

Einführung

Die Betreuung, Versorgung und Pflege von älteren Menschen mit geistiger Behinderung oder mit chronisch psychischer Erkrankung erfordert von den Mitarbeitern ein differenziertes berufliches Kompetenzprofil. Bei älteren Menschen mit geistiger Behinderung sind fundierte Kenntnisse und Erfahrungen sowohl auf dem Gebiet der Heilerziehungspflege als auch auf dem Gebiet der Altenpflege notwendig, bei älteren Menschen mit chronisch psychischer Erkrankung sind es entsprechend fundierte Kenntnisse und Erfahrung sowohl auf dem Gebiet der (geronto)psychiatrischen Pflege als auch der Altenpflege. Aufgrund der Tatsache, dass die Gruppe älterer Menschen mit geistiger Behinderung oder mit chronisch psychischer Erkrankung rasch zunimmt, erhalten fundierte Kenntnisse sowohl zur körperlichen als auch zur gerontopsychiatrischen Pflege älterer Menschen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Altenhilfe eine zentrale Bedeutung.

Dieses hoch differenzierte Kompetenzprofil ist, wie die nachfolgend dargestellte Untersuchung zeigt, in Einrichtungen der Behindertenhilfe und in Einrichtungen der Altenhilfe jedoch nur selten anzutreffen. Die Betreuung und Pflege älterer Menschen mit geistiger Behinderung oder mit chronisch psychischer Erkrankung wird zumeist von Pflegefachkräften geleistet, deren Ausbildung nur in Teilen den Anforderungen entspricht, die der berufliche Alltag stellt. In Einrichtungen der Behindertenhilfe sind vielfach Mitarbeiter tätig, die über langjährige Erfahrung und fundiertes Wissen in der Arbeit mit jüngeren und erwachsenen geistig behinderten Menschen verfügen, die jedoch nicht vorbereitet sind auf die Pflege von älteren geistig behinderten oder demenziell erkrankten pflegebedürftigen Menschen. Um diese Aufgabe kompetent bewältigen zu können, benötigen sie Erfahrung und Wissen auf dem Gebiet der Altenpflege. Dagegen sind in Einrichtungen der Altenhilfe vielfach Mitarbeiter tätig, die zwar hohe Kompetenz in der Arbeit mit hilfs- oder pflegebedürftigen älteren Menschen zeigen, die jedoch nicht über ausreichendes Wissen und Erfahrung in der Arbeit mit älteren Menschen verfügen, bei denen eine geistige Behinderung oder eine chronische psychische Erkrankung vorliegt.

Im Projekt „Vergleich von stationären Einrichtungen der Altenhilfe mit Einrichtungen der Behindertenhilfe hinsichtlich der Betreuungs- und Pflegekonzepte für ältere Menschen mit geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung“, das das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg mit Unterstützung der Robert Bosch Stiftung ausgeführt hat, wurden folgende Fragestellungen untersucht: Inwieweit stimmen das Kompetenzprofil der Mitarbeiter einerseits und andererseits das Anforderungsprofil der Arbeit mit älteren geistig behinderten oder chronisch psychisch erkrankten Menschen überein? Daraus ergibt sich die Frage: Sind Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Altenhilfe geeignet für die Betreuung und Pflege von älteren Menschen mit geistiger Behinderung oder chronisch psychischer Erkrankung?

Diese Fragestellung gewinnt eine besondere Bedeutung vor dem Hintergrund der Diskussion, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe schon lange geführt wird, ob ältere Menschen mit geistiger Behinderung bei erhöhtem körperlichem Pflegebedarf oder aber bei Auftreten einer demenziellen Erkrankung aus der Eingliederungshilfe entlassen und

nach SGB XI in einem Altenpflegeheim kostengünstiger versorgt werden sollen. Die Versorgung chronisch psychisch kranker älterer Menschen in Einrichtungen der Altenhilfe stand bisher kaum in der Öffentlichkeit zur Diskussion. Daher wurde auch diese Personengruppe in die Untersuchungen einbezogen, um die Bedingungen, unter denen sie versorgt werden, zu analysieren.

Um beurteilen zu können, ob stationäre Pflege- und Betreuungsmaßnahmen für eine bestimmte Personengruppe geeignet sind, ist an erster Stelle die Erhebung der Bedarfslage der Bewohner notwendig, um die Passung zwischen Bedarf und Bedürfnissen einerseits und den angebotenen Leistungen der Einrichtungen andererseits prüfen zu können. Die Bedürfnisse ergeben sich aus Art und Ausmaß der vorbestehenden Behinderung bzw. Grunderkrankung und der Veränderungen, die auf Alternsprozesse zurückzuführen sind. Hinzu kommen Bedürfnisse, die – unabhängig von Behinderung oder Erkrankung – bei Menschen aller Altersstufen die Grundlage eines gelingenden Lebens bilden.

Die Feststellung der Bedarfslage bei den Bewohnern der beteiligten Einrichtungen erfolgte durch Befragung jener Mitarbeiter, die durch den täglichen Umgang mit geistig behinderten oder psychisch kranken Bewohnern über Jahre Erfahrung gesammelt haben. Es wurde davon ausgegangen, dass diese Mitarbeiter aufgrund ihrer Ausbildung und langjähriger praktischer Erfahrung im täglichen Zusammenleben Einsichten in deren Problemlagen und deren Entwicklung erworben haben, die sie zu Experten auf diesem Gebiet machen. Ein ganzheitliches Wissen um den Verlauf von Behinderung bzw. Krankheit im Alter wird angestrebt, indem Theorien zu körperlichen und geistig-seelischen Alterns- und Krankheitsprozessen und deren Auswirkungen im alltäglichen Leben, wie die Mitarbeiter sie wahrnehmen, zusammengeführt werden.

Das Projekt wurde in 12 Einrichtungen ausgeführt; es handelt sich um sechs Einrichtungen der Altenhilfe und eine Einrichtung der Behindertenhilfe, die chronisch psychisch kranke Menschen betreuen, und fünf Einrichtungen der Behindertenhilfe für geistig behinderte Menschen. Der Ablauf der Studie ist im Anhang in Tabelle 1 dargestellt. Die Mitarbeiter wurden mittels Fragebögen und in Fokusgruppen zur folgenden Themenbereiche befragt: Bedarf und Bedürfnisse der Bewohner, beobachtete Veränderungen im Alter sowie die Anforderungen und Belastungen im Beruf, Voraussetzungen für eine optimale Betreuung und Pflege. Insgesamt wurden 590 Fragebögen, zwölf Fokusgruppen mit jeweils 8 bis 12 Mitarbeitern ausgewertet, es waren 48 Einrichtungen beteiligt (siehe Anhang Tabelle 2). Aus dem Material konnten Problembereiche im Beruf sowie theoretische Konzepte einer guten Pflege und Betreuung erarbeitet werden. Die Umsetzung dieser Konzepte im pflegerischen Alltag wurde durch die filmische Aufnahme von Interaktionen zwischen Bewohnern und Mitarbeitern dokumentiert; die Mitarbeiter konnten die Situation und den/die Bewohner für die filmische Aufnahme einer optimalen Umsetzung ihrer Konzepte in der Praxis bestimmen. Die Handlungsinhalte der Videosequenzen sind im Anhang in Tabelle 3 aufgeführt. Das gefilmte Verhalten von Mitarbeitern und Bewohnern wurde in einem ersten Schritt transkribiert. In einem zweiten Durchgang wurden redundante Verhaltensweisen dokumentiert, und in einem weiteren Schritt wurden diese zu Handlungseinheiten zusammengefasst. Es fanden sich insgesamt 30 Kategorien, die die Gesamtheit gefilmter relevanter Handlungseinheiten beschreiben, d. h. sie enthalten alle gefilmten Aktivitäten der Mitarbeiter (siehe Anhang Tabelle 4).

Die Analyse des filmischen Materials konnte jene Konzepte abbilden, die in der Praxis in Pflege und Betreuung bei den verschiedenen Personengruppen – geistig behinderte,

psychisch kranke und demenziell erkrankte Menschen – angewendet wurden. In individuell geführten Reflexionsgesprächen wurden die entwickelten Konzepte jeweils durch die einzelnen Mitarbeiter validiert.

Im ersten Teil dieses Buchs werden in den Kapiteln 1 und 2 die Menschen mit geistiger Behinderung bzw. mit chronisch psychischer Erkrankung unter dem Gesichtspunkt des Alterns und dessen Auswirkungen auf ihre Leistungsfähigkeit und Gesundheit beschrieben. Kapitel 3 befasst sich mit den beteiligten Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Altenhilfe und beschreibt Lücken in der Versorgung, die sich aus einem nicht ausreichend differenzierten Kompetenzprofil der Mitarbeiter ergeben. In den Kapiteln 4 und 5 werden die spezifischen Problembereiche von Mitarbeitern aus Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Altenhilfe mit Bezug auf spezifische Anforderungen und Belastungen im Beruf miteinander verglichen. In Kapitel 5 finden sich Literaturangaben zum Text und weiterführende Literatur für interessierte Leser. Den Abschluss bildet mit Kapitel 6 ein Gutachten, das sich mit einer sehr differenzierten Analyse der Qualitätskontrolle und der Entwicklung von Qualitätsstandards befasst.

Im zweiten Teil dieses Buchs kommen die Mitarbeiter von Einrichtungen der Altenhilfe und der Behindertenhilfe zu Wort. In 24 Kapiteln werden Themenbereiche, die für die Pflege und Betreuung geistig behinderter und psychisch kranker Menschen relevant sind, aus der langjährigen Erfahrung, die in der alltäglichen Praxis erworben wurde, dargestellt.

Im dritten Teil werden in Kapitel 1 die berufliche Ausbildung von Heilerziehungspflegern und von Altenpflegern einander gegenüber gestellt und Folgerungen für die Pflege und Betreuung von geistig behinderten und chronisch psychisch kranken Menschen entwickelt. In Kapitel 2 wird auf die erarbeiteten Konzepte näher eingegangen, und die Ergebnisse und ihre Strukturierung erläutert.

Die Herausgeber danken der Robert Bosch Stiftung für die großzügige finanzielle Unterstützung dieses Projekts, Herrn Prof. Dr. Reimer Kornmann, Pädagogische Hochschule in Heidelberg, für die fachliche Beratung, dem Kohlhammer Verlag, der uns die Möglichkeit gegeben hat, diese Studie zu veröffentlichen, und Frau Barbara Heidecker für die sachkundige und unkonventionelle Begleitung. Wir danken allen Mitarbeitern und der Leitung der beteiligten Einrichtungen, dass sie der nicht unerheblichen zusätzlichen Belastung im Tagesablauf, die diese Studie verursacht hat, zugestimmt haben, und für ihr persönliches Engagement, das nicht zuletzt in den von ihnen geleisteten Beiträgen zum Ausdruck kommt.

I Bewohner und Mitarbeiter in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Altenhilfe mit Schwerpunkt psychische Erkrankung

1 Menschen mit geistiger Behinderung

1.1 Demografische Entwicklung und Mortalität

Die Lebenserwartung der Bevölkerung hat sich in den letzten 100 Jahren verdoppelt: Zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts wurden Frauen 48, Männer 45 Jahre alt. Heute beträgt die Lebenserwartung bei der Geburt bei Mädchen 81 Jahre, bei Knaben 75 Jahre. Die Struktur innerhalb der Bevölkerung verschiebt sich; der höchste Zuwachs findet sich in der Gruppe der 90-Jährigen, bei ihnen ist mit einem Zuwachs von 157 % im Zeitraum von 2005–2030 zu rechnen, zugleich nimmt der Anteil der jüngeren Bevölkerung ab. Das bedeutet aber nicht, dass die Anzahl pflegebedürftiger Menschen in der Bevölkerung in gleicher Weise zunimmt, das Gegenteil ist der Fall: Die Erkrankungshäufigkeit ging bei den über 65-Jährigen von 1982–1999 von 26 auf knapp 20 % zurück. Die Ursachen dafür liegen in einer Verminderung der Säuglingssterblichkeit, im steigenden Wohlstand, in besseren Arbeitsbedingungen, in einer besseren medizinischen Versorgung, die beispielsweise operative Maßnahmen, Antibiotika, die Behandlung von Diabetes mellitus, Hochdruck und von Herzkrankungen einschließt, einer Verbesserung der Hygiene, der Ernährung und des Lebensstils sowie der Einführung präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen. Unter der Voraussetzung einer gleich bleibenden gesundheitlichen Versorgung darf angenommen werden, dass die Lebenserwartung weiterhin ansteigt. Erkrankungen, die im Alter häufiger zum Ausbruch kommen, werden daher bei gleich bleibenden prozentualen Anteilen in einer sich vergrößernden Altersgruppe zahlenmäßig vermehrt auftreten. Hauptsächlich werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Malignome zunehmen. Demenzen werden einen deutlichen Zuwachs zeigen, der jedoch im stationären medizinischen Bereich nicht ins Gewicht fällt, Auswirkungen finden sich in der häuslichen Pflege und Versorgung. Der Anteil liegt bei 35–45 % demenziell Erkrankter in der Altersgruppe der über 80-Jährigen und macht das Ausmaß und die Bedeutung dieser gesellschaftlichen Herausforderung deutlich.

Der demografische Wandel betrifft Menschen mit geistiger Behinderung in gleicher Weise wie die Gesamtbevölkerung, denn die Betreuung, die Wohnverhältnisse, die Ernährung, der Lebensstil und die medizinische Versorgung haben sich für die wenigen Überlebenden des Dritten Reichs und die nach dem Krieg geborenen geistig behinderten Menschen deutlich gewandelt. Erfahrungen mit Alternsprozessen sind in der Bundesrepublik nur in geringem Ausmaß vorhanden; demografische und epidemiologische Daten sowie Erfahrungsberichte werden daher der internationalen Literatur entnommen.

Die durchschnittliche Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung gleicht sich allmählich jener der Gesamtbevölkerung an, ohne diese jedoch zu erreichen; sie ist umso geringer, je schwerer die Ausprägung der geistigen Behinderung ist. Das Down-Syndrom ist eine häufige Ursache einer geistigen Behinderung, Menschen mit Down-Syndrom haben eine kürzere Lebenserwartung im Vergleich zu geistig behinderten Menschen ohne Down-Syndrom. Die Ursache dafür sind angeborene Fehlbildungen, die eine erhöhte Sterblichkeit in jüngeren Altersgruppen zur Folge haben, andererseits treten demenzielle Erkrankungen häufig schon in der Altersgruppe der 40- bis 50-Jährigen auf. Abbildung 1 zeigt die durchschnittliche Lebenserwartung in verschiedenen Altersgruppen einer Population von geistig behinderten Menschen mit und ohne Down Syndrom.

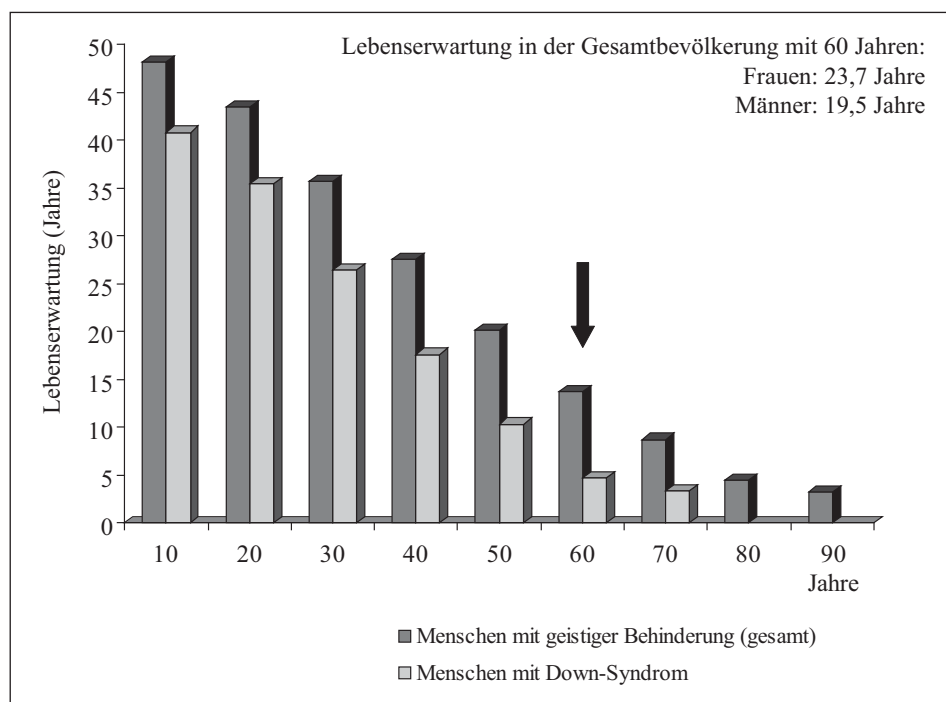


Abb. 1: Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung (nach Maaskant et al. 2002)

Die durchschnittliche Lebenserwartung von geistig behinderten Menschen und insbesondere jene von Menschen mit Down-Syndrom ist in allen Altersgruppen geringer als jene in der Gesamtbevölkerung.

Patja et al. (2000) untersuchten in einer Longitudinalstudie die Lebenserwartung in Abhängigkeit vom Schweregrad der geistigen Behinderung. Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung haben eine Lebenserwartung, die weitgehend derjenigen der Gesamtbevölkerung entspricht. Menschen mit einer sehr schweren geistigen Behinderung zeigen in allen Altersgruppen eine erhöhte Mortalität, und es gibt nur wenige, die ein sehr hohes Alter erreichen. Das relative Sterberisiko aufgrund von Erkrankungen wie beispielsweise Epilepsie, körperliche Missbildungen, angeborene Herzerkrankungen ist

in dieser Gruppe bis zum 30. Lebensjahr erhöht. Abb. 2 zeigt das Sterbealter in Abhängigkeit des Schweregrades der geistigen Behinderung.

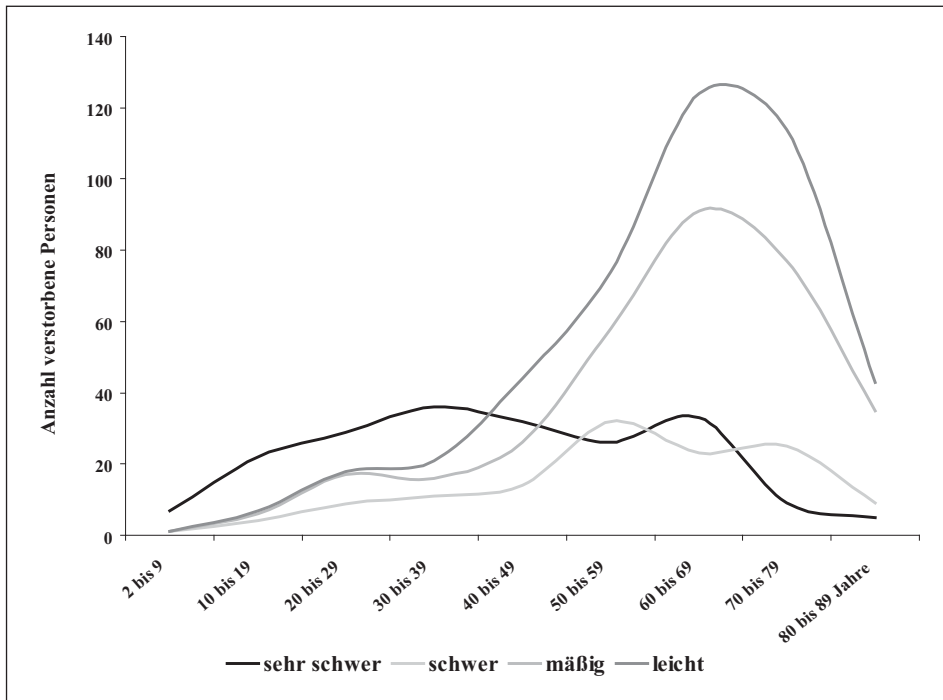


Abb. 2: Sterbealter bei Menschen mit geistiger Behinderung (nach Patja et al. 2000)

Patja et al. (2001) geben eine Prävalenz der geistigen Behinderung von 0,7 % an. Das durchschnittlich erreichte Lebensalter lag für Männer mit geistiger Behinderung bei 56 und für Frauen bei 59,3 Jahren; bei leichtem Schweregrad wird die durchschnittliche Lebenserwartung ohne Differenzierung der Geschlechter mit 58,5 Jahren angegeben, bei mäßigem Schweregrad mit 60,2 Jahren, bei schwerem mit 54,5 Jahren und bei sehr schwerem Schweregrad mit 46,8 Jahren.

Da geistig behinderte Menschen während des Dritten Reichs weitgehend ausgerottet worden sind, ist in den kommenden Jahren ein sehr steiler zahlenmäßiger und anteilmäßiger Anstieg älterer Menschen, die nach dem Krieg geboren worden sind, zu erwarten. Da weder geistige Behinderung noch psychische Erkrankung meldepflichtig sind, sind die betroffenen Personengruppen nur teilweise statistisch erfasst. Das Statistische Bundesamt erhebt regelmäßig Daten derjenigen Menschen mit Behinderung, die anerkannt schwer behindert sind. Es wird jedoch nicht differenziert zwischen den einzelnen Formen der Behinderung (körperlich, geistig, sensorisch) oder von psychischen Erkrankungen.

Ergebnisse des Kennzahlenvergleichs der überörtlichen Träger der Sozialhilfe des Bundesgebietes für 2005/6 (con_sens, 2007) erfassen für 2006 insgesamt 195.711 Leistungs-

berechtigte, davon entfallen 66,25 % auf Menschen mit geistiger Behinderung, 9,10 % auf psychisch Erkrankte und 24,65 % auf körperlich behinderte Menschen. Die Anzahl behinderter Menschen, die in stationären Einrichtungen und im Betreuten Wohnen leben, hat von 2002–2006 zugenommen. Abbildung 3 zeigt den deutlichen Zuwachs in absoluten Zahlen in beiden Bereichen, der Zuwachs ist im Betreuten Wohnen deutlich stärker. Der größte Anteil der Menschen mit einer Behinderung wird stationär betreut; der Anteil, der ambulant betreut wird, zeigt allerdings einen steileren Anstieg im beschriebenen Zeitraum, er steigt von 22,4 % im Jahr 2002 auf 28,9 % im Jahr 2006 an.

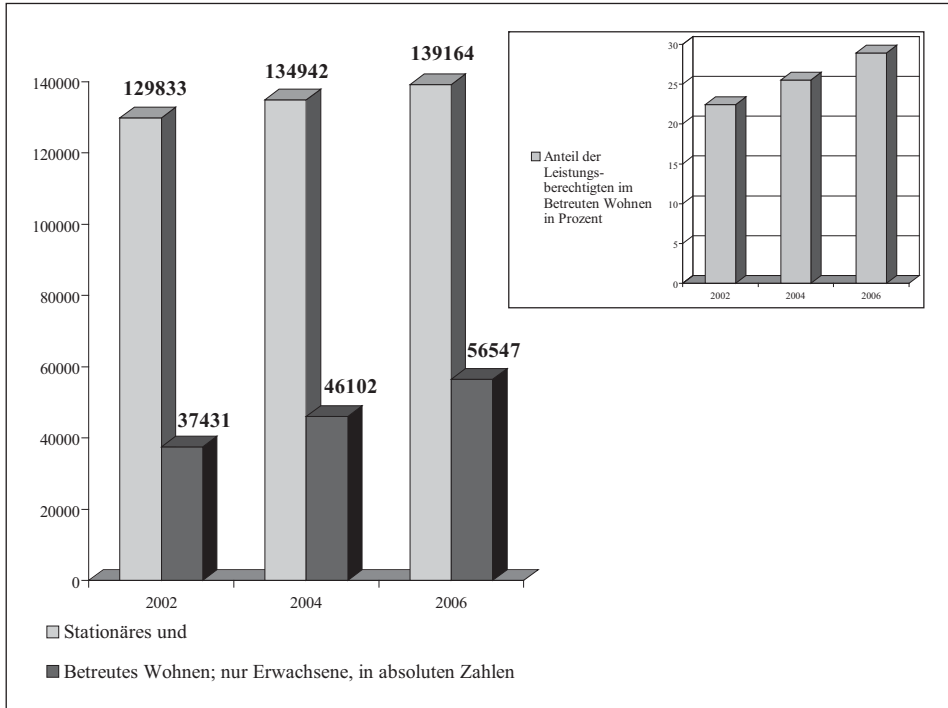


Abb. 3: Behinderte Menschen im stationären und im ambulanten Wohnen (nach con_sens, 2007)

Im Betreuten Wohnen leben 31,6 % geistig behinderte Menschen, 65,5 % psychisch Kranke und 2,9 % körperlich behinderte Menschen. Die Altersverteilung im stationären Bereich hat sich im Zeitraum von 1998–2006 umstrukturiert. Die Altersgruppen bis 40 Jahre haben deutlich abgenommen, während die über 40 Jahre anteilmäßig zugenommen haben. Das Durchschnittsalter lag im Jahr 2000 bei 38,8 Jahren, 2006 lag es bei 41,9 Jahren. Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der Altersverteilung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe.

Die Anzahl der in der Familie oder im privaten Haushalt lebenden behinderten Personen kann nicht erfasst werden. Schätzungen ergeben, dass etwa die Hälfte der in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) beschäftigten Menschen mit geistiger Behinderung zuhause leben. Es handelt sich hierbei um die jüngeren Altersgruppen. Ab dem 40.–50.

Lebensjahr ist eine Betreuung durch Eltern oder Angehörige häufig nicht mehr möglich, sodass die Notwendigkeit besteht, für sie stationäre oder ambulante Wohnmöglichkeiten vorzuhalten.

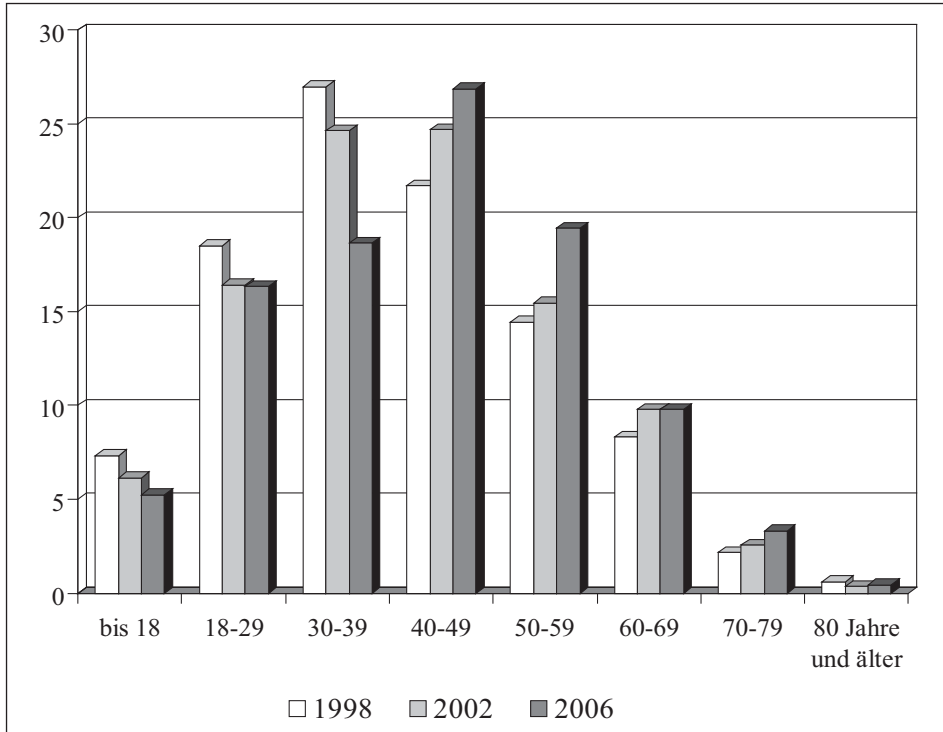


Abb. 4: Altersverteilung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in Prozent für 1998, 2002 und 2006 im Vergleich (nach con_sens 2007)

Diese Entwicklungen sind bei der Planung von Angeboten oder tagesstrukturierenden Maßnahmen zu berücksichtigen. Sechzig Jahre nach Ende des Krieges treten zunehmend Menschen mit geistiger Behinderung oder chronisch psychischer Erkrankung in den Ruhestand, oder aber die Versorgung durch die Familie ist aufgrund des Alters der Angehörigen nicht mehr möglich. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, eine adäquate Versorgung und Unterkunft und eine angemessene Beschäftigung auch nach der Erwerbsphase bereitzustellen.

1.2 Älter werden mit geistiger Behinderung

Mitarbeiter in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe wurden mittels Fragebögen und in Fokusgruppen befragt zu ihren Erfahrungen mit dem Prozess des Älterwerdens von Menschen mit geistiger Behinderung, zu Veränderungen, Bedürfnissen, zu Merkmalen von Kompetenz, zu Gewinnen und Verlusten und zu Merkmalen der Lebensqualität, die sie beobachtet haben. Die Ergebnisse werden im Folgenden zusammengefasst.

Geistig behinderte Menschen unterscheiden sich im Prozess des Älterwerdens nicht grundsätzlich von der Gesamtbevölkerung, insbesondere wird darauf hingewiesen, dass sich mit zunehmendem Alter eine große interindividuelle Variabilität mit Bezug auf die körperliche und psychische Entwicklung zeigt. Im Vergleich zu Senioren, die nicht in einer stationären Einrichtung leben, wirken sie nach Aussagen der Mitarbeiter ausgeglichener und ausgeruhter, da sie in der Einrichtung geschont werden und nicht für ihren Lebensunterhalt sorgen müssen.

Die älteren Bewohner werden aufgrund ihres Soseins, das von der Gesellschaft überwiegend als Anderssein negativ interpretiert wird, nicht als gesellschaftsfähig anerkannt und integriert. Viele von ihnen wurden in ihrer Jugend zur Ausführung von Dienstleistungen herangezogen, mussten schwere körperliche Arbeit unter schwierigen Bedingungen leisten, wurden kaum oder schlecht entlohnt, lebten unter schlechten räumlichen und gesundheitlichen Bedingungen und waren der unkontrollierten Gewalt der Umwelt ausgesetzt. Frauen wurden häufig sexuell missbraucht, und die Vergewaltigten profitierten davon, dass die Frauen nicht mit Worten ausdrücken konnten, was ihnen angetan worden war; sie wurden darüber hinaus als abgestumpft und unempfindlich eingeschätzt. Letzten Endes wurden Menschen mit geistiger Behinderung nicht als gleichwertige, ebenbürtige Menschen angenommen, die Würde, die jedem Menschen zu eigen ist, wurde ihnen abgesprochen. Diese Einstellung der Gesellschaft, eine eingeschränkte verbale Kommunikationsfähigkeit sowie die verminderte kognitive Leistungsfähigkeit hat sie an den Rand unserer Gesellschaft gedrängt. Die Unmittelbarkeit ihrer Ausdrucksweise hat ihnen die Position von Kindern zugewiesen. Sie selber schätzen sich teilweise auch noch im hohen Alter als Kinder ein: „Ich bin ein Bub“ oder „Ich bin ein Mädle. Frauen dürfen rauchen, Mädle net.“

Ein großer Teil geistig behinderter älterer Menschen lebt in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. Sie sind entweder schon als Kinder aufgenommen worden, da sich die Angehörigen nicht in der Lage sahen, in ihrem gesellschaftlichen Umfeld mit den engen herrschenden Konventionen ihren Lebensplan mit einem geistig behinderten Kind in der Familie zu verwirklichen. Die Kinder in eine „Anstalt“ zu geben war auf alle Fälle besser als sie zu verstecken; nicht nur für die Eltern war es leichter, sondern auch für die Betroffenen, die auf diese Weise unter Umständen einem menschenunwürdigen Dasein entkommen sind. Ein starker Lebenswille, der die Menschen befähigt hat, auch schwierige Situationen zu überstehen, wird von der überwiegenden Mehrheit der Mitarbeiter bestätigt. Trotz erlebter Enttäuschungen erinnern sich geistig behinderte ältere Menschen oft gerne an ihre Angehörigen und leiden häufig sehr darunter, dass keine familiären Kontakte mehr bestehen.

Wenngleich sie sich in der Einrichtung einer strengen Disziplin haben beugen müssen und durch eine lebenslange Abhängigkeit von den Betreuern ihre persönliche Entwicklung erschwert oder gar unmöglich war, konnten doch lang anhaltende persönliche Beziehungen untereinander oder mit den Betreuern entstehen. Die geistig behinderten Menschen waren Teil der Gemeinschaft, wurden zu hauswirtschaftlichen oder anderen Arbeiten herangezogen, dadurch empfinden sie heute noch ihr Leben als nützlich. Strenge religiöse und feste Moralvorstellungen wurden ihnen schon in früher Kindheit eingeprägt, ein großer Teil hat sie unverändert bewahrt, und darin erleben viele geistig behinderte Menschen im Alter Sicherheit. Die Mitarbeiter bestätigen, dass die Bewohner ihr Leben als sinnvoll empfinden, dass sie aufgrund ihrer persönlichen Lebenseinstellung – überwiegend handelt es sich um verinnerlichte Glaubensgrundsätze – eher hoffnungsvoll und optimis-