

# Umgang mit Menschen mit Intelligenzminderung und Demenz: Maßnahmen zur Gesundheit und Teilhabe in der Gemeinschaft

## Zusammenfassung

Michael-Mark  
Theil

Sandra Verena  
Müller

**B**ei Menschen mit Intelligenzminderung liegen im Vergleich zu Menschen ohne Intelligenzminderung keine zusätzlichen oder anderen Kriterien in der Diagnostik der Demenz vor. Entscheidend sind vielmehr die Erfassung erster Symptome im Querschnitt und die Beobachtung des Verlaufs im Längsschnitt. Zu den allgemeinen Symptomen einer Demenz gehören zum Beispiel der Abbau der kognitiven Leistungsfähigkeit, das Auftreten von Gedächtnisstörungen, Aphasie, Apraxie, Agnosie, Störungen der Exekutivfunktionen, Veränderung der Persönlichkeit, wie beispielsweise sozialer Rückzug, Apathie oder Feindseligkeit. Für die Differenzialdiagnostik und Therapie ist die Abgrenzung der Demenz von der Depression und vom Delir von Bedeutung. Wie bei anderen psychischen Erkrankungen gilt für Demenzen bei Menschen mit Intelligenzminderung, dass die Symptome der spezifischen Syndrome und die Kenntnis des individuellen, höchsten jemals erreichten Leistungsniveaus der Patienten häufig erst eine aussagekräftige Einordnung des

jeweiligen klinischen Bildes ermöglichen. Bei Menschen mit einer Intelligenzminderung spielt die Fremdbeobachtung in der Diagnostik eine zentrale Rolle. Ohne dieses Wissen kann eine fälschliche Zuordnung der Symptome zur vorbestehenden Intelligenzminderung erfolgen.

Das betreuende Umfeld, egal ob Zuhause, in den Wohneinrichtungen oder den Werkstätten der Eingliederungshilfe, hat auch im Alter zusammen mit den medizinischen und therapeutischen Leistungsanbietern eine besondere Verantwortung in der komplexen gesundheitlichen Fürsorge von Menschen mit Intelligenzminderung während der gesamten Lebensspanne. Dementsprechend ist das betreuende Umfeld für eine demenzsensible Wohnraumgestaltung und demenzsensible Kommunikation verantwortlich. Wichtige Themen in diesem Kontext sind für Einrichtungen der Eingliederungshilfe weiterhin die Fortbildung der Mitarbeitenden zum Thema Alter und Demenz, die Zunahme des Pflegebedarfs, Palliative Care und zielgruppenspezifische Freizeitangebote.

*Strategies for people with intellectual disability and dementia: actions on health and participation in community*

## Summary

Regarding the clinical diagnostics there are no additional or different criteria for dementia related to people with intellectual disabilities in comparison to people without intellectual disabilities. Therefore, it is essential to cross-sectional assess early symptoms and to longitudinally observe their progression. General dementia symptoms are the

### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Michael-Mark Theil

Evangelische Stiftung Neuerkerode,  
Integrierter Gesundheitsdienst Neuerkerode  
Kastanienweg 3, 38173 Sickinge-Neuerkerode  
E-Mail: michael-mark.theil@neuerkerode.de

Prof. Dr. rer. nat. habil. Sandra Verena Müller

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften,  
Fakultät für Soziale Arbeit  
Salzdahlumer Straße 46-48, 38302 Wolfenbüttel  
E-Mail: s-v.mueller@ostfalia.de

degradation of cognitive abilities, disturbances of memory, aphasia, apraxia, agnosia, executive dysfunctions and personality changes like social withdrawal, apathy or hostility. Preparing an appropriate therapy, a sufficient differential diagnosis is needed for distinguishing dementia from depression or delirium. The symptoms of specific syndromes and the knowledge of the patient individual highest performance level usually allow a reasonable classification of the clinical picture. Beside dementia this approach is valid for other psychiatric disorders in people with intellectual disabilities, too. Because of the communicative and other deficits of people with intellectual disabilities third-party-observations play a crucial role in the diagnosis of dementia. Without these external observations, a false attribution of the symptoms to the pre-existing intellectual disability could happen. The care-giving at home, in ambulant or stationary settings of the welfare institutions for people with intellectual disabilities or in sheltered workshops for people with intellectual disabilities as well as the medical and therapeutic health care hold a high responsibility in the general and particular health care of this patient group over their complete life span. According to this, the care-givers are responsible for dementia-sensitive configurations of the living environment and a dementia-sensitive communication. With respect to the welfare institutions for people with intellectual disabilities, an important issue remains in further trainings and education in the topics of aging and dementia, care-giving demand, palliative care and target-group-specific leisure opportunities in order to ensure a sufficient health care to people with intellectual disabilities.

## Schlüsselwörter

Alter, Demenz, Diagnostik, neuropsychologische Testung, Menschen mit Intelligenzminderung, Menschen mit geistiger Behinderung

## Keywords

age, aging, dementia, diagnostic, neuropsychological assessment, people with intellectual disabilities