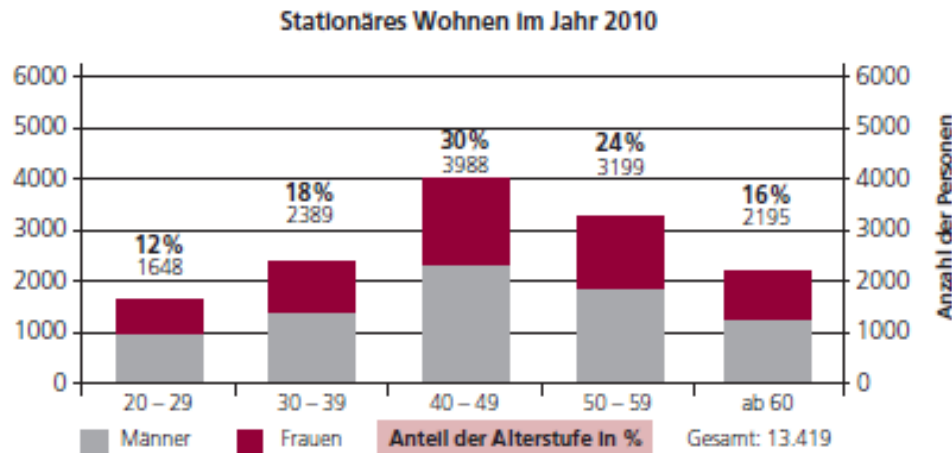


aus Dieckmann & Giovis, 2012

Anzahl und Altersstruktur im stationären Wohnen

Wolfenbüttel

Ostfalia
Hochschule für angewandte
Wissenschaften



aus Dieckmann & Giovis, 2012



- in stationären Wohneinrichtungen wird 2030 jeder zweite Bewohner 60 Jahre oder älter sein
 - 2030 werden fast die Hälfte aller Bewohner in stationären Wohnheimen/-häusern 60 Jahre oder älter sein
 - bis 2040 wird der Anteil der Senioren dann auf hohem Niveau stabil bleiben
 - absolute Anzahl wird sich in den nächsten 20 Jahren vervierfachen; 86 % der hochaltrigen Menschen mit geistiger Behinderung (~80 Jahre) werden 2030 in einer stationären Wohneinrichtung leben
- Unterstützung einer wachsenden Zahl hochaltriger Senioren mit geistiger Behinderung ist mit neuartigen Herausforderungen verbunden

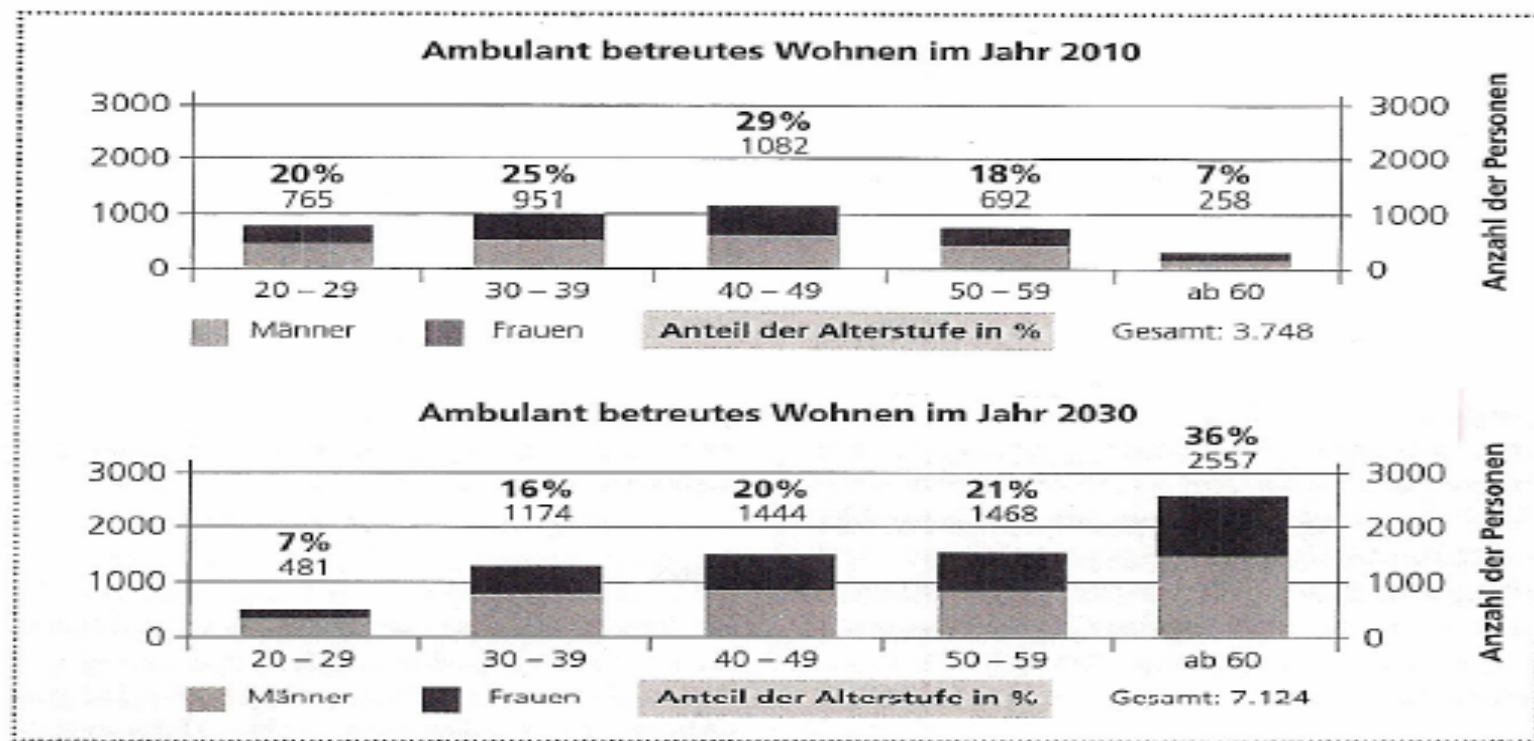
(Dieckmann/Giovis, 2012)



- bisher werden nur wenige geistig behinderte Senioren von ambulanten Wohndiensten unterstützt (258 Personen in Westfalen; Stand 2010)
 - bis 2030 ist mit einer Verdoppelung der ambulant unterstützt wohnenden Erwachsenen mit geistiger Behinderung zu rechnen
 - über ein Drittel der Klienten im ambulant unterstützten Wohnen wird 2030 zu den Senioren 60-Jahre und älter gehören
- ambulante Wohndienste verfügen bis jetzt über so gut wie keine Erfahrung in der Begleitung von Senioren! (Dieckmann/Giovis, 2012)



Abb. 5: Anzahl und Altersstruktur erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe im ambulant betreuten Wohnen in den Jahren 2010 und 2030 (Vorausschätzung auf der Datenbasis von 2009)





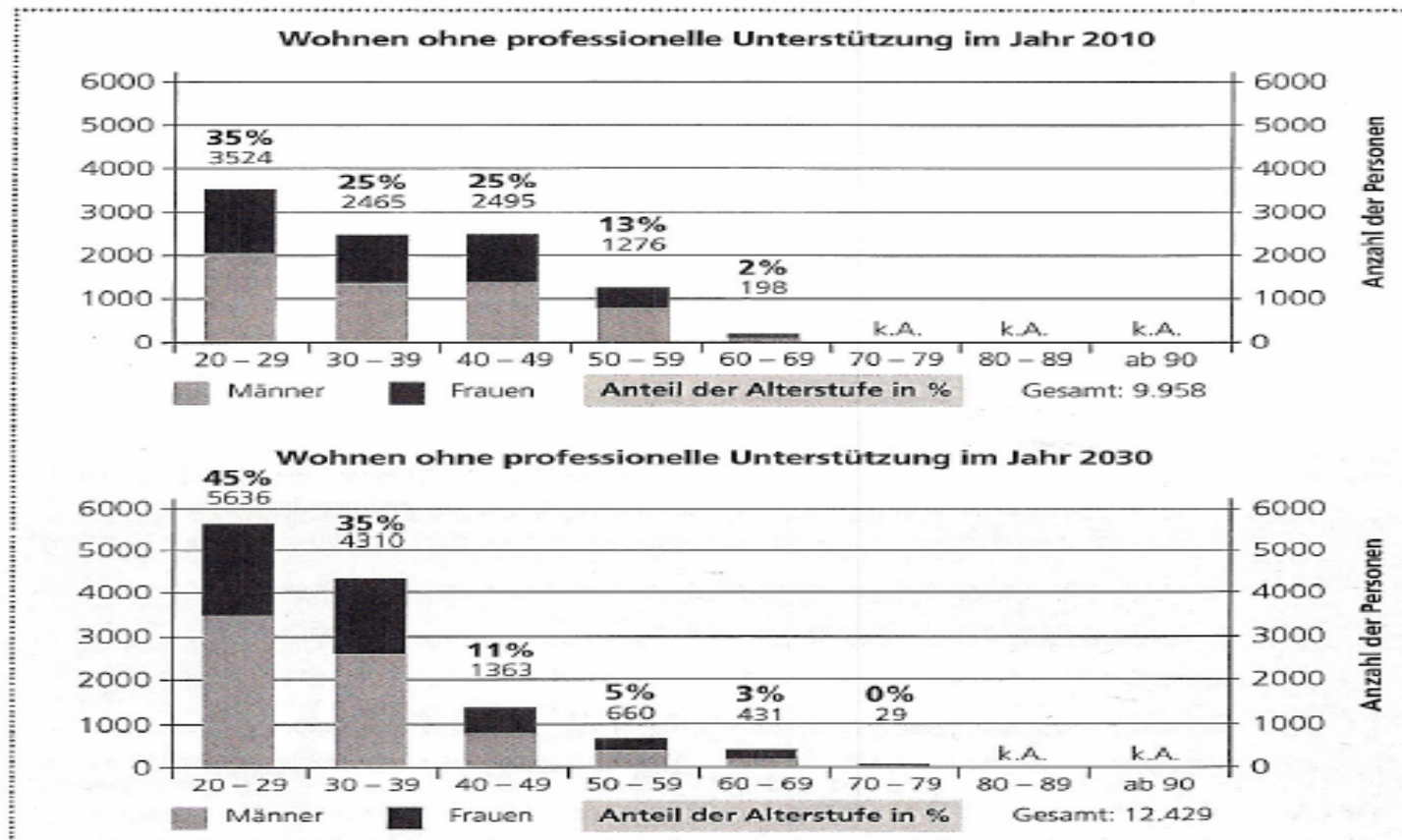
- ambulante Unterstützung muss auch im Alter Wohnen in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen
 - Umzug oder ein "Zurück" ins Heim als Regelfall nach Erreichen des Ruhestands entspricht nicht den Wünschen der Betroffenen (Greving et al. 2012)
 - ist mit Blick auf das SGB IX und die UN - Behindertenrechtskonvention rechtlich bedenklich,
 - ist unwirtschaftlich, aufgrund immenser Investitionskosten für Neuerrichtung benötigter Heime und der Diskrepanzen zwischen stationären und ambulanten Fallkosten (Schäper et al. 2010)
- mit den Aufgaben, die mit dem Älterwerden einhergehen, lässt sich im ambulanten Bereich nicht auf die gleiche Weise umgehen wie im stationären (Dieckmann/Giovis, 2012)



- 2030 werden lediglich 3 % der Senioren mit geistiger Behinderung ohne professionelle Unterstützung eigenständig oder bei Angehörigen wohnen
- dabei ist zu berücksichtigen: Erwachsene mit geistiger Behinderung können häufig nicht auf Partnerschaft oder Kinder zurückgreifen, wenn sie Hilfe benötigen
- überwiegende Zahl geistig behinderter Senioren wird auf professionelle Wohnunterstützung angewiesen sein, weil Angehörige nicht (mehr) in der Lage sein werden, in dem bisherigen Ausmaß Hilfe zu leisten (Dieckmann/Giovis, 2012)



Abb. 6: Anzahl und Altersstruktur erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung in Westfalen-Lippe, die ohne professionelle Unterstützung seitens der Eingliederungshilfe selbstständig oder bei Angehörigen leben, in den Jahren 2010 und 2030 (Vorausschätzung auf der Datenbasis von 2009)





Wohnformen für MmgB im Alter

- 2008 lebten 74.000 Leistungsempfänger der gesetzlichen Pflegeversicherung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (Dieckmann/Giovis, 2012)
- weit überwiegend sind die Bewohner(innen) in die Pflegestufe I eingestuft (Personen mit erheblichem Pflegebedarf); im Jahr 2004 waren es 81 % (Bundesministerium für Gesundheit, 2010)
 - Anteil Pflegebedürftiger in stationären Wohneinrichtungen höher ist als bei Personen in Privathaushalten,
 - im stationären Wohnen bei Kindern und Jugendlichen höher als bei Erwachsenen im mittleren Lebensalter,
 - bei körperbehinderten Menschen höher als bei Personen mit einer geistigen Behinderung(Dieckmann/Giovis, 2012)



- **Stay at home**
- Der geistig behinderte Mensch wird älter in der vertrauten Umgebung, ohne, dass diese dem Alterungsprozess angepasst wird.



- Der geistig behinderte Mensch altert in einer Umgebung, die auf die veränderten Bedürfnisse im Alternsprozess und gegebenenfalls der Demenzerkrankung eingestellt.
- Die Demenzkranken bleiben in den Räumlichkeiten, in denen sie bisher gewohnt haben. Die räumliche Umgebung wird fortlaufend an die sich verändernden Bedürfnissen angepasst.
- Sie erhalten zusätzlich jede Unterstützung, die sie benötigen.



- Die Demenzkranken verbleiben, in der Einrichtung, in der sie zuvor gelebt haben. Sie ziehen jedoch innerhalb der Einrichtung / des Hauses um.
- Dieser Umzug ist ein „kleiner Schritt“.
- Die neue Umgebung hat sich bereits auf die veränderten Bedürfnisse eingestellt sowohl hinsichtlich der Wohnraumgestaltung als auch hinsichtlich besonders geschulten Personals.



- Demenzkranke ziehen um in eine Pflegeeinrichtung für Demenzkranke oder eine ähnliche Einrichtung.
- Das Personal ist spezialisiert auf die Unterstützung und Pflege von alten Menschen, hat aber oft keine Erfahrung mit geistig behinderten Menschen.



- Es erreichen immer mehr Menschen mit einer geistigen Behinderung das **Rentenalter**.
- Viele Menschen mit geistiger Behinderung **scheiden** vor Beginn des gesetzlichen Rentenalters aus der **WfbM aus** oder arbeiten mit reduzierter Stundenzahl.
- Für diese Bewohner muss eine neue Möglichkeit der **Tagesgestaltung** in den Einrichtungen geschaffen werden. Dies kann die **Seniorentagesstätte** sein oder alternativ dazu eine **externe Tagesförderung**.
- Wie wollen ältere Menschen mit einer geistigen Behinderung **wohnen** und ihren **Tag verbringen**?
- Wie sollte die Wohnumgebung und die Tagesstruktur gestaltet sein?

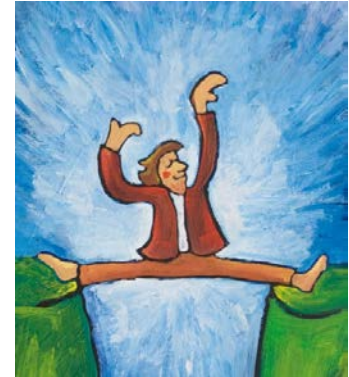


- insgesamt erhielten 802 Erwachsene mit geistiger Behinderung (≤ 65 Jahre) zusätzlich zur Wohnhilfe eine ausgewiesene **tagesstrukturierende Maßnahme** (Stand 2009, Westf./Lippe); hierbei handelte es sich fast ausschließlich um Senioren, die stationär wohnten
- Vorausschätzung geht davon aus, dass geistig behinderte Menschen, die eine stationäre oder ambulante Wohnhilfen erhalten und aus Werkstatt oder anderen Beschäftigungsangeboten ausgeschieden sind, während des **Tages punktuell unterstützt** werden müssen
- dabei geht es u. a. um die hauswirtschaftliche Versorgung, die Mobilität, die aktive Lebensführung im Alter, Teilnahme an Aktivitäten, Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen, Gesundheitsprävention, Pflege sowie die Bewältigung kritischer Lebensereignisse (Dieckmann/Giovis, 2012)

Was bedeutet der demographische Wandel für die Eingliederungshilfe?



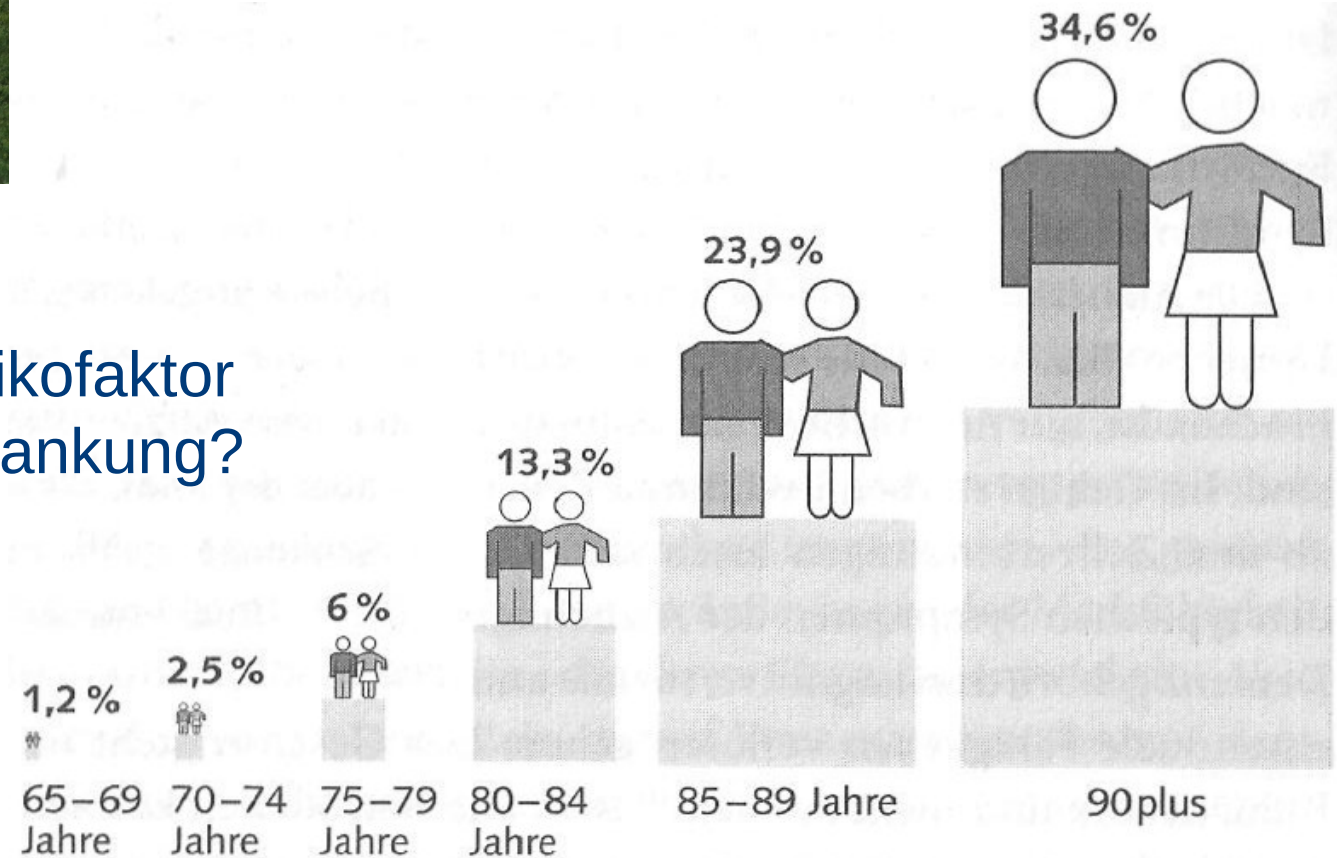
- Im Jahr 2030 wird jeder zweite Bewohner in stationären Wohneinrichtungen sechzig Jahre oder älter sein wird (Dieckmann & Giovis 2012).
- Die Zahl der jüngeren Menschen mit geistiger Behinderung sinkt gleichzeitig.
- Darüber hinaus verändert sich **die ätiologische Zusammensetzung** der jüngeren Bewohner. Haben früher Menschen mit geistiger Behinderung oder einer Lernbehinderung dominiert, so nehmen aktuell Menschen mit Aufmerksamkeitsproblemen und Verhaltensauffälligkeiten „**die jungen Wilden**“ zu.
- Es stehen sich nun „**laute und aktive**“ und **ruhebedürftige** und antriebsgeminderte Bewohner gegenüber.
- Der **Spagat** diesen beiden Gruppen, mit ihren sehr unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht zu werden, stellt eine **große Herausforderung für die Mitarbeiter** in den Wohnbereichen der Eingliederungshilfe dar.





Was ist der Hauptrisikofaktor
für eine Demenzerkrankung?

Das Alter!



**Abbildung 32: Wie viele Menschen leiden
in welchem Alter an Alzheimer?**

Geistige Behinderung und Demenz - Epidemiologie



- Geistig Behinderte **erkranken früher** (5. oder 6. Lebensdekade).
- Die **Prävalenzrate** liegt für geistig behinderte Menschen die älter als 65 Jahre sind bei 18,3% . Demenz kommt bei diesem Personenkreis 2 bis 3 Mal häufiger vor als in der Normalbevölkerung (Strydom et al., 2009).
- Die **Inzidenzrate** bei den über 60 jährigen liegt bei 54,6 Neuerkrankungen auf 1000 Personen, sie ist also mehr als 5 Mal so hoch wie in der Normalbevölkerung (Strydom et al., 2013)
- Die Prävalenzrate ist unabhängig vom **Schweregrad der geistigen Behinderung** (Strydom et al., 2009).
- Menschen mit **Down Syndrom (DS)** haben ein **erhöhtes Risiko** an einer Alzheimer Demenz zu erkranken und erkranken früher (Fisher & Kettl, 2005).



- Über das Wissen von Mitarbeitern über Demenz gibt es widersprüchliche Aussagen:
- Iacono et al., 2014: nur begrenztes Verständnis von Demenz vorhanden
- Cleary et al., 2016: Wissen größer als zunächst angenommen
- **Multidisziplinäre Teams** sind zentral für personen-zentrierte Maßnahmen (Cleary et al, 2016).
- Die **Beziehung** spielt bei personenzentrierten Maßnahmen eine wichtige Rolle.
- Ebenfalls wichtig ist die **Unterstützung der Peers** im Umgang mit den demenzbedingten Veränderungen
- Mitarbeiter sind eine **Schlüsselressource** für die Unterstützung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung und Demenz (Dodd, 2014).



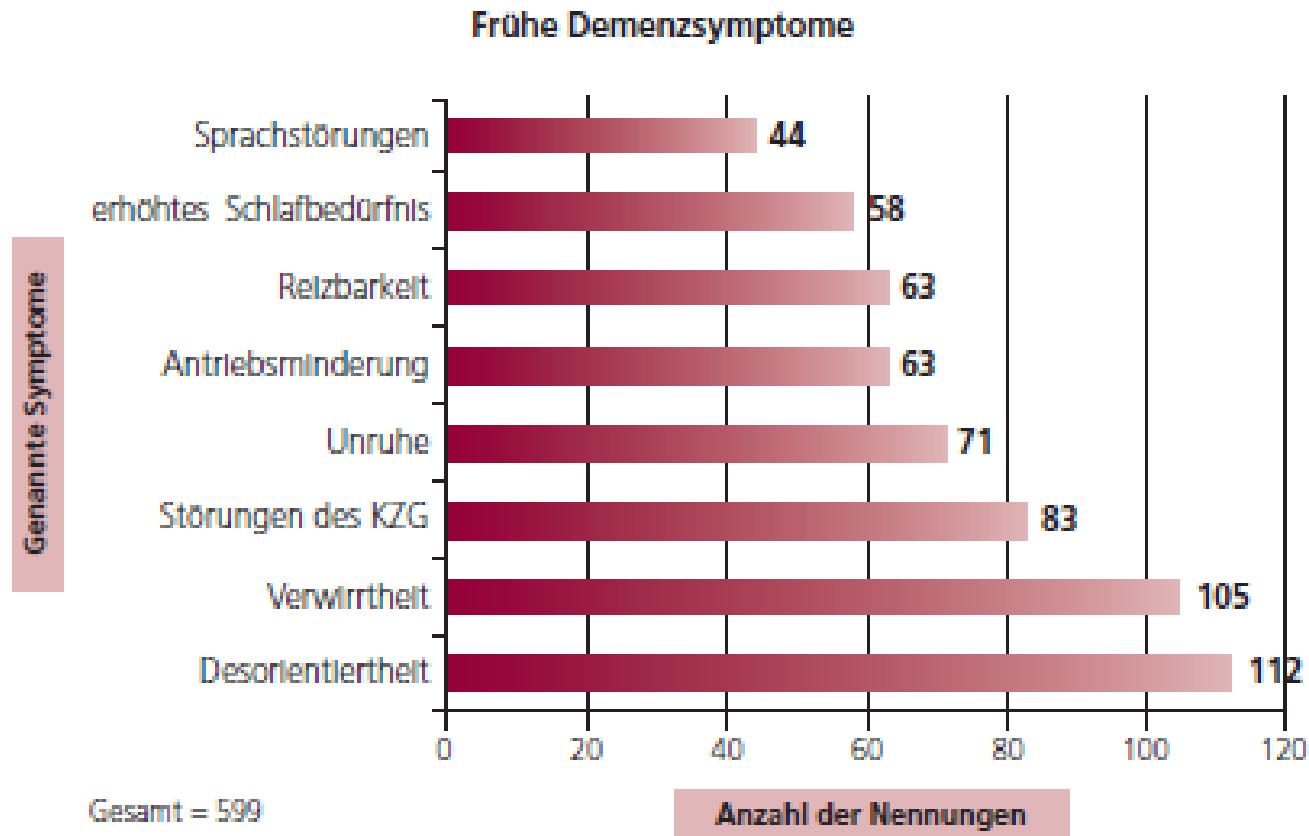
Wie wird mit dem Thema Demenz in den Einrichtungen der Behindertenhilfe umgegangen?



Ergebnisse einer Fragebogenerhebung (Müller & Wolff, 2012; Wolff & Müller, 2014)

Stichprobe: alle Einrichtungen der Eingliederungshilfe in
Niedersachsen/Bremen

- 65 % aller Hinweise auf Demenzerkrankungen stammen vom Personal
- Häufigste Methode für die Verdachtserhärtung bzw. Diagnosestellung ist die Verhaltensbeobachtung
- Die Diagnose erfolgt meist im 2. Demenzstadium
- Die Diagnose wird meist durch den Hausarzt gestellt
- Es erfolgt in der Regel keine Differentialdiagnostik



Mehrfachnennungen möglich

aus Müller & Wolff, 2012



Diagnosekriterien



Normalbevölkerung (ICD-10)

1. Abnahme des **Gedächtnisses** und mind. einer **weiteren kognitiven Fähigkeit** (z.B. Urteilsfähigkeit, Denken, Orientierung & Sprache)
2. Beeinträchtigung in den Funktionen des **täglichen Lebens**
3. Kein Hinweis auf vorübergehende Bewusstseinsstörung (Ausschluss)
4. Verminderung der Affektkontrolle, des Antriebs oder des Sozialverhalten
5. Dauer der unter genannten Störungen **mindestens 6 Monate**

Frühe Anzeichen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung (Watchman et al. 2010)

1. Verschlechterung der **Aktivitäten des alltäglichen Lebens**
2. Wachsende Inaktivität / **sozialer Rückzug**
3. Verlust von Interessen
4. Abnahme der Kommunikation
5. Veränderungen im Schlafverhalten
6. Schwierigkeiten im Tiefensehen (z.B. Treppenstufen)
7. Motorische Unruhe / „wandern“



Prospektive Assessment Strategie

- Erfassung des individuellen Leistungsniveaus als „Baseline functioning“
 - *Menschen mit DS ab dem 40. Lebensjahr*
 - *Menschen mit Intelligenzminderung ab dem 50. Lebensjahr*
- Früherkennung erfolgt über Veränderungen zum individuellen Ausgangsniveau
- Erfassung von Veränderungen durch Testungen in regelmäßigen Abständen (alle 6 Monate) in den Bereichen (Kognitive Fähigkeiten, ADL's, Verhalten)
- **Validestes Kriterium: Messung über die Zeit!**

Herausforderungen der Demenzdiagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung

Ostfalia
Hochschule für angewandte
Wissenschaften



Wolfenbüttel

Abb. 1: Herausforderungen der Demenzdiagnostik bei Menschen mit Intelligenzminderung

Besonderheiten der Person

- Einschränkungen der Kommunikationsfähigkeiten (Sprachverständnis, -fertigkeit, Sprechstörungen)
- Einschränkungen der Introspektionsfähigkeit (Selbstwahrnehmung & Befinden)
- Kognitive Beeinträchtigungen
- Körperliche Beeinträchtigungen
- Verhaltensauffälligkeiten

Weitere Faktoren

- Antwortverhalten
- Psychiatrische Erkrankungen
- Geringe Rollenerwartungen
- Erwartungshaltung von Mitarbeitern bei Menschen mit einem Down Syndrom
- Normale altersbedingte Abbauprozesse
- Psychopharmaka-Medikation

Häufigste methodische Probleme

Unvollständiges oder Nichterfassen von Symptomen „underreporting“

Diagnostische Überschattung „diagnostic overshadowing“

Verstärkung von vor der Erkrankung bestehenden Verhaltensweisen „baseline exaggeration“

Überinterpretation von Symptomen in Richtung einer Demenz „overreporting“

(aus: Kuske, Gövert, Wolff & Müller, 2016)

Wolfenbütteler Demenztest für Menschen mit Intelligenzminderung (WDTIM)



WDTIM - Wolfenbütteler Demenztest für Menschen mit Intelligenzminderung (Müller et al., in Vorb.)

Wolfenbüttel

- Neuropsychologische Testbatterie zur Früherkennung bzw. Verlaufsdiagnostik
- Entwickelt von meiner Arbeitsgruppe im Rahmen des Forschungsprojektes „Demenz bei geistiger Behinderung“ (BMBF Förderlinie SILQUA-FH, 17S01X11) an der Ostfalia Hochschule für Angew. Wissenschaften in Wolfenbüttel
- Anwendung erprobt im Rahmen einer 2-jährigen Pilot-Verlaufsstudie mit 128 Probanden (*Ev. Stiftung Neuerkerode, Lebenshilfe Braunschweig, Rotenburger Werke, Caritas Wohnen Hildesheim*)

1. Teil: Befragung eines Bezugsbetreuers

- Demografische Daten
- Krankheitsdaten
- Medikamente
- DSQIID (dt. Übersetzung Müller & Kuske, 2012; Deb et al. 2007)

2. Teil: Neuropsychologische Testung

- direkte Erfassung kognitiver Fähigkeiten der betroffenen Person
- im Beisein eines vertrauten Bezugsbetreuers

Wolfenbütteler Demenztest für Menschen mit Intelligenzminderung (WDTIM)





Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities (DSQIID) (Deb et al., 2007)

Ostfalia
Hochschule für angewandte
Wissenschaften



Wolfenbüttel

Fremdbefragung (DSQIID)

Höchstes erreichtes

Leistungsniveau

- Gedächtnisverlust
- Verwirrung
- Verlust von Fähigkeiten
- Sozialer Rückzug
- Verhaltensänderungen
- Psychische Symptome
- Körperliche Symptome
- Schlafstörungen
- Sprachstörungen



Sprache
Alltagsfähigkeiten



Max. Punktzahl = 53 Punkte
Cut-Off-Wert > 20 Punkte



Auszug aus der deutschen Übersetzung des DSQIID (Deb et al., 2007)

	War schon immer der Fall	Schon immer, hat sich jedoch verschlechtert	Neues Symptom	Trifft nicht zu
Hat Schwierigkeiten, etwas mit vertrauten Gegenständen anzufangen	☐	☐	☐	☐
Scheint unsicher zu sein	☐	☐	☐	☐
Scheint ängstlich oder nervös zu sein	☐	☐	☐	☐
Scheint deprimiert zu sein	☐	☐	☐	☐
Zeigt Aggressionen (verbal oder physisch)	☐	☐	☐	☐





Wolfenbüttel

„Ich habe Ihnen vorhin drei Bilder gezeigt. Erinnern Sie sich noch daran? Was war das?“

Zunächst bitte die Antwort abwarten!!! Wenn sich jemand nicht frei an die Worte erinnern kann, dann wird folgende Hilfestellung gegeben:

Hilfestellung: Legen Sie die Kärtchen verdeckt vor die Testperson und sagen Sie: „Vorhin habe ich Ihnen diese Kärtchen gezeigt. Was war darauf zu sehen?“ oder „Was war das?“

Richtige Antwort freier Abruf 2

Richtige Antwort mit Hilfestellung 1

Falsche/keine Antwort 0

Fähig. nicht vorhanden -9

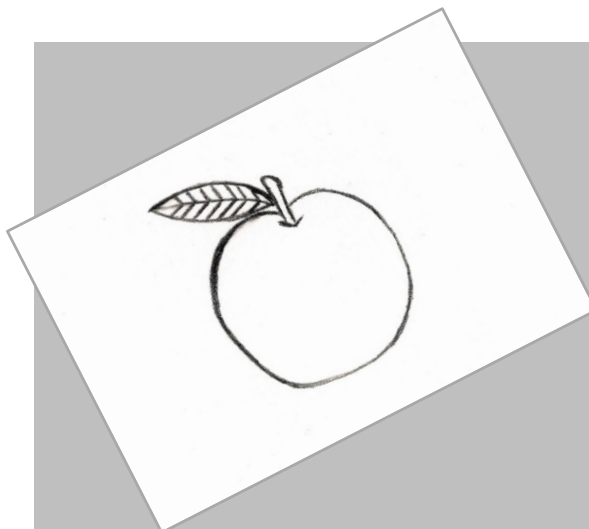
Apfel



Tisch



Schuh



Ist eine Demenz bei Menschen mit geistiger Behinderung zu erkennen?



Ja,

- ...im Rahmen einer Verlaufsdiagnostik.
- ...bei einer Kombination aus Fremdbeobachtung und neuropsychologischen Screening.
- ...wenn das höchste jemals erreichte Leistungsniveau als Referenz genommen wird.
- ...wenn nicht nur auf die kognitiven Abbauprozesse geschaut wird, sondern auch auf Verhaltensauffälligkeiten.
- ...wenn die Testung in Anwesenheit eines vertrauten Menschen stattfindet und dass sich der Diagnostiker empathisch und respektvoll auf den Betroffenen einlässt.



- Ältere Mitbewohner stellen gerade in Kombination mit den „jungen Wilden“ eine neue Herausforderung für die Mitarbeiter der Einrichtungen der Eingliederungshilfe dar.
- Es müssen neue Konzepte entwickelt werden für
 - das Wohnen und die Wohnraumgestaltung
 - Mitarbeiterschulungen
 - Vorbereitung und Übertritt in den Ruhestand / Rente
 - den verstärkten Umgang mit älteren Menschen mit einer geistigen Behinderung und Demenz
 - die Entwicklung von interdisziplinären Teams
 - Ideen für Möglichkeiten der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, auch für kulturelle Teilhabe





Originalien

Z Gerontol Geriat 2013 · 47:397–402
DOI 10.1007/s00391-013-0504-x
Eingegangen: 20. Februar 2013
Überarbeitet: 9. April 2013
Angenommen: 10. April 2013
Online publiziert: 20. Juli 2013
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

C. Wolff · S.V. Müller

Fakultät für Soziale Arbeit, Ostfalia – Hochschule für angewandte Wissenschaften, Wolfenbüttel

Die Lebenssituation von geistig behinderten Menschen mit Demenz in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Ergebnisse einer Befragung in Niedersachsen und Bremen

Herausforderungen für Einrichtungen der Behindertenhilfe

Die Gruppe älterer geistig Behinderter, die in Behinderteneinrichtungen leben, wird in den nächsten Jahren stetig wachsen [16]. Aufgrund der demogra-

gibt es für Menschen mit geistiger Behinderung und einer Demenz in den meisten Behinderteneinrichtungen keine adäquate Infrastruktur sowie nur wenige zielgruppenspezifische Wohn-, Freizeit- und Versorgungsangebote [8].

Demenz bei Menschen mit

Forschungslage „Demenz bei Menschen mit geistiger Behinderung“ befassen.

Lund [12] nimmt bei über 65-jährigen geistig behinderten Menschen eine Prävalenzrate der Demenz von 22% an; bei über 50-jährigen liegt die Prävalenz nach Moss [13] bei 11,4%. Häufig beschränken sich die Studien auf das erhöhte Auftreten



Christian Wolff



Uwe Gövert



Bettina Kuske



Sandra Verena Müller

Das HMB-W-Verfahren bei Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz

Darstellung der Ergebnisse von Experteninterviews

22

| Tellhabe 3/2015, Jg. 54, S. 122 – 128

KURZFASSUNG Das HMB-W-Verfahren (Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung im Bereich Wohnen) ist ein Instrument zur Ermittlung des Hilfebedarfs bei Menschen mit geistiger Behinderung im stationären Wohnbereich. Anhand des HMB-W-Verfahrens erfolgt die Finanzierung der Mitarbeiter(innen) der Einrichtungen durch die sogenannte Maßnahmepauschale. Mit dem Ziel, aktuelle Herausforderungen für Behinderteneinrichtungen im HMB-W-Verfahren bei demenzerkrankten Menschen mit geistiger Behinderung zu ermitteln und Lösungsvorschläge aufzuzeigen, führten wir Experteninterviews mit Mitarbeiter(inne)n in Behinderteneinrichtungen in Niedersachsen. Diese beobachten bei Menschen mit Demenzerkrankungen eine zeit- und personalintensive Betreuung und sehen dementsprechend einen hohen Hilfebedarf nach dem HMB-W-Verfahren. Die Kostenträger sehen laut Interviewpartner(innen) einen niedrigeren Hilfebedarf, da eine demenzerkrankte Person im fortgeschrittenen Stadium kaum an Forderungen teilnehmen kann. Hier zeigt sich eine Diskrepanz in der Wahrnehmung des Hilfebedarfs zwischen Kostenträger und Behinderteneinrichtungen.

ABSTRACT The HMB-W-method for people with disabilities and dementia – results of expert interviews. The HMB-W-method (needs of people with disabilities in residential homes) is used to determine the need for assistance of people with mental disabilities that live in the inpatient residential area of facilities for disabled people. Based on this method the funding of the activity is realized. The aim of our survey is to identify the challenges for disabled facilities in using the HMB-W-method and to determine procedures in handling disabled people with dementia and to show possible solutions. Dementia often means time intensive care and assistance for employees of facilities and is rated with a high need for assistance. Payers see, according to interviewees, a lower need for

rung des HMB-W-Verfahrens bei Menschen mit geistiger Behinderung und einer Demenzerkrankung, die in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, zu erhalten.

Das HMB-W-Verfahren

Das Verfahren zur Ermittlung des Hilfebedarfs von Menschen mit Behinderung im Bereich Wohnen (HMB-W-Verfahren) wurde von METZLER (1998), vom Zentrum zur interdisziplinären Erforschung der „Lebenswelten behinderter Menschen“ (Z.I.E.L.) der Universität Tübingen, entwickelt. Das HMB-W-Verfahren wird in sieben Bundesländern, Bayern, Berlin, Bremen, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Niedersachsen, differierend in der Ausgestaltung, angewendet¹ (NIEDIEK 2010, 336 ff.). Das Verfahren dient in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe der Ermittlung des Hilfebedarfs von Menschen mit geistiger Behinderung. Ziel des HMB-W-Verfahrens ist es, Menschen mit geistiger Behinderung in Gruppen von Leistungsberechtigten mit vergleichbarem Bedarf einzuteilen. Anhand der Gruppen von Leistungsberechtigten mit vergleichbarem Bedarf wird die Maßnahmepauschale nach § 76 Abs. 2 SGB 12 kalkuliert (vgl. Gesetze für die Soziale Arbeit 05.07.2013, 1945). In Niedersachsen gelten seit dem 08.03.2011 die „Niedersächsischen Anwendungshinweise zum HMB-W-Verfahren“ (Gemeinsame Kommission 08.03.2011).

Das HMB-W-Verfahren gliedert sich in sieben Bereiche:

1. Alltägliche Lebensführung
2. Individuelle Basisversorgung
3. Gestaltung sozialer Beziehungen
4. Teilnahme am kulturellen und



Sandra Verena Müller



Vanessa Focke

„Weckworte“ – Alzpoetry zur Steigerung der Lebensqualität von älteren Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz

Ein Erfahrungsbericht

| Teilhabe 2/2015, Jg. 54, S. 68 – 71

| KURZFASSUNG Da Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung immer älter werden, erkranken auch immer mehr von ihnen an Demenz. Somit müssen sich die Einrichtungen der Behindertenhilfe auf die Bedürfnisse älterer Bewohner(innen), zum Teil mit Demenz, einstellen und ihre Tagesstruktur und Freizeitangebote entsprechend anpassen. Im Bereich der Altenhilfe ist derzeit das Konzept der „Weckworte“ besonders beliebt. Die Weckworte stellen eine Kombination von einfacher Dichtkunst mit Bewegung, Aufgaben, Musik und Geschichten erzählen dar, mit dem Ziel, neue und positive Kommunikation mit Menschen mit Demenz zu ermöglichen. Dabei wurde überprüft, ob auch ein sehr sprachdominiertes Freizeitangebot wie die „Weckworte“ bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz sinnvoll zur Steigerung der Lebensqualität und Lebensfreude einzusetzen ist. Unsere Praxiserfahrung zeigt, dass auch ältere Menschen mit geistiger Behinderung – mit und ohne Demenz – von der Durchführung der „Weckworte“ profitieren können.

| ABSTRACT „Weckworte“ – Alzpoetry to improve the quality of life of elderly persons with cognitive disabilities and dementia – an experience report. As the life experience of persons with so called disabilities is increasing, an increasing number of them suffers from dementia. As a consequence, the facilities of the services for persons with disabilities have to adapt their offers to the needs of elderly residents, some of them suffering from dementia, and they have to adapt their daily schedules and their recreation-

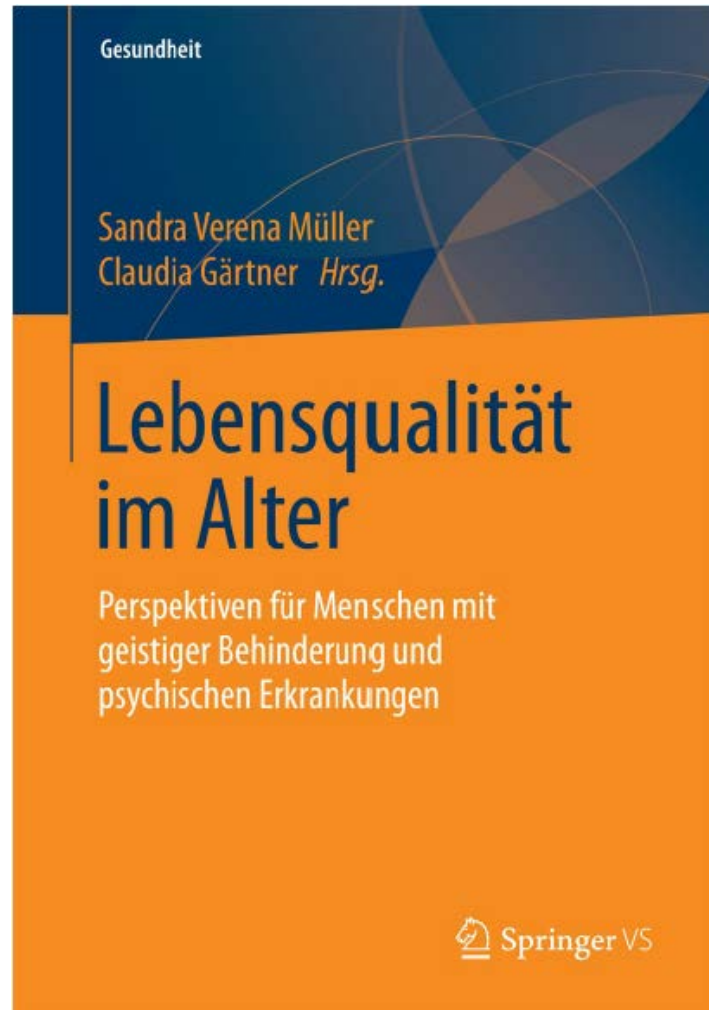
Herzlichen Dank an alle Teilnehmer und Mitarbeiter!!!

Wolfenbüttel

Ostfalia
Hochschule für angewandte
Wissenschaften



Zum Weiterlesen.....



Mit Beiträgen von:

Sandra Verena Müller

Bettina Kuske

Friedrich Dieckmann

Susanne Schäper

Josefine Heusinger

Gabriele Nellissen

Matthew Janicki

Antonia Coppus

Susanne Zank

Steffi Riedel-Heller

Peter Udsching

.....und vielen, vielen mehr!!!

Weitere Infos: www.projekt-demenz.de