

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
- Fakultät Sozialpädagogik -

„Unterstützter Ruhestand“?  
Wenn Menschen mit geistiger Behinderung in den  
Ruhestand gehen

Diplomarbeit

Tag der Abgabe: 14.07.2005

Vorgelegt von: Hippen, Mareeke  
Julius-Leber-Str. 38  
22765 Hamburg

Matrikel-Nr.: 1635392

Betreuende Prüfende: Prof. Mary Schmoecker  
Zweiter Prüfer: Klaus-Peter Judith

### *Altersheim*

*Menschen im hohen Alter brauchen einen Abstellraum.*

*Ein Heim zur Entsorgung der Altersnöte braucht es in jedem Dorf.*

*Im Alter haben manche keine Begabung mehr zum Leben.*

*Die Augen werden trüb und der Verstand erlischt auf der Lebensdurststrecke.*

*Im Altersheim ist die Stille unheimlich.*

*Kein Laut erschallt mehr aus den Mündern.*

*Krankenschwestern trocknen müde Glieder weich.*

*Im Alter ist das Leben nur mehr ein mühsamer Anblick.*

*Die Schwester Oberin sorgt dafür, dass die alten Leute nicht den Dienstplan überschreiten.*

*Der Heimkoch siedet weiche Speisen für zahnlose Menschen.*

*Das Altenpersonal bezieht rund um die Uhr ihre Dienststellung.*

*Die Langeweile hängt lang und breit in den Krankenbetten.*

*Manchmal steht der Tod vorzeitig an der Schwelle.*

(Georg Paulmichl<sup>1</sup>, 1994:12)

---

<sup>1</sup> ein Mensch mit geistiger Behinderung

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>Historische und gesellschaftliche Ausgangssituation</b>	<b>5</b>
<b>2.1</b>	<b>Demografischer Wandel</b>	<b>5</b>
<b>2.2</b>	<b>Historische Entwicklung der stationären Unterbringung</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Geistige Behinderung</b>	<b>9</b>
<b>3.1</b>	<b>Begriffsbestimmung von Behinderung</b>	<b>9</b>
3.1.1	Klassifikation von geistiger Behinderung	10
<b>3.2</b>	<b>Ursachen und Formen geistiger Behinderung</b>	<b>11</b>
<b>3.3</b>	<b>Vorurteile und Stigmatisierungen</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>Altern</b>	<b>15</b>
<b>4.1</b>	<b>Begriffsbestimmung des Alterns</b>	<b>15</b>
<b>4.2</b>	<b>Dimensionen des Alterns</b>	<b>17</b>
4.2.1	Biologisches Altern	17
4.2.2	Psychologisches Altern	18
4.2.3	Soziologisches Altern	19
<b>4.3</b>	<b>Alterstheorien</b>	<b>20</b>
4.3.1	Aktivitätstheorie	20
4.3.2	Disengagementtheorie	22
4.3.3	Kontinuitätshypothese	24
4.3.4	Kompetenzmodell	25
4.3.4.1	Kompetenzmerkmale	26
<b>4.4</b>	<b>Schlussfolgerung zu geistiger Behinderung und Altern</b>	<b>27</b>
4.4.1	Begriffsbestimmung des Alterns bei Menschen mit geistiger Behinderung	28
4.4.2	Bio-psychosoziale Dimensionen des Alterns	29
4.4.3	Alterstheorien	30
<b>5</b>	<b>Sozialrechtliche Rahmenbedingungen</b>	<b>31</b>
<b>5.1</b>	<b>SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben</b>	<b>32</b>
<b>5.2</b>	<b>SGB XII: Hilfe in besonderen Lebenslagen</b>	<b>35</b>
5.2.1	Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung	35
5.2.2	Hilfe zur Pflege	36
<b>5.3</b>	<b>SGB XI: Gesetzliche Pflegeversicherung</b>	<b>37</b>
<b>5.4</b>	<b>Eingliederungshilfe versus Pflegeversicherung</b>	<b>39</b>
<b>6</b>	<b>Lebenslagen von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter</b>	<b>41</b>
<b>6.1</b>	<b>Wohnen</b>	<b>42</b>
6.1.1	Stationäre Wohnformen heute	42

6.1.2	Wohnbedürfnisse	43
6.1.3	Veränderungsbedarf	45
<b>6.2</b>	<b>Tagesstrukturierung und Alltagsorientierung</b>	<b>47</b>
6.2.1	Freizeitbedürfnisse	48
6.2.2	Freizeitsituation von Menschen mit geistiger Behinderung	49
6.2.3	Anforderungen an die Tagesstrukturierung alternder Menschen mit geistiger Behinderung	52
<b>6.3</b>	<b>Soziale Netzwerke alternder Menschen</b>	<b>53</b>
6.3.1	Zusammensetzung sozialer Netzwerke	53
6.3.2	Soziale Netzwerke von Menschen mit geistiger Behinderung	54
<b>6.4</b>	<b>Eintritt in den Ruhestand</b>	<b>56</b>
6.4.1	Veränderungsvorschläge	57
<b>7</b>	<b>Konzeptionelle Grundlagen Sozialer Arbeit und ihre Bedeutung für die Arbeit mit Menschen mit Behinderung</b>	<b>58</b>
<b>7.1</b>	<b>Empowerment</b>	<b>58</b>
7.1.1	Begriffsbestimmung von Empowerment	59
7.1.2	Grundprinzipien und Menschenbild	60
<b>7.2</b>	<b>Case Management</b>	<b>63</b>
7.2.1	Berufsrollen des Case Managers/ der Case Managerin	65
7.2.2	Phasen des Case Managements	65
7.2.2.1	Assessment	66
7.2.2.2	Planning	66
7.2.2.3	Monitoring	67
7.2.2.4	Evaluation	67
<b>7.3</b>	<b>Biografiearbeit</b>	<b>68</b>
7.3.1	Kompetenzdialog	68
7.3.2	Kompetenzdialog mit Menschen mit geistiger Behinderung	70
<b>7.4</b>	<b>Soziale Netzwerkarbeit</b>	<b>72</b>
7.4.1	Netzwerkberatung	73
7.4.2	Netzwerkförderung	74
<b>8</b>	<b>Vorstellung des Modellprojekts „Unterstützter Ruhestand“</b>	<b>75</b>
8.1	Ablauf des „Unterstützten Ruhestands“	75
<b>9</b>	<b>Schlussbetrachtung</b>	<b>79</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	
	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	
	<b>Literaturverzeichnis</b>	

## 1 Einleitung

In vielen stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe ist der Trend zu verzeichnen, dass Bewohner und Bewohnerinnen das Rentenalter erlangen. Viele treten den Ruhestand ein, andere werden aufgrund fehlender Betreuungskonzepte in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) weiterbeschäftigt. Dabei ergibt sich die Frage, wo die Bedarfe an Unterstützungsleistungen liegen und wie diese gestaltet werden müssen.

Aufgrund der medizinischen Entwicklung und verbesserten Versorgung hat sich die Lebenserwartung für diesen Personenkreis erhöht. Zusätzlich wurden viele Menschen mit geistiger Behinderung, die vor oder während des Nationalsozialismus geboren wurden, durch die „Euthanasie“-Aktionen der Nazis ermordet. Somit können diese Personen das erste Mal überhaupt das Rentenalter erreichen. Sie unterliegen den Entwicklungen des demografischen Wandels ebenso wie die Gesamtbevölkerung.

In den letzten Jahrzehnten lag das Hauptaugenmerk der Behindertenpädagogik auf der Rehabilitation, die sich von der Frühförderung im Kleinkindalter, den Integrationskindergärten und –schulen im Kindheits- und Jugendalter, bis hin zu Arbeitstrainingsmaßnahmen und Arbeit in den WfbMs oder Integration in den ersten Arbeitsmarkt erstreckte. Dass diese Personen das Rentenalter erlangen und auch beim Eintritt in den Ruhestand begleitet werden müssen, blieb bislang weitgehend außer Acht.

Meistens waren Menschen mit geistiger Behinderung ihr Leben lang in stationären Einrichtungen untergebracht, insofern haben sie einen Lebenslauf der Aussonderung durchlebt. Ihnen fehlt es oft an Kompetenzen, die für eine selbständige und selbstbestimmte Lebensführung notwendig sind. Gründe dafür liegen einerseits in den behinderungsbedingten Beeinträchtigungen. Andererseits liegt es in den Institutionen selbst, die durch ihre Bewahrungs- und Verwahrungsstruktur der Entfaltung von Potentialen im Wege stehen (Stichwort: „Erlernte Hilflosigkeit“).

Menschen mit geistiger Behinderung unterliegen Vorurteilen und Stigmatisierungen. So wird ihnen oft eine verkürzte Lebenserwartung nachgesagt, in Wirklichkeit stimmt diese weitestgehend mit der der Gesamtbevölkerung überein. Außerdem werden ihnen alters-typische Entwicklungen abgesprochen, so dass sie „ewige Kind“ bleiben und sich die Frage nach der Lebensphase Alter gar nicht stellt.

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit Menschen, die von Geburt an geistig behindert sind und von der Beschäftigung in der Werkstatt in den Ruhestand wechseln. Sie haben neben der Behinderung auch andere durch das Altern hervorgerufene Unterstützungsbedarfe. Diese entsprechen zwar weitestgehend denen von nichtbehinderten

älteren Menschen, sind jedoch anders gewichtet. Außerdem unterscheiden sich die Lebensläufe stark von der Normalbiografie nichtbehinderter Menschen. Es besteht ein Hilfebedarf durch die lebenslang vorliegende geistige Behinderung. Dieser erhöht sich im Alter zusätzlich durch alterstypische Abbauprozesse. Somit spielt die Behindertenpädagogik eine sehr wichtige Rolle und ergänzend dazu Erkenntnisse aus der Gerontologie.

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Fragestellung, wie der Ruhestand für Menschen mit geistiger Behinderung in stationären Einrichtungen angemessen unterstützt und gestaltet werden kann.

Da das Altern für die Gesamtbevölkerung ein bedeutendes Thema darstellt, wird in **Kapitel 2** einleitend ein kurzer Überblick über den demografischen Wandel gegeben und aufgezeigt, inwieweit die Entwicklungen auch auf Menschen mit Behinderung zutreffen. Zudem wird beschrieben, wie sich die stationäre Versorgung im Nachkriegsdeutschland entwickelte und welche Auswirkungen die Wohnbedingungen der stationären Unterbringung für die Menschen mit Behinderung haben.

In **Kapitel 3** erfolgen die Begriffsbestimmung von Behinderung und die Klassifikation von geistiger Behinderung. Es schließt eine kurze Zusammenfassung über die Ursachen und Formen geistiger Behinderung an, damit deutlich wird, welcher Personenkreis in der vorliegenden Arbeit beschrieben wird. Im Anschluss werden Vorurteile und Stigmatisierungen beschrieben, die im Zusammenhang mit Behinderung bestehen.

**Kapitel 4** beschäftigt sich mit den theoretischen Grundlagen des Alterns. Diese beinhalten, neben der Begriffsbestimmung, eine Beschreibung des Alterungsprozesses auf den bio-psycho-sozialen Ebenen. Um weitere theoretische Einblicke in das Thema Altern zu vermitteln, werden verschiedene Theorien vorgestellt und kritisch hinterfragt. Im Anschluss werden die theoretischen Ausführungen mit geistiger Behinderung in Beziehung gesetzt, so dass ein erster Einblick in die Problemlagen der Betroffenen erfolgen kann.

Anschließend werden in **Kapitel 5** die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen für die Betreuung von Menschen mit Behinderung im Alter näher beleuchtet. Dazu wird eine kurze Erläuterung der wesentlichen Inhalte des Sozialgesetzbuchs (SGB) IX gegeben. Weiterführend erfolgen Zusammenfassungen der Hilfe in besonderen Lebenslagen des SGB XII, insbesondere der Eingliederungshilfe und Hilfe zur Pflege. Es folgt ein kurzer Überblick über die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nach dem SGB XI. Den Abschluss bildet eine Erörterung der Abgrenzungproblematik von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung.

**Kapitel 6** beschäftigt sich mit den Lebenslagen von Menschen mit Behinderung im Alter. Es wird jeweils die aktuelle Situation in den Bereichen Wohnen, Tagesstrukturierung und Alltagsorientierung, soziale Netzwerke und Eintritt in den Ruhestand beschrieben. Dabei wird verdeutlicht, wo Veränderungsbedarf besteht und Problemlösungen ansetzen müssen.

In **Kapitel 7** werden konzeptionelle Grundlagen und die Bedeutung für die Arbeit mit Menschen mit Behinderung dargestellt. Dazu gehören Empowerment als Handlungskonzept und die Methoden des Case Management sowie der Biografie- und Sozialen Netzwerkarbeit. Die vorgestellten Grundlagen knüpfen an die in Kapitel 6 herausgearbeiteten Unterstützungsbedarfe an.

**Kapitel 8** beinhaltet die Beschreibung des Modellprojekts „Unterstützter Ruhestand für Menschen mit Behinderung“ des Landesverbands Nordrhein-Westfalen für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V. (LV-NRW). Dieses Projekt beschäftigt sich mit der Frage nach den Unterstützungsbedarfen älterer Menschen mit geistiger Behinderung und entwickelt geeignete Unterstützungsangebote. Dieses Modellprojekt stellt den praktischen Hintergrund der Diplomarbeit dar und beschreibt, wie sich die konkreten Unterstützungsleistungen gestalten können.

Den Abschluss bildet **Kapitel 9** in Form einer Schlussbetrachtung, in dem die wesentlichen Aussagen der Arbeit zusammengefasst werden, eine Stellungnahme erfolgt und eine Einschätzung der weiteren Entwicklung vorgenommen wird.

## **2 Historische und gesellschaftliche Ausgangssituation**

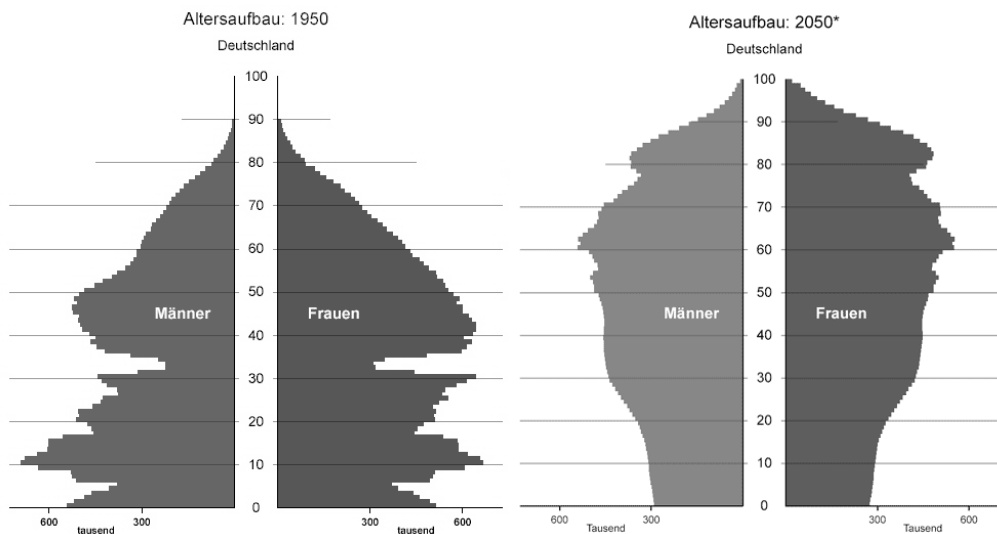
Gesellschaftliche Entwicklungen stellen im historischen Zusammenhang die Basis für die gegenwärtigen Situationen dar. Dieses gilt ebenso für die Entwicklung der stationären Unterbringung für Menschen mit Behinderung.

### **2.1 Demografischer Wandel**

Betrachtet man die Altersentwicklung der letzten fünfzig Jahre und vergleicht diese mit der prognostizierten Entwicklung von 2050, lässt sich eine deutliche Zunahme von Menschen über 60 Lebensjahren und eine im Verhältnis dazu immer geringer werdende Geburtenzahl feststellen.

## 2. Historische und gesellschaftliche Ausgangssituation

Abb. 1: Altersaufbau in Deutschland von 1950 und 2050



Quelle: Statistisches Bundesamt 2003: Alterspyramiden.  
<http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoegra2.htm>

TEWS spricht bei dieser Entwicklung von einem „dreifachen Altern“:

Es herrscht absolutes Altern vor, d.h. die Anzahl der älteren Menschen erhöht sich zunehmend. Es ist davon auszugehen, dass die Anzahl der über 65-Jährigen im Jahr 2050 auf 50,7 % steigen wird. Im Vergleich dazu lag der Anteil 1999 bei 28,6 % (vgl. ZANDER, 2005:14) und 1900 bei gerade mal 7,8% (vgl. TEWS, 1999:138). Gleichzeitig erfolgt ein relatives Altern, wobei der Anteil der älteren Menschen in Relation zu jungen Menschen ansteigt (vgl. TEWS, 2001:12). Dabei hat sich der Anteil der unter 20jährigen von 1900 bei 44,2% liegend für das Jahr 2000 auf 21,2% etwas mehr als halbiert, wobei die Prognose für 2050 bei 16% liegt (vgl. BACKES et al., 2003:34). Es ergibt sich eine prognostizierte Relation für 2050 von 1:2, also eine Person unter 20 Jahren auf zwei Personen über 65 Jahren (vgl. ebd., 36). Den dritten Aspekt bildet die Zunahme der Hochaltrigkeit, also der Personen, die älter als 80 Jahre sind (vgl. TEWS, 2001:12). Dabei lag die Anzahl im Jahre 1999 bei 4,8% der Bevölkerung. Es ist von einer Steigerung bis zum Jahr 2050 auf 15,6% auszugehen (vgl. ZANDER, 2005:14).

Absolutes und relatives Altern lassen sich von der Gesamtbevölkerung auch auf den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung übertragen. Der Aspekt der Hochaltrigkeit ist bislang nur vereinzelt festzustellen, aber es ist von einer steigenden Lebenserwartung auszugehen, so dass auch bei Menschen mit geistiger Behinderung die Hochaltrigkeit zunehmen wird (vgl. TEWS, 2001:12).

Als Ursachen für die demografischen Entwicklungen sind insbesondere der Geburtenrückgang und die Verlängerung der Lebenserwartung zu nennen (vgl. WIELAND, 1996: 261).



Die Lebenserwartung für Neugeborene lag 2003 für Männer bei 75,59 Lebensjahren und für Frauen bei 81,34 Lebensjahren. Für 2050 lässt sich eine Lebenserwartung von 81,1 Jahren für Männer und 86,6 Jahren für Frauen voraussagen (vgl. Statistisches Bundesamt 2004).

Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Entwicklungen bei Menschen mit geistiger Behinderung analog verlaufen: die Lebenserwartung steigt und gleicht sich derjenigen von nicht behinderten Menschen immer mehr an (vgl. THEUNISSEN, 2002b:12).

Überdies haben politische Ereignisse der Vergangenheit starken Einfluss auf die Demografie ausgeübt. So gab es Geburtenausfälle während der beiden Weltkriege und der Weltwirtschaftskrise. Zusätzlich sind viele Menschen Opfer insbesondere der beiden Kriege geworden. Die medizinischen Fortschritte haben einerseits zur einer Reduktion der Sterblichkeit von Neugeborenen (und alten Menschen) geführt und andererseits durch medizinische Entwicklungen zur Empfängnisverhütung die Geburtenzahlen gesenkt. Zusätzlich haben Veränderungen von gesellschaftlichen und ökonomischen Bedingungen zum Rückgang der Geburtenhäufigkeit beigetragen (vgl. BACKES et al., 2003:34).

Es bleibt festzuhalten, dass die demografischen Entwicklungen für Menschen mit geistiger Behinderung parallel zur Restbevölkerung verlaufen. Der Effekt tritt jedoch erst aktuell in Erscheinung, da die Jahrgänge vor 1945 durch die Ermordungen während des Nationalsozialismus kaum vertreten sind.

### **2.2 Historische Entwicklung der stationären Unterbringung**

Während des Nationalsozialismus wurden ca. 70000 Menschen mit geistiger Behinderung bis 1941 durch die sog. „Euthanasie“-Aktionen ermordet. Mehrere hunderttausend Personen verstarben bis Ende des Kriegs in psychiatrischen Anstalten durch Hunger, Medikamentenüberdosierung und Nichtversorgung bei Krankheit. Das für die Ermordungen mitverantwortliche Personal blieb überwiegend auch nach Kriegsende in den Anstalten weiterhin beschäftigt. Da es nach dem zweiten Weltkrieg an Alternativen fehlte, wurden Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung meist in psychiatrischen Anstalten, in sog. Oligophrenenabteilungen untergebracht (vgl. HÄHNER, 1999:25f.). Diese entsprachen dem Caritativen Modell, d.h. sie beruhten auf der Vorstellung von christlicher Nächstenliebe, wobei der Mensch mit Behinderung als Objekt der Mildtätigkeit und Empfänger von Hilfe galt (vgl. HENSLE et al., 2002:21).

In diesen Einrichtungen wurde nicht die Förderung von Kompetenzen verfolgt, es ging vielmehr um Verwahrung und Pflege. Die Folgen der Behinderung galten als unabänder-

lich und Kinder mit geistiger Behinderung wurden als „bildungsunfähig“ eingestuft (vgl. HAVEMANN et al., 2004:73). Auch Bezeichnungen wie „Spiel- und Lernunfähigkeit“ verdeutlichen den defizitorientierten Blickwinkel in den Anstalten. Da Behinderung mit unheilbarer Krankheit gleichgesetzt wurde, hatten die Betroffenen den Status von Patienten und mussten sich überwiegend im Bett aufhalten (vgl. HÄHNER, 1999:26). Der Lebensbereich des Wohnens gestaltete sich dementsprechend. So war die Unterbringung von zum Teil mehr als 15 Personen in einem Zimmer bzw. in Schlafsälen durchaus üblich. Die Gruppenzusammensetzung erfolgte fremdbestimmt, nach Geschlechtern getrennt und entsprach Zwangsgemeinschaften, in denen selten enge emotionale Beziehungen entstehen konnten. So boten sich innerhalb des Heims keine Möglichkeiten, eine Partnerschaft einzugehen, und viele Personen blieben ihr Leben lang alleinstehend. WACKER spricht von 90% Singles unter den Älteren in Behinderteneinrichtungen gegenüber 21% in Einrichtungen der Altenhilfe. Selbst Freundschaften entwickelten sich kaum innerhalb der Gruppen und außerhalb des Heims war es unmöglich Kontakte zu knüpfen. Laut WACKER entstand „[...]*Jeine weitgehende Vereinsamung in der Menge*“ (WACKER, 2001:72).

Es lässt sich feststellen, dass die Defizite und auffälligen Verhaltensweisen der Menschen mit Behinderung aus den inhumanen Lebensumständen in den Anstalten resultierten (vgl. HÄHNER, 1999:27).

Laut WACKER erfuhren Menschen mit Behinderung, die um 1940 geboren wurden, in den ersten Lebensjahren und –jahrzehnten wenig Wertschätzung.

Die Erfahrungen der Lebensbedrohung während des Nationalsozialismus prägten insbesondere bei den vor 1945 geborenen Personen das weitere Leben. Beides, erfahrene Geringschätzung und Existenzangst, führte zu besonderen Problemen in der Entwicklung eines positiven Selbstbilds. Die Betroffenen hatten nicht die Möglichkeit, ihr Leben so zu planen und zu gestalten wie es nichtbehinderte Gleichaltrige konnten (vgl. WACKER, 2001:74). Schulische Bildung war nicht möglich, da das Recht auf Schulbildung erst 1958 eingeführt wurde. Dabei ist anzumerken, dass der flächendeckende Ausbau entsprechender Angebote erst in den 70er Jahren vollendet war (vgl. HÄHNER, 1999:29). Folglich wurden erst in den 60er und 70er Jahren die Errichtung von WfbMs notwendig, nachdem die Betroffenen die Schule abgeschlossen hatten. Somit hatten sie bis zu ihrem mittleren Lebensalter noch keine berufliche Integration erfahren.

Außerdem erlebten die Betroffenen während ihres Lebens keine partnerschaftlichen Dialoge mit den pädagogischen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, so wie es heute in den

Einrichtungen etabliert ist. Sie verfügten kaum über Privat- und Intimsphäre, weil ihr Leben im öffentlichen Raum der Gruppe im Heim verlief (vgl. WACKER, 2001:74f.).

Typisch für diesen Personenkreis ist ein Mangel an Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung, wenn es darum geht, Rechte wahrzunehmen, Wünsche zu äußern und Angebote einzufordern und zu nutzen. Sie verfügen über einen geringen Erfahrungshorizont und mangelnde Kompetenzen bei der Bewältigung von Problemen und Konflikten (vgl. WETZLER 2000:191).

Dies alles spielt eine wichtige Rolle für die angemessene Gestaltung des Ruhestands. Da die genannten Bedingungen eine selbstbestimmte Lebensführung eingeschränkt haben, müssen die entsprechenden Fähigkeiten dazu noch entwickelt und vermittelt werden (vgl. WACKER, 2001:74f.).

### 3 Geistige Behinderung

#### 3.1 Begriffsbestimmung von Behinderung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) den Behinderungsbegriff anhand des bio-psycho-sozialen Modells bestimmt.

Der ICF beschreibt Lebenssituationen im Hinblick auf Funktionsfähigkeit oder Beeinträchtigung, die durch folgende Komponenten beeinflusst werden:

Die Körperfunktionen beinhalten die körperlichen und mentalen Funktionen von Körpersystemen. Körperstrukturen umfassen alle anatomischen Körperteile wie Organe und Gliedmaßen. Unter Aktivität wird die Aufgabenbewältigung und Handlung von Personen verstanden. Partizipation bezeichnet die Teilhabe an den Lebensbereichen und die Integration in eine Lebenssituation. Die Komponenten können sowohl positiv als auch negativ beschrieben werden, um Funktionsfähigkeit und Behinderung zu beschreiben. Demnach liegt eine Schädigung vor, wenn Körperfunktionen oder Körperstrukturen von wesentlichen Abweichungen und Verlusten beeinträchtigt werden. Bei Beeinträchtigung in der Aktivität erfahren Personen Probleme bei der Ausführung von Handlungen. Wenn Personen Schwierigkeiten bei der Teilhabe an Lebenssituationen haben, unterliegen sie Beeinträchtigungen in der Partizipation.

Zuletzt bilden Kontextfaktoren den Hintergrund von Gesundheit oder Schädigung. Sie schließen a) Umweltfaktoren (materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt) und b) personenbezogene Faktoren ein, von denen Menschen abhängig sind (vgl. DEUT-

SCHES ZENTRUM FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (DIMDI), 2004:13f.).

a) Die Umweltfaktoren können Personen in ihrer Aktivität bzw. in ihren Körperfunktionen sowohl behindern als auch positiv beeinflussen. Auf der Ebene des Individuums umfassen die Faktoren die direkte Umgebung (häuslicher Bereich und Beschäftigungsbereich), die materiellen Verhältnisse und die sozialen Kontakte. Die Umweltfaktoren wirken auch auf der gesellschaftlichen Ebene, dazu gehören formelle und informelle soziale Strukturen wie Organisationen und Dienste; Behörden, informelle Netze sowie Gesetze, formelle und informelle Vorschriften und Regeln; Einstellungen und Normen.

b) Zu den personenbezogenen Faktoren zählen Lebenshintergrund und Lebenslauf eines Menschen. Sie beinhalten beispielsweise Geschlecht, Alter, Lebensstil, Bewältigungsmöglichkeiten, Leistungsvermögen usw. Sie sind nicht Bestandteile der Einschränkungen von Funktionsfähigkeit, sondern stellen die Ressourcen eines Menschen dar (vgl. ebd.,22f.). Da die personenbezogenen Faktoren stark von soziokulturellen Bedingungen abhängig sind, können sie in ihrer Komplexität nicht durch den ICF umfassend beschrieben werden (vgl. ebd.,14)

Die Aspekte des ICF werden im Sozialrecht bei der Definition von Behinderung aufgegriffen. In § 2 I SGB IX heißt es dazu:

*„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. [...].“*

#### **3.1.1 Klassifikation von geistiger Behinderung**

Geistige Behinderung hat Auswirkungen auf die Intelligenz und die kognitive Entwicklung. Die WHO hat eine Klassifikation formuliert, die eine Dreiteilung vorsieht und neben dem Intelligenzquotienten (IQ) auch das Entwicklungsalter (EA) mit einbezieht. Das Entwicklungsalter beschreibt die kognitiv-psychische Entwicklung, die durch gezielte Förderung erreicht werden kann.

Dabei ist von schwerer Unterentwicklung bei einem IQ unter 19 und einem EA von maximal 2 Jahren die Rede. Eine mäßige Unterentwicklung liegt bei einem IQ von 20 bis 59 und einem EA von 3 bis 7 Jahren vor. Leichte Unterentwicklung besteht bei einem IQ von 50 bis 69 und einem EA von 12 Jahren.

Dabei ist kritisch anzumerken, dass die Einteilung des Grades von geistiger Behinderung nach dem Intelligenzquotienten unzulänglich ist. Einerseits können Tests über die unte-

ren Intelligenzbereiche kaum zuverlässige Ergebnisse liefern und das genaue Ausmaß der geistigen Behinderung feststellen. Andererseits bedeutet diese Einteilung für die Betroffenen eine lebenslange Etikettierung, in dem ihre Einschränkungen als unveränderlich angesehen werden (vgl. HENSLE et al., 2002:132f.).

#### **3.2 Ursachen und Formen geistiger Behinderung**

Die Ursachen und Formen geistiger Behinderung sind sehr vielfältig und können an dieser Stelle nicht in ihrer gesamten Komplexität wieder gegeben werden. Es erfolgt eine kurze Zusammenfassung, die einen groben Überblick verschaffen soll.

Bei geistiger Behinderung sind die Ursachen überwiegend organisch bedingt. Sie entstehen entweder prä-, peri- oder postnatal, also vor, während oder nach der Geburt. Für die Aufzählung der Einzelursachen wird das Einteilungssystem der American Association of Mental Deficiency (AAMD) genannt.

Durch Infektionen und Vergiftungen können Behinderungen verursacht werden. Dazu gehören Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft, wie z.B. Meningitis, Schwangerschaftstoxikose und Röteln. Traumata und physische Schädigungen, z.B. durch Sauerstoffmangel während der Geburt aber auch mechanische Verletzungen während oder nach der Geburt können Auslöser sein.

Stoffwechsel- und Ernährungsstörungen führen ebenfalls Behinderungen herbei. Ein Beispiel dafür ist der Kretinismus, wobei angeborene Störungen der Schilddrüsentätigkeit zu einer geistigen Behinderung führen.

Aber auch postnatale grobe Hirnerkrankungen sind zu den Ursachen zu zählen, z.B. Tumore. Es gibt zudem unbekannte vorgeburtliche Einflüsse wie Hydrocephalus („Wasserkopf“). Ursachen liegen auch in Chromosomenaberration, wobei Chromosomenanomalien die häufigsten Gruppen bilden. Der überwiegende Anteil liegt dabei bei Trisomie 21 (Down-Syndrom), d.h. das 21. Chromosom ist dreifach statt in einem Chromosomenpaar vorhanden.

Auch Störungen während der Schwangerschaft können zu Behinderungen führen. So kann eine Frühgeburt oder Über-Tragung (Überschreiten des Geburtstermins um 14 Tage und mehr) dieses verursachen. Geistige Behinderung kann auch im Zusammenhang mit psychiatrischen Störungen entstehen, z.B. beim Autismus.

Weitere Entstehungsfaktoren ergeben sich durch Umwelteinflüsse und psychosoziale Benachteiligungen sowie andere Ursachen, z.B. Folgen von Schwermehrfachbehinderung (vgl. HENSLE et al., 2002:136ff.).

Die Folgen der Behinderung zeigen sich in den unterschiedlichsten Ausprägungen. Die Bandbreite der Auswirkungen von Störungen kann von geringfügigen Einschränkungen in der alltäglichen Lebensführung bis hin zu schwersten Schädigungen, durch die die Betroffenen von fremder Hilfe stark abhängig sind, reichen. Die Diagnose einer geistigen Behinderung besagt noch nichts über den zu erwartenden Unterstützungsbedarf.

Über die Häufigkeit des Vorkommens geistiger Behinderung in der Bevölkerung liegen keine eindeutigen und sicheren Erkenntnisse vor. Es besteht weder eine Meldepflicht noch existieren spezielle Statistiken. Überträgt man jedoch das Vorkommen von geistiger Behinderung in Dänemark und Schweden auf die BRD, so kann man die Zahl auf ca. 353.000 Personen schätzen. (vgl. HAVEMANN et al., 2004:21)

Neben der Klassifikation der AAMD gibt es auch noch andere. Durch die Verwendung verschiedener Einteilungen ergeben sich unterschiedliche Ergebnisse über die Häufigkeit von geistiger Behinderung.

Richtet man sich nach der Anzahl der Personen, die nach der Eingliederungshilfe als wesentlich geistig behindert (Erläuterungen dazu siehe Abschnitt 5.2.1, S. 36) gelten, und bezieht die Zahl auf die Gesamtbevölkerung, erhält man eine Häufigkeit von ca. 0,3%. Auf 80 Mio. Einwohner hochgerechnet, beträgt demnach die Anzahl ca. 240.000. Bei dieser Zahl fehlen jedoch Personen, die noch nicht erfasst wurden, da es sich um Kinder im Vorschulalter handelt oder weil keine Anerkennung auf Schwerbehinderung besteht, da sich altersbedingt erst später eine geistige Behinderung eingestellt hat (vgl. HENSLE et al., 2002:135f.).

#### **3.3 Vorurteile und Stigmatisierungen**

Menschen mit Behinderung verfügen durch ihr äußeres Erscheinungsbild bzw. Verhalten über bestimmte Merkmale, die durch andere Personen als Abweichung wahrgenommen werden. Daraus folgen bestimmte Verhaltensweisen und Bewertungen diesen Menschen gegenüber, die als „soziale Reaktion“ bezeichnet werden. Diese beziehen sich insbesondere auf die Einstellungen und Verhaltensweisen bei der zwischenmenschlichen Interaktion (vgl. CLOERKES, 2001:75). So sind laut CLOERKES typische soziale Reaktionen auf Menschen mit Behinderung: *„Anstarren, Ansprechen, diskriminierende Äußerungen, Witze, Spott und Hänseleien (Ärgern), Aggressivität und/oder Vernichtungstendenzen“* (CLOERKES, 2001:78). Aber neben den direkten negativen Verhaltensweisen gibt es auch solche, die zunächst freundlich erscheinen und dennoch die gleiche Abgrenzung und Distanzierung wie die negativen Reaktionen hervorrufen. Solche sind insbesondere: *„Äußerungen von Mitleid, Aufgedrängte Hilfe, Unpersönliche Hilfen (Spenden), Schein-*

*Akzeptierung*“ (CLOERKES, 2001:78). Die negativen sozialen Reaktionen führen zur sozialen Ungleichheit der Menschen mit Behinderung gegenüber den nichtbehinderten, wodurch Stigmatisierung und Separierung hervorgerufen werden (vgl. HAVEMANN et al., 2004:50). Stigmata entstehen durch negative Zuschreibungen, denen Menschen mit Behinderung unterliegen. HOHMEIER bezeichnet ein Stigma als „*Sonderfall eines sozialen Vorurteils*“, das aus der Zuschreibung von negativen Eigenschaften auf bestimmte Menschen resultiert. Im Gegensatz zu Vorurteilen, die sich auf verschiedene Bereiche beziehen, sind Stigmata immer nur personenbezogen.

Die Merkmale, aus denen Stigmata entstehen, haben immer Stimulusqualität, d.h. sie werden als Andersartigkeit wahrgenommen und lösen eine Reaktion aus. Diese kann sowohl negativ, positiv als auch ambivalent ausfallen (vgl. CLOERKES, 2001:7).

GOFFMAN unterscheidet drei Typen von Stigmata, wobei sich nur die ersten beiden auf Menschen mit Behinderung übertragen lassen: körperliche Deformationen, individuelle Charakterfehler und phylogenetische Stigmata (auf Rasse, Nation und Religion beruhend). Stigmata beruhen folglich auf Einstellungen gegenüber Personengruppen, aber nicht auf einem bestimmten Verhalten. Demgegenüber wird das Verhalten, das durch ein Stigma übernommen wird, Stigmatisierung genannt. Stigmatisierungen setzen bei sichtbaren (z.B. Körperbehinderung) oder zunächst nicht erkennbaren Merkmalen von Menschen an. Ein offensichtliches Merkmal forciert dabei Stigmatisierung eher als ein nicht sofort sichtbares.

Die Folgen von Stigmatisierungen vollziehen sich auf verschiedenen Ebenen und sind für die Betroffenen gravierend und schwer aufzuheben. Gesellschaftlich werden sie durch Diskriminierung ausgegrenzt. Auf der Ebene der Interaktion liegt der Fokus auf dem Stigma, wodurch die Menschen und ihr Lebenslauf im Blickwinkel des Stigmas gesehen werden. Daneben wird die Interaktion durch Spannungen, Unsicherheit und Angst beeinträchtigt. Auf der Ebene der Identität entstehen durch Stigmatisierungen beträchtliche Probleme und Belastungen (vgl. ebd.,135ff.). Dabei begegnet das Individuum den Stigmatisierungen im „sozialen Selbst“: Die betroffenen Personen reagieren, indem sie den negativen Verhaltensweisen der anderen widersprechen, ausweichen oder sie leugnen. Die Menschen mit Behinderung können sich auf diese Weise zumindest von ihrem direkten Umfeld, z.B. der Wohngruppe, als positiv bewertet betrachten, wodurch sie keine generelle Abwertung und Stigmatisierung mehr erleben.

Das Individuum kann ebenfalls im „privaten Selbst“ Stigmatisierungen begegnen: Die erlebte Abwertung durch andere wird als unberechtigt und unwichtig bewertet.

Können die Bewältigungsstrategien auf den beiden Ebenen nicht aufrechterhalten werden, erlischt das positive Selbstbild; es erfolgt die Anpassung an die negativen Bewertungen der Außenwelt (vgl. ebd., 153).

Die Vorurteile und Stigmatisierungen, denen Menschen mit geistiger Behinderung unterliegen, sind im Laufe der Geschichte entstanden und herrschen auch heute noch bei vielen Menschen vor. Dabei bestehen sie nicht nur bei Personen, die keinen direkten Kontakt zu Menschen mit Behinderung haben, sondern auch bei Personen mit täglichem Umgang in der Familie oder bei der Arbeit.

Die häufigsten Stigmata werden im Folgenden kurz dargestellt.

Menschen mit geistiger Behinderung werden als Untermenschen angesehen. Dabei werden sie mit Tieren gleichgesetzt, die über einen geringen Geist verfügen und ausschließlich animalischen Trieben unterliegen. Durch die Herabstufung werden ihnen die Menschenrechte abgesprochen, was wie im Nationalsozialismus bis hin zur Tötung dieser Menschen führen kann.

Durch Unkenntnis und Fehlen persönlicher Erfahrungen empfinden viele die Menschen mit Behinderung als persönliche und allgemeine Bedrohung. Sie gelten als hemmungslos, gewalttätig und unberechenbar und werden als Schreckensobjekt bewertet. Diesem Bild liegen magische Vorstellungen zu Grunde, wobei geistige Behinderung als Zeichen des Bösen oder Strafe Gottes gedeutet, aber auch mit satanischer Herkunft in Verbindung gebracht wird. Besonders im Mittelalter wurden sie oft zum Objekt der Lächerlichkeit. Auf Jahrmärkten wurden sie zur allgemeinen Belustigung ausgestellt, als Hoffnarren dienten sie zur Unterhaltung von Herrschern, und als „Dorftrottel“ wurden sie lächerlich gemacht.

In anderen Kulturen, z.B. in Asien oder bei nordamerikanischen Indianerstämmen, herrscht eine ganz andere Einstellung gegenüber den Menschen mit geistiger Behinderung vor. Dort werden ihnen überirdische und religiöse Kräfte zugeschrieben und sie werden als Heilige betrachtet.

Heute noch weit verbreitet ist das Bild des Kranken, der einer medizinischen Behandlung bedarf. Die Menschen mit Behinderung haben folglich die Rolle von Patienten inne. Für sie wird ein Schonraum geschaffen, der oft genug aber auch ein Zwangsraum ist, durch den eine natürliche Entwicklung stark eingeschränkt wird. Durch die Betrachtung als ewige Kinder wird ihnen die Möglichkeiten des persönlichen Wachstums und der Weiterentwicklung abgesprochen. Die Personen werden Opfer von Bevormundung und Fremdbestimmung; Selbstbestimmung und Normalisierung sind dabei nicht möglich. (vgl. HENSLE et al., 2002: 156ff) Ihnen werden sowohl von den Angehörigen als auch von den



Fachkräften in den Einrichtung das Erwachsenwerden und die Erwachsenenrolle vorenthalten, indem sie beispielsweise permanent beaufsichtigt und ihnen jede Art von Sexualität abgesprochen wird (vgl. THEUNISSEN, 2002b:53).

## 4 Altern

Das gesamte Leben vollzieht sich in bestimmten Lebensphasen: Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter und Alter. Dabei hat jede Phase ihre eigene Entwicklungsaufgabe. Die vorangegangenen Phasen bilden den Grundstock für den Umgang mit der letzten Lebensphase und entscheiden darüber wie Anforderungen des Alterns bewältigt werden, so dass Zufriedenheit im Alter erreicht werden kann.

### 4.1 Begriffsbestimmung des Alterns

Das Altern wird seit Einführung der gesetzlichen Rentenversicherung mit der Beendigung der Erwerbsphase gleichgesetzt. Dieses Merkmal greift jedoch zu kurz, denn durch die unterschiedlichen individuellen Verläufe verschwinden die Übergänge immer mehr. Es gibt die Möglichkeiten der Altersteilzeit, des vorzeitigen Ruhestands, der Arbeitslosigkeit im Alter sowie Erwerbsunfähigkeit, wodurch der Altersdurchschnitt beim Eintritt in den Ruhestand weit unter 65 Jahre liegen kann.

Die Altersphase kann bei frühzeitiger Verrentung und Erreichen eines hohen Lebensalters bis zu 50 Jahre umfassen, die sich nicht auf eine einzelne Phase allein beschränkt. Es können vier Teilphasen unterschieden werden, wobei nicht das chronologische Altern, sondern körperliche, psychische und sozialen Fähigkeiten im Fokus stehen. Demnach gibt es „Junge Alte“, d.h. Personen die immer noch über ausreichende Kompetenzen verfügen, um für andere Leistungen zu erbringen. Die „Alten“ sind diejenigen Personen, die zwar noch alltagspraktische Fähigkeiten besitzen, aber keine Leistungen mehr für andere übernehmen können. Die „alten Alten“ bezeichnet Personen in der Phase, in der sie in der Fähigkeit für sich selbst zu sorgen eingeschränkt und dadurch auf Hilfe von außen angewiesen sind, z.B. durch ambulante Pflege. In der vierten und letzten Lebensphase besteht dann schließlich vollständiger Verlust der Selbstkompetenz, wobei Pflegebedürftigkeit entsteht, die letztendlich in Abhängigkeit und stationäre Versorgung führt.

Doch auch das funktionale Altern verläuft individuell sehr verschieden, da im Alterungsprozess die Einschränkungen in den Fähigkeiten individuell unterschiedlich auftreten. Die einen altern schneller als andere, wodurch es neben den unterschiedlichen Phasen auch unterschiedliche Teilgruppen von alten Menschen gibt (vgl. BACKES et al., 2003:23f.).

Die Ausweitung der Altersphase und die damit verbundenen strukturellen Veränderungen werden von TEWS als „Strukturwandel des Alters“ bezeichnet, der sich durch folgende fünf Merkmale verdeutlichen lässt.

Die Feminisierung des Alters bezeichnet die ungleiche Verteilung der Geschlechter im Alter, wobei der weibliche Anteil der über 60-Jährigen bei zwei Dritteln und bei den über 75-Jährigen sogar bei drei Vierteln gegenüber den Männern liegt. Begründet ist dies zum einen in der höheren Lebenserwartung von Frauen und zum anderen in der hohen Opferzahl des Zweiten Weltkriegs (vgl. BACKES et al., 2003:44).

Frauen sind häufiger von Altersarmut betroffen. Durch ihre lebenslange Tätigkeit als Hausfrauen oder zumindest unterbrochene Erwerbsphase (durch Kindererziehung) haben sie deutlich weniger Rentenansprüche erworben.

Da Frauen häufiger in Singlehaushalten leben, sind sie durch auftretende Pflegebedürftigkeit vermehrt von ambulanter und stationärer Altenhilfe abhängig (vgl. TEWS, 1999:149).

Verjüngung des Alters: Im allgemeinen hat sich das Erscheinungsbild älterer Menschen deutlich verändert. Zu positiven Entwicklungen, hat der Rückgang schwerer körperlicher Arbeit geführt. Aber auch aktuelle Modetrends und die Zunahme von sportlicher Betätigung im Alter bewirken ein verjüngtes Aussehen. Diese Entwicklung beschreibt jedoch auch negative Aspekte: Heutzutage gelten bereits 40- bis 45-Jährige zu den älteren Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen. Das bedeutet für diesen Personenkreis geringe Möglichkeiten zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Sie gehören zur Risikogruppe der Langzeitarbeitslosen, da sie häufig aufgrund des Alters keine Beschäftigung mehr finden (vgl. ebd.,147). Diese Entwicklung führt zum nächsten Merkmal, der

Entberuflichung des Alters: Dies bezieht sich auf den Eintritt in den Ruhestand in zunehmend früheren Alter, so dass BACKES et al. von einem „Frühverrentungstrend“ seit den ausgehenden 70er Jahren sprechen. So ergibt sich ein durchschnittliches Renteneintrittsalter von 60 Jahren (vgl. BACKES et al., 2003:43). Infolgedessen nimmt der Anteil der älteren Erwerbstätigen immer weiter ab. Durch den vorverlegten Renteneintritt wird die Altersphase noch verlängert. Für die Anpassung an diese Phase ist es für die Betroffenen entscheidend, wie sich für sie die Berufsaufgabe gestaltet und welche Zwänge und Wahlmöglichkeiten für sie bestehen (vgl. TEWS, 1999:148).

Die Singularisierung beschreibt die Veränderungen im Familienstand gegenüber den jüngeren Personen, denn es gibt mit zunehmenden Lebensalter mehr Einpersonenhaushalte und Alleinstehende. Hierbei gibt es jedoch große Unterschiede bei Männern und Frauen: Die Männer leben bis ins hohe Alter hinein in Partnerschaft, während die Frauen größten-

teils verwitwet oder geschieden sind. Somit leben die Männer eher in Zweipersonen- und Frauen häufiger in Einpersonenhaushalten (vgl. BACKES et al., 2003:44f.).

Hochaltrigkeit stellt das letzte Merkmal des Strukturwandels des Alterns dar. Dazu zählen die Personen der vierten Lebensphase, die besonders häufig von auftretenden Problemlagen betroffen sind. Im hohen Alter nehmen Krankheiten zu, besonders chronische. Dadurch ist der Personenkreis überwiegend von Multimorbidität betroffen. Im Alter ist eine Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit zu erwarten, die bis hin zur Demenz führen kann. Insgesamt sind hochaltrige Personen durch die hohe Wahrscheinlichkeit körperlicher bzw. geistiger Funktionsverluste von schwerer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit betroffen. Dadurch benötigen sie besonders häufig die Unterbringung in stationären Einrichtungen, sowohl in der Kurzzeitpflege oder Rehabilitationseinrichtungen als auch dauerhafte Aufenthalte in einem Heim der Altenhilfe. Der Personenkreis der Hochaltrigen ist häufiger von Isolation und Vereinsamung betroffen (vgl. TEWS, 1999:150f.).

### **4.2 Dimensionen des Alterns**

Das Altern entwickelt sich in biologischen, psychologischen und sozialen Dimensionen. Um die Mannigfaltigkeit von Altern erfassen zu können, müssen alle drei Ebenen betrachtet werden. Die Ausprägungen jeder Dimension sind bei alternden Personen individuell verschieden.

#### **4.2.1 Biologisches Altern**

Das biologische Altern bezieht sich auf die Gesundheitslage einer Person, dazu gehören die körperlichen und geistigen Leistungsfunktionen. Der Abbau von Gesundheit ist von verschiedenen Faktoren abhängig. So spielen einerseits genetische Determinanten eine wichtige Rolle, aber auch Umweltfaktoren, denen Menschen ausgesetzt sind. So haben Umweltverschmutzung und kulturelle Einflüsse, Auswirkungen auf den Abbau körperlicher Funktionen. Zudem sind persönliche Faktoren wie gesunder Lebensstil, körperliche Fitness und Drogenkonsum ausschlaggebend für die Gesundheit im Alter. Außerdem ist der Gesundheitszustand von verfügbaren medizinischen Hilfen abhängig (vgl. HAVE-MANN et al., 2004:25).

Natürliche biologische Alterserscheinungen entstehen in den Organsystemen, was zu Einbußen in den Leistungsfunktionen führen. Auch äußerlich vollziehen sich bei alternden Menschen natürliche Veränderungen, z.B. Faltenbildung der Haut und Ergrauung der Haare.

Die natürlichen Alterserscheinungen überschneiden sich häufig mit pathologischen Erscheinungen. Dabei betreffen die überwiegend auftretenden Krankheiten insbesondere das Herz-, Kreislauf- und Gefäßsystem, z.B. in Form von erhöhtem Blutdruck. Aber auch Skelett, Muskeln und das Bindegewebe sind betroffen, z.B. bei der Arthritis. Im Bereich der Atmungsorgane zählt die Lungenentzündung zu den häufigen Krankheiten, im Bereich des Stoffwechsel ist es Diabetes mellitus. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane sind beispielsweise Alzheimer und Schwerhörigkeit. Aber auch Tumore stellen häufige Erkrankungen im Alter dar, z.B. Darm- oder Prostatakrebs (vgl. ebd.,27ff.).

#### **4.2.2 Psychologisches Altern**

Beim psychologischen Altern lassen sich kognitive und emotionale Auswirkungen feststellen. Die Verringerung der kognitiven Fähigkeiten bewirkt auch intellektuelle Folgen. Dabei lassen sich für die Intelligenz flüssige bzw. fluide und kristallisierte Funktionen unterscheiden. Kristallisierte Funktionen sind diejenigen kognitiven Kompetenzen, die benötigt werden, um sich mit wissensabhängigen Aufgaben auseinander zusetzen. Sie basieren auf bildungs- und übungsabhängigen Fähigkeiten, z.B. Wortschatz, Allgemeinbildung und Erfahrungswissen für Lösungsstrategien. Kristallisierte Intelligenz ist altersunabhängig und kann durch Übung bis ins hohe Alter gesteigert werden. Fluide Intelligenz bezeichnet dagegen die bildungsunabhängigen biologisch festgelegten Fertigkeiten, die das Erkennen von Zusammenhängen und das Bilden abstrakter Schlussfolgerungen ermöglichen. Dabei spielen die Informationsverarbeitung und das Denken eine wichtige Rolle. Im Gegensatz zu den kristallisierten nehmen die fluiden Funktionen durch Verlangsamung der Leistungen im Alter ab. Die Bewältigung unbekannter und komplexer Aufgaben wird schwieriger und das Kurzzeitgedächtnis lässt nach. Die Kognition ist für jedes Individuum abhängig von Bildung, Sozialschicht, Anregungen durch die Umwelt und Gesundheit. Auch subjektive Einschätzungen und Erlebnisse beeinflussen den Alterungsprozess, z.B. die Biografie, die aktuelle Lebenssituation und die Erwartungen an die Zukunft. Ein erfolgreiches Altern ist in erster Linie abhängig von der Bewältigung von Problemen, die durch biologische Alterungserscheinungen entstehen (vgl. HAVEMANN et al., 2004:41f.). Denn Belastbarkeit und Problembewältigung von Menschen im hohen Alter sind geprägt durch die Erfahrung, nicht mehr in vollen Maßen aktiv, leistungsfähig und in den körperlichen Funktionen eingeschränkt zu sein, Beeinträchtigung und Schmerzen zu erleiden, weniger Anerkennung und Bestätigung zu erhalten und über weniger Bezugspersonen zu verfügen. Entscheidend ist dabei, inwieweit diese Personen in der Lage sind, trotz Einschränkungen und Einbußen ein positives Selbstbild zu erhalten. Körper und Psyche ste-

hen in engem Zusammenhang, denn durch körperliche Erkrankungen und Funktionseinbußen steigt auch die psychische Vulnerabilität (vgl. BACKES et al., 2003:102).

Psychische Erkrankungen spielen demnach im Alter eine große Rolle. Oft resultieren sie aus Erkrankungen des Gehirns in Form von Demenzen, z.B. Alzheimer. Mit steigendem Alter erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, an einer Demenz zu erkranken. Zur Veranschaulichung dienen die Zahlen einer epidemiologischen Studie: Bei den 65-Jährigen leiden 2-3% an einer Demenz, bei den 75-Jährigen 10%, bei den 80- bis 90-Jährigen bereits 20-24% und bei den über 90-Jährigen sind es über 30% (vgl. HAVEMANN et al., 2004:42f.).

### 4.2.3 Soziologisches Altern

Aufgrund der Abkehr vom kalendarischen Alter hin zum Blick auf das funktionale Altern wird es im Rahmen der Individualisierung und Pluralisierung von Lebensformen erschwert, deutliche soziologische Bestimmungsfaktoren des Alterns festzulegen. Als Ausgangspunkt für die Bestimmungsfaktoren können jedoch die gesellschaftlichen Zuschreibungen des Alterns dienen. Diese beziehen sich auf bestehende oder abnehmende körperliche und geistige Funktionen in der Arbeitswelt. Die alternden Menschen unterliegen bei den Arbeitgebern vielen Vorurteilen und damit verbundenen Diskriminierungen: Es wird eine Abnahme der Arbeitsproduktivität durch Verschlechterung des Gesundheitszustands, Einbußen der Leistungsfähigkeit und Arbeitsmotivation, Verringerung des persönlichen Einsatzes und Ablehnung von technischen Fortschritten befürchtet. Diese Bedenken widersprechen den Ergebnissen empirischer Untersuchungen, die höchstens geringe Einbußen der Produktivität bei älteren Menschen feststellen konnten (vgl. BACKES et al., 2003:55f.).

Andere soziologischen Bestimmungsfaktoren von Altern finden sich in Altersbildern, die Informationen, Meinungen und Vorstellungen über alte Menschen beinhalten. Diese sind kulturell abhängig und beziehen alle Lebensbereiche von Personen mit ein. Altersbilder entstehen aus subjektiven Interpretationen bzw. „Alltagstheorien“. Die Vorstellungen vom Altern werden aus normativen und selbstbezogenen Überzeugungen gebildet. Normative Überzeugungen bezeichnen Auffassungen von allgemeinen Alterungsprozessen und alten Menschen. So bestehen bestimmte Ansichten darüber was der Alterungsprozess bewirkt, z.B. Abnahme der Leistungsfähigkeit, Vergesslichkeit, Sturheit usw. Dadurch wird die Entstehung von Altersstereotypen bewirkt. Diese bezeichnen bestimmte Zuschreibungen in Hinblick auf Eigenschaften, Verhaltensweisen und Rollenfunktionen, wobei jedoch die Wahrnehmungen, Bewertungen und konkreten Verhaltensweisen der alten

Menschen nicht mit einbezogen werden. Es erfolgen also ein allgemeine Zuschreibungen an das Altern, ohne die vielfältigen Erscheinungsformen des Alterns zu berücksichtigen. Aus den Stereotypen werden Stigmatisierungen des Alterns, indem nicht nur das funktionale, sondern auch das kalendarische Altern mit negativen Zuschreibungen behaftet wird. Entsprechend eines „Defizitmodells des Alterns“ bestehen stigmatisierende Alterszuschreibungen, die eine Abnahme der Leistungsfähigkeit und damit einhergehender Verringerung des gesellschaftlichen Nutzens, Einschränkung der Gesundheit durch häufige bzw. chronische Krankheiten, Veränderungen in der Psyche sowie Unnachgiebigkeit und Misstrauen mit einbeziehen.

Selbstbezogene Überzeugungen betreffen die Erwartungen und Vorstellungen des eigenen Alterns. Diese ergeben sich sowohl aus normativen Auffassungen als auch dem subjektiven Erleben. Die Selbsteinschätzung zur Bestimmung des Alters verläuft sehr unterschiedlich und individuell, sie ist zudem auch geschlechterabhängig. So gelten Frauen früher alt als Männer. Aber auch gesellschaftliche Faktoren beeinflussen die Selbsteinschätzung. Ab dem 60. Lebensjahr wird den Personen die Vorstellung vom baldigen Eintritt in den Ruhestand vermittelt. Wie schon zuvor erwähnt, lässt dieser aufgrund des verschwimmenden Übergangs keine eindeutige Abgrenzung des Alterns mehr zu.

Die vorherrschenden Altersbilder unterscheiden sich also durch „generalisierte“ und „selbstbezogene“. Dabei entspricht das generalisierte Altersbild negativen Vorstellungen und das selbstbezogenen eher positiven oder zumindest neutralen Altersbildern. Die gesellschaftliche Vermittlung von Altersbildern erfolgt überwiegend durch Medien und Werbung. Dabei wird ein Bild der „jungen“ Alten gezeigt, das Vitalität und Aktivität vermittelt. In Wirklichkeit macht der Personenkreis der „aktiven Alten“ bei den 55- bis 70-Jährigen jedoch nur ein Viertel aus (vgl. ebd.,58ff.).

### **4.3 Alterstheorien**

Die Soziologie und Gerontologie bedienen sich verschiedener Theorien und Modelle, um sich der Thematik Altern zu nähern. Im Folgenden werden vier Theorien eingehender beschrieben.

#### **4.3.1 Aktivitätstheorie**

Begründer der Aktivitätstheorie sind unter anderem TARTLER (1961) und HAVINGHURST (1963, 1968), wobei letzterer auch der Disengagementtheorie zuzuordnen ist (vgl. BACKES et al., 2003:124).

Die Theorie basiert auf folgender Grundannahme: Durch die gesellschaftlich bedingte Ausgliederung im Alter, die sich hauptsächlich durch den Übergang in den Ruhestand vollzieht, ergeben sich für die Betroffenen Rollen- und Funktionseinbußen. Diese resultieren aus den Entwicklungen der Industrialisierung und den Veränderungen der Familienstruktur. Die Ausgliederung ist von den Betroffenen nicht gewünscht, sondern wird von der Gesellschaft als Zwang vorgegeben.

Laut TARTLER wird auf die älteren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Seiten der Betriebe sozialer Druck ausgeübt, indem ihnen eine geringere Leistungsfähigkeit zugeschrieben wird und sie entsprechend dieser Erwartungshaltung in ihrer Arbeitstätigkeit Entfremdung und Unzufriedenheit erleben. Dadurch werden die Funktionseinbußen, die Verringerung der Aktivität und gesundheitliche Verschlechterungen noch verstärkt. Die Verrentung wird mit dem Alter der Betroffenen, den innerbetrieblichen Arbeitsmarkt und den betrieblichen Rahmenbedingungen begründet.

Die Aktivitätstheorie setzt jedoch voraus, dass bei älteren Menschen keine Verschlechterung der Leistungsfähigkeit bis zum gesetzlichen Rentenalter vorliegt. Die Zuschreibungen und Vorurteile, die dieses bezweifeln lassen, bieten seitens der Betriebe die Möglichkeit die älteren Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen auszugliedern. Der Verlust der Beschäftigung verursacht erst dann die körperlichen und geistigen Abbauprozesse. Laut Aktivitätstheorie haben alte Menschen grundsätzlich die gleichen Bedürfnisse wie Personen im mittleren Lebensalter. Die gesellschaftliche und nicht persönlich gewählte Ausgliederung führt jedoch letztendlich für die Betroffenen zu Dezimierung des sozialen Netzwerks, Verschlechterung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten, Verstärkung altersbedingter Abbauprozesse sowie Abnahme der Interessen und Aktivitäten (vgl. BACKES et al., 2003:125). Mit der Verrentung entstehen Rollen- und Aktivitätsverluste, die für die Betroffenen zu einer Selbstwertkrise führen können. Um diese Entwicklung angemessen zu bewältigen, wird von den Betroffenen eine Erfüllung des Aktivitätsbedürfnisses angestrebt, indem z.B. Hobbys aufgenommen und Geselligkeit gesucht werden (vgl. THEUNISSEN, 2002b:30).

Eine Lebenszufriedenheit im Alter kann erst durch Beibehaltung des Aktivitätsniveaus erreicht werden. Somit sind die Aufrechterhaltung der beruflichen Rolle bzw. der Ersatz durch entsprechende Freizeitaktivitäten unabdingbar.

Die dargelegten Grundannahmen der Aktivitätstheorie finden sich heute noch besonders in der Sozialen Altenarbeit wieder, die sich an Konzepten und Vorstellungen der „Jungen Alten“ und „Aktiven Alten“ orientieren (vgl. BACKES et al., 2003:124f.).

Durch die Aktivitätstheorie werden keine Vorurteile und Stereotypen von Alter vorgeben, z.B. „alterstypischer“ Abbau von Fähigkeiten und Interessen. Die Theorie geht von einer gesellschaftlichen „Zwangsausgliederung“ aus, wobei die Gesellschaft den Betroffenen keine ausreichenden Ausgleichsmöglichkeiten zur Verfügung stellt.

Dennoch wird in der Aktivitätstheorie der Fokus allein auf die Entberuflichung gelegt, wodurch laut VOGES die Verlagerung der Beschäftigungsprobleme auf die Betriebe erfolgt. Durch den Ansatz werden geschlechtsspezifische Unterschiede nicht erklärbar gemacht und soziale Unterschiede nicht miteinbezogen.

Die Theorie unterstützt insofern das Stigma von Alter, als dass typische Prozesse des Alterns verdrängt und idealisiert werden. Unbeachtet bleiben altersbedingte Entwicklungen, die durch eine Aktivierung nicht mehr ausgeglichen werden können. Deshalb vermittelt die Theorie ein gesellschaftliches Vorurteil, demnach Zufriedenheit nur durch ein bestimmtes Maß an Aktivität erreicht werden kann (vgl. BACKES et al., 2003:126f.). Zudem ist kritisch anzumerken, dass hohe Leistungsansprüche und -erwartungen an die alten Menschen gestellt werden, die nicht zu erfüllen sind. Es werden durch die erhöhten Aktivitätsangebote Defizite auszugleichen versucht, ohne auf individuelle Ressourcen und Interessen einzugehen. In der Altenhilfe ergeben sich daraus fremdbestimmte Angebote, die nicht auf die konkrete Lebenssituation der alten Menschen eingehen und den Bedürfnissen nicht gerecht werden können (vgl. THEUNISSEN, 2002b:31).

#### **4.3.2 Disengagementtheorie**

Diese Theorie wurde 1961 auf Grundlage des funktionalistischen Handlungsmodells (PARSON) von CUMMING und HENRY begründet und stellt die Gegenposition zur Aktivitätstheorie dar, weil diese das Altern idealisiert. Grundlagen für dieses Modell sind Beobachtungen, wonach alte Menschen sich zunehmend aus Rollen und Funktionen des mittleren Lebensalters zurückziehen.

Laut Disengagementtheorie stellt das Altern eine eigenständige Entwicklungsphase dar, in der die Vorbereitung auf den Tod stattfindet, wodurch sich die Notwendigkeit einer gegenseitigen Loslösung von Individuum und Gesellschaft ergibt. Durch den Rückgang der körperlichen Fähigkeiten wird die Teilnahme am Arbeitsprozess verringert, wodurch auch der Lebensraum und die Lebensenergie vermindert werden. Somit ergibt sich der gesellschaftliche Rückzug als unabänderliche Entwicklung, in der bestehende Bezüge zwischen Individuum und Gesellschaft aufgelöst bzw. verändert werden und eine andere Wertigkeit erhalten. (vgl. BACKES et al., 2003:128ff.).



Das Altern wird als biologischer und irreversibler Prozess verstanden, der die Beeinträchtigung von physischen und psychischen Kräften mit sich bringt. Der daraus resultierende soziale Rückzug wird von der Gesellschaft erwartet und entspricht den Ruhe- und Selbstentfaltungsbedürfnissen der alten Menschen (vgl. HAVEMANN et al., 2004:52). Grundgedanke ist das Vorhandensein eines natürlichen Rückzugs alter Menschen in Hinblick auf gesellschaftliche und persönliche Rollen und Verpflichtungen. Die Betroffenen werden sich ihrer abnehmenden Fähigkeiten und Fertigkeiten bewusst und erreichen durch den selbst und gesellschaftlich gewollten sozialen Rückzug Lebenszufriedenheit (vgl. THEUNISSEN, 2002b:29). Die sozialen Rollen und Verpflichtungen verringern sich schrittweise beim Älterwerden, wobei der endgültige Einschnitt beim Ausscheiden aus der Erwerbstätigkeit und beim Übergang in den Ruhestand besteht. Idealerweise sind die Gesellschaft und die Person zur gleichen Zeit dazu bereit. Dieser Prozess wird sowohl von dem Individuum als auch von der Gesellschaft ausgelöst; das Disengagement dient beiden Seiten gleichermaßen. Alternde Personen, die sich aus dem gesellschaftlichen Leben zurückziehen, sind dadurch zufriedener, während die Gesellschaft alte Menschen durch leistungsfähige Personen austauschen kann. Dadurch bleibt die gesellschaftliche sowie die betriebliche Konkurrenzfähigkeit erhalten. „Erfolgreiches Altern“ kann nur erfolgen, wenn die berufliche Eingebundenheit gemindert wird. Dabei ist für die alten Personen lediglich wichtig, für ihre frühere Tätigkeit Anerkennung und Wertschätzung zu erfahren, z.B. durch eine angemessene Rente. Aus gesellschaftlicher Sicht müssen Positionen besetzt werden, die durch gestorbene Mitglieder freigeworden sind, während die alternden Personen ein natürliches Bedürfnis haben, sich zurückzuziehen, damit sie sich auf das Sterben vorbereiten können (vgl. BACKES et al., 2003:128ff.). Dieser gesellschaftliche Rückzug kann also als gezielte Handlung bzw. Unterlassung verstanden werden, der durch das Entstehen von Defiziten im Alter sowie die Auseinandersetzung mit dem bevorstehenden Tod ausgelöst wird. Der Rückzug aus sozialen Gefügen, so die Theorie, wird gewünscht und führe zu Glück und Lebenszufriedenheit, weil sie von sozialen Zwängen entbindet und Freiheiten mit sich bringt. Somit werden noch bestehende Kontakte höher bewertet und können aus eigener Initiative gepflegt werden. Die mit sozialen Kontakten einhergehenden sozialen Verpflichtungen werden durch verminderte Kontakte auch weniger, wodurch zusätzliche Entlastung entsteht (vgl. WETZLER, 2000:196). Während die Aktivitätstheorie von einer rein gesellschaftlichen Ausgliederung ausgeht, basiert die Disengagementtheorie auf der Annahme, der Rückzug entspreche, so CUMMING und HENRY, ebenso den Bedürfnissen der alternden Menschen. Für sie stellt der Rückzug aus gesellschaftlichen Funktionen das Vorrecht dar, sich frei von Rollenerwartungen

auf das Sterben vorzubereiten. Ist der Disengagementprozess beendet, hat sich die funktionale Balance zwischen Person und Gesellschaft durch größere Distanz und veränderte Wertigkeit von Beziehungen an die Lebenssituation angepasst (vgl. BACKES et al., 2003:129f.).

Wird das Disengagement nicht von der Person selbst und der Gesellschaft gewollt, ist die Lebenszufriedenheit nicht gewährleistet, z.B. bei Eintritt in den Ruhestand, obwohl die Person noch aktiv bleiben möchte. Darin findet sich der Widerspruch der Disengagementtheorie, da sie von einem Rückgang der sozialen Aktivität ausgeht. Durch HAVINGHURST wurde die Theorie weitergehend differenziert: Personen sind im Alter zufriedener, wenn sie eher passive Verhaltensweisen zeigen und ein sozialer Rückzug möglich ist, während Personen mit aktivem Lebensstil eher im Alter zufrieden sind, wenn sie die Aktivität beibehalten können (vgl. THEUNISSEN, 2002b:29).

Die Phase des Alterns nimmt, besonders im Zuge des „Strukturwandels des Alters“ und in Hinblick auf die Frühverrentung, eine sehr lange Lebensspanne ein. Somit kann, wie die Disengagementtheorie voraussetzt, von einer „Restzeit“ des Lebens nicht die Rede sein, in der in Rückgezogenheit auf den Tod gewartet wird (vgl. BACKES et al., 2003:132).

#### **4.3.3 Kontinuitätshypothese**

Dieser Ansatz wurde unter anderem von ATCHLEY (1971) geprägt. Die Kernaussage lautet, Lebenszufriedenheit im Alter werde erreicht, wenn die Lebenssituation der des mittleren Lebensalters weitgehend gleiche. Dahingegen herrsche Unzufriedenheit vor, wenn - abgesehen von schwierigen Lebens- und Arbeitssituationen - eine Diskontinuität beim Wechsel vom mittleren in das höhere Lebensalter bestehe. ATCHLEY versteht das Bedürfnis nach Kontinuität als Bedürfnis von Stabilität. Er unterscheidet dabei zwei Arten von Kontinuität: interne und externe (vgl. BACKES et al., 2003:133). Bei der internen Kontinuität wird die kognitive Struktur bewahrt, d.h. psychische Einstellungen, Ideen, Vorlieben und Fähigkeiten usw. werden beibehalten. Die externe bedeutet eine Kontinuität durch die Beibehaltung der Umweltstruktur einschließlich der physischen und sozialen Umwelt (vgl. WETZLER, 2000:197).

Für die alternde Person entsteht dann ein äußerer Druck, wenn Umwelteinflüsse bzw. andere Personen bestimmte Rollenerwartungen an sie stellen (vgl. BACKES et al., 2003:133).

Die Kontinuitätshypothese entspricht einer Synthese aus Aktivitäts- und Disengagementtheorie. Dabei können Aktivität oder Rückzug allein genommen keine Bewältigung

von Altersprozessen bewirken. Vielmehr sind die Beibehaltung von Interessen, Gewohnheiten und Aufgaben von Belang; Kontinuität bewirkt Lebenszufriedenheit im Alter (vgl. HAVEMANN et al., 2004:52).

Menschen entwickeln sich im Laufe ihres Lebens unterschiedlich, wodurch sie auch im Alter entsprechend verschiedene Bedürfnisse haben. Aktive Menschen sind im Alter zufriedener, wenn sie die Aktivität beibehalten können, während weniger aktive Personen auch im Alter bei geringerer Aktivität noch zufrieden mit ihrer Lebenssituation sind. Diskontinuität kann dadurch ausgelöst werden, dass schwerwiegende Veränderungen der Lebenssituation eintreten, z.B. Krankheit, Verlust von sozialen Rollen, Verminderung der Freizeitgestaltung und Verringerung der sozialen Beziehungen.

ATCHLEY sieht bei dem Übergang in den Ruhestand keine Gefährdung der Identität und bewertet die negativen Auswirkungen als überbetont. Seiner Meinung nach würden entstehende Rollenverluste dadurch kompensiert, dass andere Rollen übernommen werden. Dagegen differenzieren RICHARDSON/ KILTY (1991) die Auswirkungen des Eintritts in den Ruhestand, indem sie auf die Unterschiede bei den Individuen in Hinblick auf Einkommen, Gesundheit, soziale Kontakte und Freizeitaktivität hinweisen, die zu Kontinuität bzw. Diskontinuität führen. Durch die Kontinuitätshypothese können die Kritikpunkte der Aktivitäts- und Disengagementtheorie dennoch nur teilweise überwunden werden, da sie zwar individuelle Unterschiede einschließt, aber „*keine sozial ungleichen lebenslangen und das Alter prägenden Bedingungen*“ berücksichtigt (vgl. BACKES et al., 2003:133f.).

#### **4.3.4 Kompetenzmodell**

Das Kompetenzmodell des Alterns beruht auf der „kognitiven Alterstheorie“ von THOMAE. Mit seinen Erkenntnissen entwickelte er den „Ansatz des differenziellen Alterns“, der neben kognitiven Fähigkeiten auch praktische Fähigkeiten der Alltagsbewältigung einbezieht. Die Fähigkeiten bezeichnen die psychologischen Voraussetzungen, die notwendig sind, um Tätigkeiten auszuführen und stellen die Basis von Fertigkeiten dar (vgl. BACKES et al., 2003:98).

Kompetenz lässt sich nach THEUNISSEN wie folgt definieren: Kompetenz bezeichnet die Fähigkeit, persönliche und soziale Ressourcen dahingehend einzusetzen, dass Lebenssituationen effektiv und selbständig bearbeitet werden und so ein sinnerfülltes und soziales Leben beibehalten bzw. aufgebaut werden kann (vgl. THEUNISSEN, 2002b:38).

Kompetenz umfasst zwei Gesichtspunkte: Objektiv gesehen, beinhalten sie kognitive, alltagspraktische, sozialkommunikative und psychologische Voraussetzungen, die für einen Umgang mit den Anforderungen der Umwelt nötig sind. Subjektive Aspekte schließen alle

Erfahrungen ein, die durch ein wirksames Handeln in bestimmten Situationen erworben werden. Als Grundannahme für „effektives Handeln“ gilt das lebenslange Bedürfnis von Individuen, Zufriedenheit zu erfahren. Das wechselseitige Zusammenspiel von objektiven und subjektiven Aspekten der Kompetenz ist für den individuell erfolgreichen Umgang mit Umwelтанforderungen ausschlaggebend.

Kompetenzen bilden sich im Lebensverlauf heraus. Dabei ist entscheidend, inwieweit eine Person die in ihrem Leben aufgetretenen psychosozialen Belastungen und Veränderungen befriedigend bewältigen konnte. Durch den Übergang in den Ruhestand verändern sich die individuellen Aufgaben, zudem müssen Rollen und Verantwortlichkeiten neu definiert werden (vgl. BACKES et al., 2003:99).

##### **4.3.4.1 Kompetenzmerkmale**

Viele Faktoren beeinflussen die Kompetenz von Personen im Alter. Dazu gehören sowohl personenbezogene als auch umweltbezogene Merkmale. Zu den personenbezogenen Merkmalen gehören die persönlichen Entwicklungen, welche die Bildung, biografisch erworbene Fähigkeiten, Lebensstile, Gewohnheiten, Interessen und soziale Aktivität sowie soziales Engagement umfassen. Dabei ist die gegenwärtige psychische Situation einer Person von Bedeutung, inwiefern Motivation, positives Selbstbild, Anwendung und Übung von Fähigkeiten, Zufriedenheit und Erleben von Belastungen vorliegen. Dabei ist auch entscheidend, wie ein Individuum zukünftige Perspektiven bewertet. Zuletzt beeinflussen der subjektive und objektive Gesundheitszustand, das Vorliegen einer Behinderung und gesundheitsförderndes Verhalten die Kompetenz einer Person.

Umweltbezogene Merkmale, welche die Kompetenzen einer Person ausmachen, befinden sich auf mehreren Ebenen. Sie umfassen die räumliche Umwelt, d.h. Wohnung und Wohnumfeld mit der vorherrschenden Qualität, Einrichtung und Wohnlage. In diesen Bereichen können sowohl hemmende als auch ausgleichende Bedingungen vorliegen. Die soziale Umwelt bezieht sich im engeren Sinne auf die Familie und Freunde und im weiteren Sinne auf Gesellschaft und Kultur. Entscheidend für die Ausprägung der Kompetenzen ist das Ausmaß der Integration, Erreichbarkeit der sozialen Kontakte und Fülle sozialer Verpflichtungen. Aber auch die institutionelle Umwelt ist wichtig. Sie umfasst verschiedene Bereiche, die alternde Personen betreffen, z.B. Sozialpolitik, Institutionen der stationären bzw. ambulanten Einrichtungen. Kompetenzen gestalten sich in Hinblick auf kulturelle und soziale Angebote, medizinische Versorgung und Hilfen sozialer Dienstleistungen. Entscheidender Einflussfaktor für die Kompetenz ist schließlich auch die materielle Lage einer Person. Die Kompetenzen zur Alltagsgestaltung und Selbständigkeit im Alter wer-

den durch die Ausprägung der genannten Faktoren bestimmt, die in einem wechselseitigen Verhältnis zueinander stehen.

Die Fähigkeit, mit belastenden Situationen angemessen umzugehen und sich ihnen anzupassen und somit Lebenszufriedenheit zu erlangen, ist bei jeder älteren Person unterschiedlich ausgebildet. Dabei kommt es auf die Persönlichkeit des Individuums an, wie stabil, widerstandsfähig und offen für Neues es ist. Daneben sind auch die biografisch erlangten Erfahrungen beim Umgang mit Konflikten und Belastungssituationen ausschlaggebend. Bei aktuellen Problemen ist der Umfang der vorhandenen sozialen Unterstützung von Bedeutung. Letztendlich gestaltet sich die Problembewältigung vor dem Hintergrund der fördernden bzw. einschränkenden Lebensbedingungen, z.B. soziale Integration, körperliches Wohl, materielle Sicherheit und angemessene Wohnbedingungen (vgl. BACKES et al., 2003:99ff.).

Das Kompetenzmodell beinhaltet nicht nur Aspekte der Personen, sondern auch soziale und persönliche Ressourcen sowie Entwicklungsmöglichkeiten von Lebenswelten und Personen. Somit werden im Kompetenzmodell kompetenzfördernde bzw. -hemmende Faktoren betrachtet und motivationale Aspekte und Umweltfaktoren mitberücksichtigt. Dadurch lässt sich beispielsweise „erlernte Hilflosigkeit“ erklären, d.h. die Betroffenen bleiben durch äußere Bedingungen weit hinter ihren Kompetenzen, obwohl sie aufgrund ihrer Potentiale und Ressourcen zu weit aus mehr fähig wären.

Der Einsatz von Kompetenzen hat immer die Befriedigung menschlicher Bedürfnisse nach Selbsterhaltung, Realitätskontrolle und Lebensbewältigung, aber auch nach sozialer Anerkennung und Selbstverwirklichung zum Ziel (vgl. THEUNISSEN, 2002b:39f.).

Das Kompetenzmodell entspricht einem positiven Menschenbild, denn es berücksichtigt die Beeinträchtigungen des Individuums und spricht das Recht auf lebenslange Förderung und Unterstützung zu (vgl. ebd.,42).

#### **4.4 Schlussfolgerung zu geistiger Behinderung und Altern**

Dieser Abschnitt befasst sich mit den Fragen, inwieweit die genannten Aspekte des Alterns auch auf Menschen mit geistiger Behinderung übertragbar sind und welche Gemeinsamkeiten und/oder Unterschiede für nicht behinderte und behinderte Menschen gelten.

### 4.4.1 Begriffsbestimmung des Alterns bei Menschen mit geistiger Behinderung

Zur Begriffsbestimmung des Alterns ist auch bei Menschen mit geistiger Behinderung die Einteilung in Erwerbstätigkeit und Ruhestand unzulänglich. Denn gerade schwer geistig und mehrfachbehinderte Menschen sind selten einer regelmäßigen Arbeit nachgegangen und sind zusätzlich langzeithospitalisiert. Für diese Menschen wird das Altern eher willkürlich von den Betreuern und Betreuerinnen bestimmt, da sie oft als „alterslos“ angesehen werden.

Auch die Selbsteinschätzung der Betroffenen allein kann nicht zur Bestimmung des Alterns dienen. Denn sie ist von vielen verschiedenen Faktoren abhängig, wie Alterserlebnisse im Vergleich mit jüngeren Menschen und körperliche Veränderungen. Bei Menschen mit geistiger Behinderung sind dabei die individuellen Unterschiede noch wesentlich ausgeprägter. Eine Alterseinteilung, die mit dem 65. Lebensjahr beginnt, ist daher ebenfalls unzureichend. Es empfiehlt sich, die Einteilung eher auf Selbst- und Fremdbeobachtung unter Berücksichtigung der individuellen Entwicklung der letzten Jahre vorzunehmen (vgl. THEUNISSEN, 2002b:16f.).

Die Merkmale vom Strukturwandel des Alterns treffen teilweise zu:

Eine Verjüngung des Alters ist auch bei dem Personenkreis der geistig behinderten Menschen feststellbar. Allerdings gibt es auch viele Personen, bei denen schon früh im mittleren Erwachsenenalter alterstypische Erscheinungen auftreten. Der vorgezogene Übergang in den Ruhestand erfolgt aufgrund eines erhöhten Unterstützungsbedarfs. Da die Betroffenen in der WfbM jedoch in einem geschützten Rahmen beschäftigt sind, spielt der „Vorruhestand“ eher eine geringe Rolle.

Die Entberuflichung ist bei diesem Personenkreis meist abhängig von der gesundheitlichen Verfassung. Sie sind dabei nicht von Einbußen der sozialen Sicherheit betroffen, da diese in den stationären Einrichtungen sichergestellt wird. Jedoch ergeben sich starke finanzielle Einschnitte, da ihnen nur ein kleines Taschengeld zur Verfügung steht. Sehr einschneidend sind die Verluste der sozialen Kontakte, die sich beim Eintritt in den Ruhestand stark verringern.

Die Singularisierung ist für Menschen mit Behinderung Zeit ihres Lebens eine bestehende Situation. Sie unterliegen Schwierigkeiten beim Knüpfen und Aufrechterhalten von Kontakten. Der Kontakt zur Herkunftsfamilie verringert sich meist im höheren Alter. Wenn die Eltern versterben, gibt es meistens gar keine familiären Kontakte mehr. Zudem leben die Betroffenen selten in Partnerschaften. Somit stehen sie vor dem Problem der Einsamkeit und Isolierung.

Die Feminisierung des Alters verläuft analog zur gesamten Bevölkerung. So haben auch Frauen mit geistiger Behinderung eine höhere Lebenserwartung als von Behinderung betroffene Männer. Daher nimmt der Anteil der Frauen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe mit steigendem Alter zu. Jedoch ist zu vermerken, dass die Frauen im Vergleich zu nicht behinderten einen gleichen Lebensverlauf wie Männer aufweisen, da sie meist keine eigenen Familien gründeten. Damit einhergehend ist auch die finanzielle Lage mit den Männern identisch, wobei sie sich für beide Geschlechter gleich schlecht darstellt.

Die Zunahme der Hochaltrigkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung kann aktuell aufgrund fehlender Forschung noch nicht vorhergesagt werden. Tendenziell ist aber für diesen Personenkreis ein gesteigertes Vorkommen von chronischen Krankheiten, psychischen Störungen und Pflegebedürftigkeit zu erwarten (vgl. WACKER, 2001:106f.).

#### **4.4.2 Bio-psycho-soziale Dimensionen des Alterns**

Die bio-psycho-sozialen Aspekte des Alterns zeigen bei Menschen mit geistiger Behinderung sowohl Parallelen als auch Unterschiede zu nicht behinderten Personen. Zunächst kann von einem normalen körperlichen Alterungsprozess mit individuellen Unterschieden ausgegangen werden, genauso wie auch bei nicht behinderten Menschen (vgl. HAVE-MANN et al., 2004:29).

Besonderheiten bestehen jedoch bei Personen, die neben einer geistigen Behinderung auch von Körperbehinderung betroffen sind. Diese können sich negativ auswirken und einen frühzeitigen Alterungsprozess auslösen, z.B. bei Menschen mit Down-Syndrom, die häufig von Herzfehlern betroffen sind (vgl. ebd.,26). Zudem leiden geistig behinderte Menschen besonders häufig an chronischen Krankheiten. Zu einem chronischen Verlauf kommt es, wenn akute Erkrankungen bei Menschen mit Behinderung schwer zu diagnostizieren sind und folglich erst spät entdeckt und entsprechend behandelt werden (vgl. ebd.,30).

Ein besonderes Problem des biologischen Alterns geistig behinderter Menschen stellt die „Polypharmazie“ dar, d.h. die Einnahme mehrerer Medikamente über einen langen Zeitraum hinweg. Diese Personengruppe lässt sich als „*wehrlose Medikamentenempfänger*“ (HAVEMANN et al., 2004:34) bezeichnen.

Beim Auftreten altersbedingter Krankheiten werden zusätzlich Medikamente verschrieben, die sich mit den bisher eingenommenen oft nicht vertragen. Die durch Polypharmazie entstehenden Nebenwirkungen treffen den Körper im Alter besonders. Durch die verringerte Nierenfunktion werden Medikamente schwerer abgebaut und auch die Leber kann beim Medikamentenabbau geschädigt werden (vgl. ebd.,34).

Das psychologische Altern von Menschen mit geistiger Behinderung bezüglich kognitiver Fähigkeiten entwickelt sich grundsätzlich wie bei der Gesamtbevölkerung.

Durch gezieltes Training können Wissensbestände erhalten und verbessert werden. Lernerfolge sind davon abhängig, wie sie in Angeboten der Erwachsenenbildung oder im Alltag pädagogisch vermittelt werden (vgl. ebd.,43).

Psychische Veränderungen im Alter bei Menschen mit geistiger Behinderung bestehen insbesondere bei Menschen mit Down-Syndrom in der Verstärkung von Stereotypen bei der Alltagsbewältigung. Der Personenkreis ist häufig von psychischen Störungen betroffen. Gründe dafür liegen besonders in dem Fehlen von angemessenen Bewältigungsstrategien in Problemsituationen. Nach WIELAND liegen die Gründe für das häufige Auftreten von psychischen Störungen in den Lebensbedingungen der Menschen mit Behinderung. Grundsätzlich sind Ursachen für psychische Veränderungen unter anderem durch den unzureichenden Umgang mit Verschlechterungen des Gesundheitszustands und Verminderung der sozialen Kontakte zu erklären (vgl. HAVEMANN et al., 2004:45).

Das soziologische Altern wird von Ausgrenzung geprägt. Geistige Behinderung und Alter bedeuten eine systematische soziale Ungleichheit, z.B. in Bereichen wie Beruf, Einkommen, Vermögen, Wohnumfeld und soziales Ansehen.

Menschen mit geistiger Behinderung verfügen über Merkmale, welche die gesellschaftliche Aussonderung hervorrufen. Zudem verkörpern sie die Vorurteile gegenüber geistig behinderter Menschen, z.B. als „ewige Kinder“. Diese werden von den Betroffenen verinnerlicht und im Selbstbild verankert, wodurch wiederum ihr eigenes Auftreten beeinflusst wird (vgl. ebd.,50).

Alte Menschen unterliegen Stigmatisierungen, die durch die Vorstellungen von Pflegebedürftigkeit und Leistungseinbußen gebildet werden. Den alten Menschen werden Verhaltensweisen wie Starrsinn und Verschlossenheit nachgesagt; sie seien intolerant, gebrechlich, vergesslich und senil, um nur einige Vorurteile zu nennen (vgl. THEUNISSEN, 2002b:23).

Somit gilt für geistig behinderte Menschen im Alter eine doppelte Stigmatisierung. Aufgrund der geistigen Behinderung und des Alterns werden sie sozial abgewertet und abgelehnt (vgl. HAVEMANN et al., 2004:50).

#### **4.4.3 Alterstheorien**

Die beschriebenen Alterstheorien lassen sich nicht ohne weiteres auf Menschen mit geistiger Behinderung übertragen.



Diesem Personenkreis fehlen sowohl aufgrund der Lebens- und Wohnsituation als auch durch die behinderungsbedingten Beeinträchtigungen Möglichkeiten, das Altern aktiv und unabhängig von fremder Hilfe zu gestalten. Dabei kann selbst die Unterstützung durch andere Personen keine ausreichende Hilfe erzielen, um die von der Aktivitätstheorie geforderte Aktivität zu gewährleisten (vgl. HAVEMANN et al., 2004:51).

Die Disengagementtheorie greift zu kurz, denn diese Personen neigen aufgrund von Hospitalisierung vermehrt zu Passivität, die auf erlernte Bedürfnis- und Hilflosigkeit zurückzuführen ist und nicht auf einen selbst gewünschten sozialen Rückzug. (vgl. THEUNISSEN, 2002b:30). Außerdem werden die Betroffenen ihr gesamtes Leben lang gesellschaftlich ausgegrenzt. Folglich verfügen sie über geringe soziale Kontakte, daher kann ein weiterer Rückzug nicht zu Zufriedenheit im Alter führen.

Die von der Kontinuitätshypothese geforderte Beibehaltung von Lebensbedingungen ist für Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund von institutionellen oder persönlichen Umständen schwer einzuhalten, z.B. bei Berufsaustritt und Wohnortwechsel (vgl. HAVEMANN et al., 2004:52). Eine Kontinuität der Lebensumstände entspricht dennoch einem wichtigen Ziel der Begleitung alternder Personen im Ruhestand, besonders im Bereich des Wohnens und der Alltagsgestaltung (siehe dazu die Abschnitte 6.1 und 6.2).

Das Kompetenzmodell entspricht einer ressourcenorientierten Sichtweise, wie sie auch durch den Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe etabliert ist.

Welche Lebensbedingungen kompetenzhemmend sind, wurde bereits im Abschnitt 2.2 angesprochen. Dieses wird in Kapitel 6 (S. 41ff.) aufgegriffen und es werden Möglichkeiten zur Aufhebung der hemmenden Faktoren aufgezeigt. Außerdem werden im Kapitel 7 (S. 58ff.) Methoden zur Kompetenzentwicklung beschreiben.

## **5 Sozialrechtliche Rahmenbedingungen**

Basis für die gesellschaftliche Eingliederung von Menschen mit Behinderung bildet § 10 SGB I. Die Vorschrift spricht Personen, die körperliche, geistige oder seelische Behinderungen haben oder davon bedroht sind, das soziale Recht auf Hilfe zu, ungeachtet der Ursachen. Die Hilfen zielen darauf ab: „1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, 2. ihm einen seinen Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben, zu sichern.“

### 5.1 SGB IX: Rehabilitation und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Mit der Einführung des Sozialgesetzbuchs IX am 1. Juli 2001 ist die Sozialgesetzgebung der lange währenden Forderung nachgekommen, für den Personenkreis der Menschen mit Behinderung eine einheitliche Gesetzesgrundlage zu schaffen. Bis dahin waren diese Grundlagen in den jeweiligen Leistungsgesetzen der einzelnen Rehabilitationsträger aufgeteilt. Da deren Zuständigkeiten nicht immer eindeutig zuzuordnen sind, wurde für die Berechtigten der Zugang zu den Leistungen oft erschwert. Dafür hat das neue SGB IX in seinem ersten Teil für die Betroffenen klare Neuregelungen geschaffen. Außerdem wurde das ehemalige Schwerbehindertengesetz in den zweiten Teil des SGB IX eingegliedert. Die wesentlichen Neuerungen und Veränderungen sowie die wichtigsten Vorschriften, die besonders Menschen mit geistiger Behinderung betreffen, werden im Folgenden dargestellt.

Ziel des Gesetzes ist die Erfüllung des Benachteiligungsverbot, laut Grundgesetz: *„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“* (Art. 3 III Satz 3 Grundgesetz). Zudem sollen den Grundprinzipien Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft Rechnung getragen werden (vgl. § 1 SGB IX).

Der Begriff Behinderung findet eine einheitliche Definition, wonach Personen dann als behindert gelten, *„...wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“* (§ 2 I SGB IX).

In § 3 SGB IX wird der Vorrang von Prävention gefordert, d.h. die Rehabilitationsträger haben die Aufgabe, den Eintritt einer Behinderung sowie einer chronischen Krankheit zu vermeiden.

Leistungen zur Teilhabe nach § 4 SGB IX beinhalten im Wesentlichen solche Leistungen, die erforderlich sind, um *„die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern“* (§ 4 I Nr.1 SGB IX); gleiches gilt für Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit. Außerdem soll die Teilhabe am Arbeitsleben gesichert (Nr.2) und die persönliche Entwicklung dahingehend gefördert werden (Nr.3), dass eine *„möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung“* ermöglicht wird (Nr.4).

Daraus ergeben sich insbesondere die in § 5 SGB IX genannten Leistungsgruppen: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Zu den zuständigen Rehabilitationsträgern zählen die Träger der gesetzlichen Krankenkassen, gesetzlichen Rentenversicherung, gesetzlichen Unfallversicherung, Träger der Kriegsopferversorgung und Kriegsopferfürsorge, Bundesagentur für Arbeit und - seit Einführung des Gesetzes - die Träger der Jugendhilfe und Sozialhilfe (vgl. § 6 SGB IX).

Damit die Zuständigkeitsklärung nicht zum Nachteil der Antragsteller und Antragstellerinnen verläuft, hat das Gesetz in § 14 SGB IX klare Regelungen getroffen. Nach Eingang eines Antrags bei einem Rehabilitationsträger prüft dieser seine Zuständigkeit innerhalb von zwei Wochen.

Dabei gilt:

- a) wenn er zuständig ist, muss der Rehabilitationsbedarf sofort festgestellt werden;
- b) wenn er nicht zuständig ist, muss der Antrag unverzüglich an den vermutlich zuständigen Träger weiter geleitet werden.

Wenn zur Feststellung des Rehabilitationsbedarfes ein Gutachten erforderlich ist, muss dieses innerhalb von zwei Wochen erstellt und über den Antrag ebenfalls innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens entschieden werden. Wenn kein Gutachten erforderlich ist, muss über den Antrag innerhalb von drei Wochen nach Eingang entschieden werden (vgl. (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), 2003: 81).

Damit liegt die Verantwortung der Zuständigkeitsklärung allein bei den Rehabilitationsträgern. Dadurch wird für die Antragsteller und Antragstellerinnen eine schnellstmögliche Bearbeitung garantiert.

Die folgende Übersicht zeigt die einzelnen Rehabilitationsträger und ihre möglichen Zuständigkeiten auf (vgl. § 5 i.V.m. § 6 SGB IX).

Abb.2: Übersicht über die Rehabilitationsträger und ihre Zuständigkeitsbereiche

Leistungen zur	Unfall-Versicherung	Soziale Entschädigung	Kranken-Versicherung	Renten-Versicherung	Bundes-agentur für Arbeit	Jugend-hilfe	Sozial-hilfe
Medizi-nische Rehabili-tation	X	X	X	X		X	X
Teilhabe am Ar-beitsleben	X	X		X	X	X	X
Teilhabe am Leben in der Ge-mein-schaft	X	X				X	X

Quelle: BMGS 2004: Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, S.16

Den Leistungsberechtigten wird ein Wunsch- und Wahlrecht zugestanden, damit sie über Art und Ausführung der Leistungen mitbestimmen können. Bei der Entscheidung und Ausführung wird den berechtigten Wünschen der Betroffenen unter Berücksichtigung ihrer Lebensumstände Rechnung getragen (vgl. § 9 I SGB IX). Dabei gilt der Grundsatz, dass die Leistungen, Dienste und Einrichtungen eine eigenverantwortliche Gestaltung der Lebensumstände und eine Förderung der Selbstbestimmung für die Betroffenen gewährleisten müssen (vgl. § 9 III SGB IX).

Eine wesentliche Neuerung besteht in der Einrichtung von gemeinsamen Servicestellen. *„Die Rehabilitationsträger stellen unter Nutzung bestehender Strukturen sicher, dass in allen Landkreisen und kreisfreien Städten gemeinsame Servicestellen bestehen“* (§ 23 SGB IX).

Ihre Aufgaben beschreibt § 22 I Nr. 1 bis 8 SGB IX. Dazu gehören insbesondere Beratung und Unterstützung bei allen Fragen zu Leistungsvoraussetzungen, Klärung der Zuständigkeiten, Erforderlichkeit von Gutachten sowie Koordination und Vermittlung zwischen den Rehabilitationsträgern.

Für den Personenkreis der geistig behinderten Menschen im Alter sind insbesondere die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft von Bedeutung, die in § 55 SGB IX konkretisiert werden. Dazu gehören erforderliche und geeignete Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die eine höchstmögliche Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zulassen (Nr.3), Förderung der Verständigung mit der Umwelt (Nr.4) und Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben (Nr.7).

Im Weiteren wird die Hilfe zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben durch § 58 SGB IX näher beschrieben. Es wird durch entsprechende Hilfeleistungen der Kontakt mit nichtbehinderten Menschen gefördert, Unterstützung beim Besuch von Veranstaltungen und Einrichtungen gewährleistet, die *„der Geselligkeit, der Unterhaltung oder kulturellen Zwecken dienen“*. Zudem werden Hilfsmittel bereitgestellt, *„die der Unterrichtung über das Zeitgeschehen [...] dienen, wenn wegen [...] der Behinderung anders eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nicht oder nur unzureichend möglich ist“* (§ 58 SGB IX).

Da in den meisten Fällen die Sozialhilfe der entsprechende Rehabilitationsträger für Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ist, werden die entsprechenden Bestimmungen im folgenden Abschnitt näher beschrieben.

## **5.2 SGB XII: Hilfe in besonderen Lebenslagen**

Die Sozialhilfe wurde reformiert und in die Sozialgesetzgebung eingegliedert. Seit dem 1. Januar 2005 gibt es die Grundsicherung für Arbeitssuchende nach dem SGB II und die Sozialhilfe gemäß SGB XII.

Die Sozialhilfe folgt nach § 2 SGB II dem Prinzip der Nachrangigkeit. Das bedeutet, Personen erhalten keine Leistungen nach diesem Gesetz, wenn sie sich durch Einsatz des Einkommens und Vermögens selber helfen können oder wenn sie Anspruch auf andere Sozialleistungen haben. Vorrangige Rehabilitationsträger der Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sind nach § 6 SGB IX die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (Nr.3) und die Träger der Kriegsopferversorgung bzw. Kriegsopferfürsorge (Nr.5). Für den Personenkreis der geistig behinderten Menschen ist jedoch überwiegend die Sozialhilfe zuständig.

Die Leistungen der Sozialhilfe beinhalten nach § 8 SGB XII unter anderem Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (Nr.4), und Hilfe zur Pflege (Nr.5). Diese werden in den folgenden Abschnitten dargestellt.

Die Leistungen der Sozialhilfe sollen laut § 9 I SGB XII nach Besonderheit des Einzelfalls erfolgen. Wie auch im SGB IX wird den Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen, allerdings mit der Einschränkung, dass sie angemessen sind und die Erfüllung keine unnötigen Mehrkosten verursacht (vgl. § 9 II Satz 3 SGB XII).

Bezugnehmend auf das SGB IX wird in § 14 I SGB XII die Vorrangigkeit der Leistungen zur Prävention und Rehabilitation betont. Dadurch sollen Pflegebedürftigkeit und Behinderung verhindert und die Auswirkungen abgemildert werden.

Nach § 19 III SGB XII stehen Personen Leistungen zur Eingliederungshilfe oder Hilfe zur Pflege zu, wenn der Einsatz des eigenen Einkommens und Vermögens nicht zumutbar ist.

### **5.2.1 Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung**

Die Grundlagen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung werden im sechsten Kapitel des SGB XII festgesetzt.

Leistungsberechtigt sind Personen, die gemäß § 2 I Satz 1 SGB IX als behindert gelten und dazu wesentlich in der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt sind und solange die Aufgaben der Eingliederungshilfe Aussicht auf Erfolg haben. (vgl. § 53 I Satz 1 SGB XII).

Der Begriff der wesentlichen Behinderung wird in der Eingliederungshilfe-Verordnung konkretisiert. Demnach ist eine Person geistig wesentlich behindert, wenn *„infolge einer Schwäche ihrer geistigen Kräfte die Fähigkeit zur Eingliederung in die Gesellschaft in erheblichen Umfange beeinträchtigt ist“* (§ 2 Eingliederungshilfe-Verordnung).

Zu den Aufgaben der Eingliederungshilfe gehören *„eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern“* (§ 53 III Satz 1). Die Leistungen sollen insbesondere die Teilnahme am gemeinschaftlichen Leben ermöglichen bzw. erleichtern, die Ausübung eines Berufs oder anderen Tätigkeit unterstützen sowie eine höchstmögliche Unabhängigkeit von Pflege erreichen (vgl. § 53 III Satz 2 SGB XII). Im Weiteren erfolgt wieder der Verweis auf das SGB IX, denn *„für die Leistungen zur Teilhabe gelten die Vorschriften des Neunten Buches, soweit sich aus diesem Buch und den auf Grund dieses Buches erlassenen Rechtsverordnungen nichts Abweichendes ergibt“* (§ 53 IV Satz 1 SGB XII).

Die Leistungen der Eingliederungshilfe sind ergänzend zum SGB IX: Hilfen zur angemessenen Schulbildung und Ausbildung, Hilfe in Beschäftigungsstätten und Hilfe zur Sicherung der ärztlichen Leistungen (vgl. § 54 I Nr. 1 bis 5 SGB XII).

Nach § 55 SGB XII gelten Sonderregelungen für behinderte Menschen in stationären Einrichtungen, die Hilfeleistungen im Sinne des § 43a des SGB XI Pflegeleistungen erbringen (siehe dazu Abschnitt 5.3, ab S.37).

### **5.2.2 Hilfe zur Pflege**

Das sechste Kapitel des SGB XII beinhaltet neben der Eingliederungshilfe auch die Vorschriften der Hilfe zur Pflege.

In Abgrenzung zur Pflegeversicherung stellen die Leistungen der Hilfe zur Pflege eine ergänzende „Auffang- und Garantiefunktion“ dar. Seit der Einführung der Pflegeversicherung ist die sozialhilferechtliche Hilfe zur Pflege ihr gegenüber nachrangig. Die Pflegebedürftigkeit wird in § 61 I Satz 1 definiert, wobei diese zum Teil mit dem SGB XI übereinstimmt (§ 14 und § 15). Das SGB XII unterscheidet dabei zwei Arten von Pflegebedürftigkeit: die des SGB XI und eine ergänzende sozialhilferechtliche Pflegebedürftigkeit (vgl. VON RENESSE 2005:3).

Der sozialhilferechtliche Pflegebedürftigkeitsbegriff ist laut § 61 I Satz 2 durch drei Varianten erweitert:

- a) Es muss keine voraussichtliche Dauer von mindestens 6 Monaten vorliegen. Folglich liegt Pflegebedürftigkeit auch bei Erkrankungen vor, bei denen vor Ablauf der 6 Monate ein Wegfallen des Pflegebedarfs zu erwarten ist;
- b) es muss nicht mindestens erhebliche Pflegebedürftigkeit vorliegen. Daraus ergibt sich die sog. „Pflegestufe Null“, d.h. es liegt ein geringer Hilfebedarf bei den wiederkehrenden Verrichtungen vor, dessen Umfang weniger als 45 Minuten Laienpflegezeit beträgt, oder es besteht Unterstützungsbedarf ausschließlich bei einer Grundpflegeverrichtung. Zu den alltäglichen regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen zählen nach § 61 V Nr. 1 bis 4 SGB XII Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung;
- c) es liegt ein Hilfebedarf an Hilfen für andere Verrichtungen vor. Die Leistungen können andere Verrichtungen als nach Abs. 5 beinhalten, wenn sie zwar nicht täglich, aber in regelmäßigen Abständen notwendig sind, z.B. Schneiden der Fußnägel, Begleitung bei Spaziergängen (vgl. VON RENESSE, 2005:5f.).

Die letzte Variante kann Probleme bei der Abgrenzung zu anderen Leistungen aufwerfen, z.B. bei der Eingliederungshilfe. Dabei ist zur Unterscheidung wichtig, ob der Pflegebedarf der Betroffenen aus medizinischer Sicht durch Heilung oder Rehabilitation noch wesentlich verändert werden kann. Hilfe zur Pflege kommt nur dann in Betracht, wenn dies ausgeschlossen ist. Analog zur Pflegeversicherung gilt für die Hilfe zur Pflege in stationären Einrichtungen der Eingliederungshilfe die Vorschrift des § 43 a SGB XI, wonach die Eingliederungshilfe auch Pflegeleistungen bei pflegebedürftigen Betroffenen in den Einrichtungen umfasst und als Ergänzung von den Pflegekassen 10 % des Heimentgelts, jedoch höchstens 256 € erhält (vgl. ebd.,9f.).

### **5.3 SGB XI: Gesetzliche Pflegeversicherung**

Die gesetzliche Pflegeversicherung stellt eine eigene Säule der Sozialversicherung dar. Alle Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung sind auch pflegeversichert. Träger der Pflegeversicherung sind die Pflegekassen, wobei ihre Aufgaben durch die Krankenkassen wahrgenommen werden. Aufgabe der Pflegeversicherung ist es, je nach Schwere der Pflegebedürftigkeit, Unterstützung für die Betroffenen bereit zu stellen. Finanziert wird die Pflegeversicherung über Mitgliedsbeiträge und Arbeitgeberanteile (vgl. § 1 SGB XI).

Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen die Leistungsberechtigten dahingehend unterstützen, dass sie mit einem Höchstmaß an Selbständigkeit und Selbstbestimmung unter Wahrung der Menschenwürde leben können. Dabei sollen die Hilfen auf die Wiedererlangung bzw. Erhaltung von körperlichen, geistigen und seelischen Kräften abzielen (vgl.

§ 2 I SGB XI). Die Leistungsberechtigten werden ihren Wünschen entsprechend unterstützt, jedoch nur soweit sie sich im Rahmen des Leistungsrechts bewegen. Die Pflegebedürftigen können zwischen Einrichtungen und Diensten verschiedener Träger wählen (vgl. § 2 II SGB XI).

Die Leistungen können in Form von Dienst-, Sach- und Geldleistungen erbracht werden, wobei sich Art und Umfang nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit richten und abhängig von der Art der in Anspruch genommenen Pflege sind: häusliche, teilstationäre oder vollstationäre Hilfe (vgl. § 4 I SGB XI).

Personen sind dann pflegebedürftig, wenn sie *„wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen“* (§ 14 I SGB XI).

Zu den Behinderungen gehören nach § 14 II Nr.3 SGB XI auch geistige Behinderungen. Hilfeleistungen werden in Form von personeller Unterstützung erbracht, indem Verrichtungen teilweise oder vollständig übernommen werden, Beaufsichtigung erfolgt oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme der Verrichtungen gegeben werden. Dabei geht es um die Verrichtungen des täglichen Lebens (vgl. § 14 III SGB XI), die Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung beinhalten (vgl. § 14 IV Nr.1 bis 4 SGB XI).

Pflegebedürftigkeit gliedert sich in drei Stufen:

Pflegestufe I entspricht erheblich Pflegebedürftigen, *„die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen“* (§ 15 II Nr.1 SGB XI).

Pflegestufe II bezeichnet Schwerpflegebedürftige, *„die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen“* (§ 15 I Nr.2 SGB XI).

Pflegestufe III umfasst Schwerstpflegebedürftige, *„die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen“* (§ 15 I Nr.3 SGB XI).

Bei der Pflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen liegen folgende Sätze der Pflegekassen vor:



Bei Pflegestufe I werden 1.023 Euro, bei Pflegestufe II 1.279 Euro und bei Pflegestufe III 1.432 Euro jeden Monat pauschal übernommen. Pflegebedürftige, die als Härtefälle anerkannt sind, erhalten sogar 1.688 Euro (vgl. § 43 V SGB XI).

Zu den Leistungsarten der Pflegeversicherung gehört nach § 28 I Nr. 9 SGB XI auch die Pflege für behinderte Menschen in vollstationären Einrichtungen. Konkretisierungen finden sich dazu in § 43a SGB XI: Leben behinderte Menschen in Einrichtungen, die das deutliche und vordergründige Ziel der beruflichen und sozialen Eingliederung, schulischer Ausbildung oder Erziehung behinderter Menschen verfolgen, so übernimmt die Pflegekasse 10 % des vereinbarten Heimentgelts, höchstens jedoch 256 € im Monat.

Nach § 71 IV SGB XI sind stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe keine Pflegeeinrichtungen gemäß der in § 71 II SGB XI formulierten Definition.

### **5.4 Eingliederungshilfe versus Pflegeversicherung**

Da Menschen mit Behinderung häufig auch pflegebedürftig sind und sich dieser Bedarf im Alter noch verstärkt, stellt sich das Problem der Abgrenzung von Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflegeversicherung. Dabei stehen sich die überörtlichen Sozialhilfeträger und die Träger der Behindertenhilfe kontrovers gegenüber.

Die überörtlichen Sozialhilfeträger als Rehabilitationsträger der Eingliederungshilfe verfolgen Bestrebungen, wonach in Einrichtungen der Behindertenhilfe Pflegeabteilungen oder eingestreute Pflegeplätze geschaffen sowie gemeindeintegrierte Wohngruppen zu Pflegeheimen umgewandelt werden sollen. Damit bezwecken die Sozialhilfeträger eine Kostenersparnis, in dem sie durch die Umwandlung in Pflegeabteilungen die Pflegekassen mit einbeziehen. Denn nach § 43a SGB XI müssen die Pflegekassen an die Einrichtungen der Behindertenhilfe lediglich maximal 256 € zahlen (vgl. KRÄLING, 2004:22).

Die Träger der Sozialhilfe argumentieren, eine Eingliederung in das gesellschaftliche Leben stoße an ihre Grenzen, wenn Menschen mit Behinderung aufgrund ihres Alters nicht mehr in einer Werkstatt beschäftigt sind und zudem einen hohen Unterstützungsbedarf haben. Dem ist entgegenzusetzen, dass zwar die berufliche Eingliederung beendet ist, aber dennoch die Ziele der Eingliederungshilfe in anderen Bereichen verfolgt werden können, z.B. Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft und Unabhängigkeit von Pflege (vgl. ebd.,21).

Die Eingliederungshilfe kennt keine Altersbegrenzung. Solange das Ziel der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu realisieren ist, also die Auswirkungen der Behinderung zu mildern, abzuwenden und zu verhüten sind, gilt die Eingliederungshilfe (vgl. DIETRICH, 2000:96). Menschen mit geistiger Behinderung haben ein Anrecht auf lebenslangen

Verbleib in der Einrichtung der Behindertenhilfe auf Grundlage der Eingliederungshilfe, auch wenn sie einen hohen Hilfe- bzw. Pflegebedarf haben und in den Ruhestand eingetreten sind (vgl. KRÄLING, 2004:19).

Das entscheidende Abgrenzungskriterium von Eingliederungshilfe zur Pflegeversicherung ist das Ziel der konkreten Hilfe. Liegt vorrangig das Ziel der sozialen Eingliederung vor, dann gelten die Hilfen nach dem SGB XII. Diese Abgrenzungsnorm benennt § 13 III Satz 2 und 3 i.V.m. § 71 IV SGB XI, wonach die Leistungen nach dem SGB XII dann zu erbringen sind, wenn sie weitergehende Leistungen als die Pflegeversicherung vorsehen, wie im Fall der Eingliederungshilfe. Diese ist vorrangig vor der Pflegeversicherung, wobei die notwendigen Hilfen und die Pflegeleistungen in den Einrichtungen der Eingliederungshilfe zu gewähren sind. Nach § 71 IV SGB XI gelten diejenigen Einrichtungen, bei denen die soziale Eingliederung im Vordergrund stehen, nicht als Pflegeeinrichtungen. Werden Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Pflegeeinrichtungen umgewandelt, entsteht folglich das Problem, dass die Leistung der Pflegeversicherung primär Pflege beinhalten müssen. Andererseits laufen Pflegeeinrichtungen Gefahr, ihre Zulassung als Pflegeeinrichtungen zu verlieren, wenn sie Leistungen zur Eingliederung erbringen. Die gesetzlichen Bestimmungen beruhen auf dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“. Wie in § 53 III Satz 2 SGB XII ausdrücklich als Aufgabe der Eingliederungshilfe benannt, sollen die Leistungsempfänger und –empfängerinnen von Pflege so weit wie möglich unabhängig bleiben, die Rehabilitation steht also vorrangig zur Pflege. Analog dazu stellt § 55 I SGB IX die gleiche Forderung, denn die Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sollen unter anderem „so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen“. Gestützt wird dieses durch § 4 Nr.2 SGB IX, der deutlich fordert, Pflegebedürftigkeit zu mindern bzw. eine Verschlimmerung zu verhüten. Nach § 8 III SGB IX sind Leistungen zur Teilhabe vorrangig, wenn sie voraussichtlich erfolgreich sind und dadurch die Pflegebedürftigkeit vermieden, überwunden, gemindert oder eine Verschlimmerung verhütet wird.

Bei einer Verlagerung der pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung von Einrichtungen der Eingliederungshilfe in Pflegeeinrichtungen bleibt unbeachtet, dass die Pflegebedürftigkeit aus der vorliegenden Behinderung resultiert und nicht erst durch das Lebensalter hervorgerufen ist.

Die Inhalte und Ziele von Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung unterscheiden sich grundlegend. Die Eingliederungshilfe verlangt eine ganzheitliche Hilfe, die auf pädagogischen, pflegerischen und rehabilitativen Maßnahmen beruht. Durch die Auslagerung der

Pflege würden die Unterstützungsleistungen in die einzelnen Elemente zerteilt werden (vgl. SCHUMACHER, 2000:112).

Während die Eingliederungshilfe also ein offenes System darstellt, in dem individuelle Hilfeleistungen nach sozialpädagogischen Konzepten gewährleistet werden, ist die Pflegeversicherung ein geschlossenes Leistungssystem, das sich auf der theoretischen Basis von Pflegewissenschaften, Medizin und Gerontologie gestaltet (vgl. BUDWEG et al., 1998:90).

Damit eine klare Abgrenzung der Leistungen der Eingliederungshilfe und der Pflegeversicherung ermöglicht wird, sind einige Ansatzpunkte für Veränderungsvorschläge anzumerken.

Die Wohneinrichtungen müssen ihr Betreuungsangebot auch auf den Personenkreis der stark pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung ausweiten, damit keine „Zwei-Klassen-Gesellschaft“ (KRÄLING, 2004:23) unter den Betroffenen entsteht. Dementsprechend müssen beispielsweise Arbeitszeit und Wohnumfeld bedarfsgerecht umgestaltet und die Mitarbeiter entsprechend qualifiziert werden.

Auf rechtlicher Seite ist eine Novellierung der Pflegeversicherung nötig, damit auch dem Benachteiligungsverbot Artikel 3 des Grundgesetzes („Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“) Rechnung getragen werden kann. Somit sollten auch die Inanspruchnahme aller Pflegeleistungen der Pflegeversicherung für Menschen mit Behinderung in stationären Einrichtungen geregelt werden.

Zudem ist die bisherige Bestimmung des Pauschalbetrages von höchstens 256 € seitens der Pflegekassen an Einrichtungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit hohem Pflegebedarf als unzureichend zu bewerten. KRÄLING schlägt eine Orientierung an den Sätzen vor, wie sie für die ambulante Pflege gelten: Pflegestufe I: 384 €; Pflegestufe II: 921 € und Pflegestufe III: 1432 € (vgl. ebd.,23).

## 6 Lebenslagen von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter

Die Lebenslage einer Person bezeichnet die Situation, in der sie sich zu einem bestimmten Zeitpunkt befindet. Lebenslagen resultieren einerseits aus äußeren Lebensbedingungen, die soziale, ökonomische, kulturelle und politische Faktoren beinhalten und andererseits aus individuellen Sichtweisen, die durch das Selbstbild, Selbstbewusstsein und Eigenwahrnehmung entstehen. Beides steht in wechselseitiger Beziehung zueinander und ist von der Biografie eines Individuums abhängig (vgl. WACKER, 2001:48).

## 6.1 Wohnen

Im Abschnitt 2.2 wurde bereits kurz auf die Entwicklung der stationären Versorgung und die Auswirkungen der Hospitalisierung für die heute über Sechzigjährigen eingegangen.

### 6.1.1 Stationäre Wohnformen heute

Heute leben Menschen mit geistiger Behinderung neben der elterlichen Versorgung in verschiedenen Wohnformen der stationären Unterbringung.

Anstalten bzw. Komplexeinrichtungen bieten Wohnplätze für bis zu mehrere hundert Personen. Sie gelten als vollstationäre Einrichtungen, da sich die Lebensbereiche Wohnen, Freizeit, Arbeit, Therapie usw. auf einem gemeinsamen Gelände befinden. Die Anstalten haben sich historisch aus den Großeinrichtungen des 19. Jahrhunderts entwickelt. Heute haben diese Anstalten ihr Angebot durch die Errichtung von ausgelagerten Wohngruppen erweitert (vgl. THESING, 1998:70f.).

Als (Groß-) Wohnheime werden Einrichtungen bezeichnet, die etwa 30-40 Plätze für Menschen mit Behinderung zur Verfügung stellen und organisatorisch an Werkstätten für behinderte Menschen gekoppelt sind. Diese Einrichtungen werden als teilstationär bezeichnet, da sie ihr Angebot auf den Lebensbereich „Wohnen“ beschränken. Für die Bewohner und Bewohnerinnen galt früher als Voraussetzung für einen Heimplatz, die gleichzeitige Beschäftigung in der unter gleicher Trägerschaft angegliederten Werkstatt. Sind Personen aufgrund ihres Alters aus der Werkstattbeschäftigung ausgeschieden, bedeutete dies, keine weitere Wohnberechtigung in der Einrichtung mehr zu haben. Das Problem wurde mittlerweile von sozialpolitischer Seite gelöst, indem die direkte Verknüpfung von Wohnen und Arbeiten aufgehoben wurde und die Betroffenen auch nach Beschäftigungsaufgabe in den Heimen verbleiben können (vgl. ebd.,69f.).

Unter Wohngruppen für Menschen mit Behinderung versteht man laut Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAG) kleine Gruppen, die unter der Organisation von Trägern der Behindertenhilfe stehen. Die Entscheidung über die Gruppenzusammensetzung erfolgt durch diese Träger. Bei der Zielgruppe handelt es sich um Personen, die durch ihre Behinderung nicht in der Lage sind sich selbst zu versorgen. In der Wohngruppe werden sie jedoch ihren Fähigkeiten entsprechend in die Selbstversorgung mit einbezogen. Die Betreuungszeiten richten sich nach den Bedürfnissen der Bewohner und Bewohnerinnen.

Nach Definition der BAG sind Außenwohngruppen jene Einrichtungen, die räumlich von einer Großeinrichtung als „Kerneinheit“ getrennt sind. Die Zielgruppe umfasst Personen,

die über ein höheres Maß an Kompetenzen verfügen und nur in bestimmten Lebensbereichen intensive und kontinuierliche Unterstützung bzw. Förderung benötigen (vgl. ebd.,87).

In den alten Bundesländern leben 41% der Bewohner und Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen in Ein-Bett-Zimmern, 43% leben in Zwei-Bett-Zimmern. Bundesweit leben 16% in Drei- und Mehrbettzimmern und nur 38% verfügen über ein Einzelzimmer (vgl. BMGS, 1998:88). Einrichtungen, in denen die Bewohner und Bewohnerinnen zu einer selbständigeren Lebensführung befähigt werden, machen bundesweit nur 15% aller Heimplätze aus. Dem stehen überwiegend solche Einrichtungen gegenüber, die eine Vollversorgung (z.B. bei hauswirtschaftlichen Leistungen) anbieten, die unabhängig vom Unterstützungsbedarf der Bewohner und Bewohnerinnen gestaltet ist. Demzufolge können die Betroffenen ihre Potenziale und Kompetenzen nicht in vollem Umfang umsetzen (vgl. ebd.,85f.).

Laut BMGS beläuft sich der Anteil der über 65jährigen in Einrichtungen Ende der 90er Jahre auf 12%. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung wird die Anzahl erheblich ansteigen (vgl. ebd.,87).

Betrachtet man die Gründe für den Einzug in eine stationäre Einrichtung, liegt der Anlass dazu bei ca. drei Viertel der Personen im Auftreten von Notsituationen. Diese ergeben sich beispielsweise, wenn die elterliche Versorgung nicht mehr gegeben ist oder die Betroffenen nicht mehr selbständig wohnen können (vgl. TEWS, 2001:27).

Auch heute noch unterliegen die Bewohner und Bewohnerinnen in den Einrichtung fremdbestimmten Bedingungen. Sie haben kein Mitbestimmungsrecht, z.B. bei der Aufnahme neuer Gruppenmitglieder. Zudem sind sie in ihrer Wahlfreiheit bezüglich Wohnort und Wohnform eingeschränkt. Das verdient eine kritische Betrachtung vor dem Hintergrund, dass die Unterbringung auf die Lebensdauer ausgelegt ist (vgl. WACKER, 2001:52).

### **6.1.2 Wohnbedürfnisse**

Um angemessene Wohnbedingungen schaffen zu können, bedarf es einer genauen Betrachtung der allgemeinen und altersspezifischen Wohnbedürfnisse.

Der Wohnraum nimmt sehr wichtige Funktionen wahr. Er entspricht dem menschlichen Bedürfnis nach Schutz und Sicherheit. Das Grundgesetz sichert diesen Schutzraum in Art. 13 I GG ab: „*Die Wohnung ist unverletzlich*“.

Im Folgenden werden die Hauptfunktionen der Wohnung aufgeführt und es wird kritisch hinterfragt, inwieweit diese in den Wohneinrichtungen erfüllt werden.

Die Wohnung bietet Raum für Geborgenheit, Schutz und Sicherheit: Für Menschen mit Behinderung in Einrichtungen ist dies bereits eingeschränkt, wenn sie keinen eigenen Zimmerschlüssel haben, jemand das Zimmer betritt, ohne anzuklopfen und vor allem, wenn kein Einzelzimmer zur Verfügung steht. Wichtig ist auch, ob die Bewohner und Bewohnerinnen über die Gestaltung ihres Wohnraums selbst bestimmen dürfen.

Wohnraum gewährleistet Beständigkeit und Vertrautheit: Dafür müssen Personen in Einrichtungen die Möglichkeit haben, persönliche Gegenstände und Erinnerungsstücke besitzen zu können. Wichtig ist auch die Kontinuität der Gruppe, denn bei häufigem Wechsel von Personal sowie Bewohnern und Bewohnerinnen sind Beständigkeit und Vertrautheit gefährdet. Auch die Gruppengröße spielt dabei eine wichtige Rolle, denn mit der Größe der Gruppe steigt auch die Anonymität (vgl. THESING, 1998:36f.).

Die Wohnung lässt Raum für Selbstverwirklichung und Selbstverfügung: In Wohneinrichtungen ist dies abhängig davon, ob die Bewohner und Bewohnerinnen ihr Zimmer individuell gestalten können und ob sie ein Recht auf Mitbestimmung und Mitwirkung haben (vgl. ebd.,39).

Wohnraum gibt Raum für Kommunikation und Zusammenleben: Das wird eingeschränkt, wenn es beispielsweise vorgeschriebene Besuchszeiten gibt oder Kontaktaufnahmen außerhalb der Einrichtung erschwert werden. Die Gruppengröße ist ausschlaggebend dafür, wie Kommunikation gefördert wird. (vgl. ebd.,41).

Außerdem hat die Wohnung die Funktion, Selbstdarstellung und Demonstration von sozialem Status zu ermöglichen. Dabei ist es für Einrichtungen entscheidend, ob sie nach außen, aber auch im Inneren, einen privaten Eindruck machen und nicht als Institution erkennbar sind (vgl. ebd.,43).

Aus den Ergebnissen einer Studie zum Thema „Leben im Heim“ leitet WACKER die vorherrschenden Bedürfnisse von Seiten der Bewohner und Bewohnerinnen ab. Die Befragten gaben deutlich an, in der vertrauten Umgebung verbleiben zu wollen, wobei sie den Umzug in eine andere Einrichtung befürchten, z.B. Altenheim. Deutlich wurde bei der Befragung das negative Bild von Altenheimen als Ort der Abschiebung. Die Selbsteinschätzung der Befragten ergab, dass sie unter anderen Umständen und Bedingung nicht auf eine lebenslange Unterbringung in einem Behindertenheim angewiesen gewesen wären. Zudem gaben die Befragten an, mehr soziale Kontakte knüpfen zu wollen, da sie sich isoliert fühlen und die Kontakte zu den Mitbewohnern oft nicht gut seien. Außerdem ist es den Bewohnern wichtig, auch nach dem Eintritt in den Ruhestand noch gebraucht zu werden (vgl. WACKER, 2001:68f.).

Für Menschen mit Behinderung gelten im Alter grundsätzlich die gleichen Grundbedürfnisse wie für nichtbehinderte Personen. Es ist für sie wichtig, nicht isoliert zu werden. Der Verbleib in der gewohnten Umgebung und die Beibehaltung bestehender sozialer Beziehungen spielen eine wichtige Rolle. Ein weiteres Bedürfnis besteht darin, die Betreuung durch vertraute Mitmenschen im Fall von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit sichergestellt zu wissen. Von großer Bedeutung sind auch ausreichende und gesicherte materielle Grundlagen im Alter (vgl. BMGS, 1998:110).

Der Wunsch nach einer ruhigen Atmosphäre und Alltagsgestaltung spielt eine große Rolle. Außerdem sollte ein verlässlicher und strukturierter Tagesablauf vorliegen, der sinnvolle Tätigkeiten und Freizeitgestaltung beinhaltet (vgl. WACKER, 2001:65).

In einem Workshop des Zentrums für Altersforschung wurde mit Hilfe eines Expertenratings die Rangfolge menschlicher Bedürfnisse aufgelistet. Gefragt wurde nach: Gesundheit, Selbständigkeit und Selbstbestimmung, Sicherheit, Mobilität, Lebenssinn, Anerkennung, Gebrauchtwerden, Vertrautheit und Routine, Rückzug und Alleinsein, Prestige und Macht. Das Ergebnis zeigt einige Unterschiede im Stellenwert der einzelnen Bereiche zwischen behinderten und nichtbehinderten Menschen im Alter: Für Menschen mit geistiger Behinderung hat Vertrautheit und Routine den höchsten Stellenwert (für nichtbehinderte Menschen nur den vorletzten) gefolgt von Lebenssinn und Anerkennung (bei nichtbehinderten Menschen stehen diese in der mittleren Position). Bei der Gestaltung des Wohnraumes für die Nutzer und Nutzerinnen von Einrichtungen der Behindertenhilfe sollte dieses unbedingt beachtet werden (vgl. WETZLER, 2000:193).

Es darf nicht vergessen werden, dass die Wohnbedürfnisse von Personen individuell sehr unterschiedlich ausfallen, da sie von dem Lebensalter, den Lebenserfahrungen und Vorlieben sowie zeitlebens erworbenen Kompetenzen abhängig sind. Außerdem ergeben sich Bedürfnisse durch alterstypische Einschränkungen in den körperlichen, psychischen und kognitiven Fähigkeiten, z.B. führt zunehmender Pflegebedarf zu Einschränkungen in der Mobilität sowie bei alltagspraktischen Verrichtungen und in der Kommunikation (vgl. WACKER, 2001:59).

### **6.1.3 Veränderungsbedarf**

Die Einrichtungen müssen ihr Angebot auf die veränderten und erhöhten Pflege- und Hilfebedarfe der älteren Bewohner und Bewohnerinnen ausrichten. Somit ergeben sich neue Anforderungen für die Einrichtungen in Bezug auf räumliche, sächliche und personelle Ausstattungen (vgl. WACKER, 2001:60). Zudem müssen für die Betroffenen geeignete konzeptionelle Veränderungen erfolgen, die sich an den speziellen Bedürfnissen

dieses Personenkreises orientieren (vgl. BMGS, 1889:87). Diese Konzeptionen müssen auf den Grundprinzipien der Behindertenhilfe basieren: Selbstbestimmung und soziale Integration, Prinzip der Normalisierung, d.h. Lebensbedingungen, die als Standard für die Gesamtbevölkerung betrachtet werden.

Eine von WACKER durchgeführte Befragung von Heimleitungen ergab folgendes: 47,8% der Befragten gaben einen großen Veränderungsbedarf bei Struktur und Konzeption der Einrichtungen an. Dieser bezieht sich auf die Ausweitung des Wohnangebots, die Schaffung von Gruppen für Rentner und Rentnerinnen und das Bilden von Freizeit- bzw. Beschäftigungsbereichen für ältere Personen. 32,6% der Befragten sehen Handlungsbedarf bei personellen Veränderungen. Das beinhaltet beispielsweise die Qualifizierung des Personals auf Altenpflege und spezifische Angebote für alte Menschen. Auch bei baulichen Maßnahmen ergab die Befragung bei 17,4% der Heimleitungen einen Veränderungsbedarf seitens der Einrichtungen. Dazu gehört das Anpassen des Mobiliars, Barrierefreiheit für die Räumlichkeiten und die sanitären Anlagen. Der Einsatz technischer Hilfsmittel, z.B. Lifter und Gehhilfen, stellen nur einen geringen Veränderungsbedarf laut 2,2% der Befragten dar. Diese Gebrauchsgegenstände sind in den Einrichtungen meist vorhanden und gehören bereits zum Standard (vgl. WACKER, 2001:61).

Es müssen Voraussetzungen in den Einrichtungen geschaffen werden, welche die Privat- und Intimsphäre der Bewohner und Bewohnerinnen schützen. Deshalb ist das Einrichten von Einzelzimmern unabdingbar, ebenso die Möglichkeit, ihren Wohnraum nach eigenen Bedürfnissen gestalten zu können. Damit sich auch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Einrichtungen auf den Hilfebedarf und die Bedürfnisse der Betroffenen einstellen können, müssen sie durch entsprechende Aus- und Weiterbildungsangebote qualifiziert werden (vgl. BMGS, 1998:88).

Die Menschen mit Behinderung haben auch heute kaum Mitspracherecht, wenn es um die Auswahl neuer Mitbewohner und Mitbewohnerinnen geht, mit denen sie bis ins hohe Alter zusammenleben werden. Daneben sollten ihnen auch ausreichende Wahlmöglichkeiten zustehen, damit über die Betroffenen nicht mehr fremdbestimmt wird, z.B. bei der Auswahl der Wohneinrichtung und Wohngruppen (vgl. WACKER, 2001:96f.).

Laut TEWS besteht keine unmittelbare Notwendigkeit, neue Wohnformen für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter zu schaffen. Dennoch sind bei den bestehenden Angeboten entsprechende Modifikationen erforderlich (vgl. TEWS, 2001:20). So müssen die Wohnangebote differenzierter werden und sich an den individuellen Fähigkeiten und Hilfebedarfen der Bewohner und Bewohnerinnen orientieren. Ihnen sollten Mitspracherecht und Handlungsspielräume zugestanden werden, damit Selbstbestimmung und Selbst-



ständigkeit ermöglicht werden (vgl. BMGS, 1998:86). Es entspricht dem wichtigsten Ziel der Wohneinrichtungen, den Verbleib der Bewohner und Bewohnerinnen in ihrer bisherigen Einrichtung beim Eintritt in den Ruhestand sicherzustellen, da sie größtenteils ihr bisheriges Leben dort verbracht haben. Die aus der Entberuflichung resultierenden Verluste in Hinblick auf Alltagsstrukturierung und soziale Kontakte müssen durch entsprechende Angebote (mehr dazu Abschnitt 6.2.3, S. 52f.) kompensiert werden (vgl. TEWS, 2001:30).

WACKER spricht von künftigen „kollektiven Altern“ in den Einrichtungen, d.h. immer mehr Personen wechseln in den Ruhestand und verbleiben tagsüber in der Einrichtung. Dieser Entwicklung muss mit geeigneten personellen und materiellen Änderungen Rechnung getragen werden. Dabei geht es nicht nur darum, die Betreuungszeiten zu verändern, sondern auch die konzeptionellen Angebote auszuweiten (vgl. WACKER, 2001:57). Das „kollektive Altern“ wird noch dadurch verschärft, dass in Einrichtungen, die für einen lebenslangen Verbleib ausgelegt sind, mit einem Zuwachs an anderen Personen zu rechnen ist. Dieser ergibt sich aus dem Wechsel einerseits von der elterlichen oder ambulanten Versorgung in die stationäre und andererseits aus anderen Einrichtungen, die eine Versorgung bis ans Lebensende nicht bewerkstelligen können (vgl. ebd.,59).

## **6.2 Tagesstrukturierung und Alltagsorientierung**

Tagesstrukturierung und Alltagsorientierung umfassen im wesentlichen den Tagesablauf einer Person. In Einrichtungen für Menschen mit Behinderung beinhaltet dies die psychosoziale Betreuung, pädagogische Maßnahmen zum Erweitern und Erlernen von Kompetenzen und bei Bedarf die Sicherstellung pflegerischer Hilfeleistungen. Tagesstrukturierende Maßnahmen beinhalten solche Angebote, in welchen die Betroffenen dazu befähigt werden, sich den neuen Lebensumständen beim Eintritt in den Ruhestand zu stellen, mit ihrer neuen Rolle in der Lebensphase Alter (besser gesagt: den Lebensphasen) umzugehen und den Lebensabend sinngebend zu gestalten (vgl. KRÄLING, 2000:1f.).

Im Ruhestand spielt im Bereich der Tagesstrukturierung besonders die Freizeitgestaltung eine große Rolle.

Freizeit bezeichnet nach OPASCHOWSKI eine frei verfügbare, zwanglose und verpflichtungsfreie Zeit. Dabei ist der Freiheitsgrad von Ort, finanziellen Mitteln, Angeboten, Mobilität und sozialen Kontakten abhängig und unterliegt gesellschaftlichen Werten und Normen (vgl. HAVEMANN et al., 2004:142).

### 6.2.1 Freizeitbedürfnisse

OPASCHOWSKI benennt acht Freizeitbedürfnisse, die für alle Menschen gelten:

- 1) Rekreation beinhaltet Erholung, Ruhe, Wohlbefinden, angenehmes Körpergefühl und sexuelle Befriedigung (vgl. CLOERKES, 2001:264). Dabei soll die Freizeitgestaltung in erster Linie Erholung, Entspannung und Vergnügen bieten (vgl. HAVEMAN et al., 2004:143).
- 2) Kompensation entspricht dem Bedürfnis nach Ausgleich und Ablenkung.
- 3) Edukation umfasst das Weiter- und Umlernen auf verschiedenen sachlichen und sozialen Handlungsebenen.
- 4) Kontemplation beinhaltet Selbsterfahrung und Selbstfindung.
- 5) Kommunikation schließt die Bedürfnisse nach Mitteilung, Geselligkeit und Vermehren der sozialen Kontakte ein.
- 6) Integration entspricht Zusammensein, Gemeinschaftsbezug und sozialer Stabilität.
- 7) Partizipation beinhaltet Beteiligung, Mitbestimmung und Engagement.
- 8) Enkulturation beschreibt kreative Entfaltung, produktive Betätigung und Teilnahme am kulturellen Leben (vgl. CLOERKES, 2001:264).

Die ersten vier Bedürfnisse lassen sich als individuelle und die letzten vier als gesellschaftliche Zielfunktionen von Freizeit verstehen. Die Erfüllung der gesellschaftlichen Ziele stellt dabei eine große Herausforderung dar (vgl. ebd.,265).

Der Freizeitbereich übernimmt insgesamt wichtige Funktionen in Hinblick auf gesellschaftliche Integration, Aneignung kultureller Güter und eines lebenslangen Lernens (vgl. THEUNISSEN et al., 2000:360).

In der Freizeit gelten für alternde Menschen mit Behinderung die gleichen Bedürfnisse wie allgemein für Menschen im Alter. Dabei kommen die Bedürfnisse abhängig von Schwere und Grad der Behinderung anders zum Ausdruck. Zudem sind die Betroffenen auf Assistenz, Anleitung und Pflege angewiesen, was sich auf die Quantität und Qualität ihrer Bedürfnisse auswirkt.

Die Freizeitförderung von Menschen mit Behinderung verfolgt bei älteren die gleichen Ziele wie bei jüngeren Personen. Dabei ist die Bereitstellung von vielfältigen Angeboten wichtig, in denen die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen berücksichtigt werden (vgl. HAVEMAN, 2000a:166).

### 6.2.2 Freizeitsituation von Menschen mit geistiger Behinderung

THEUNISSEN, DIETER, NEUBAUER und NIEHOFF führten eine Erhebung zur Situation des Freizeitbereichs in der Lebenshilfe Deutschland durch. Befragt wurden dazu einerseits Fachkräfte in den Einrichtungen und andererseits die Betroffenen, also die Menschen mit Behinderung (vgl. THEUNISSEN et al., 2000:361).

Die Erhebung bezog sich auf die vier Hauptbereiche von Freizeitangeboten:

a) Feste Gruppen im Bereich Kurse, Bildung und Kreativität bilden den ersten Bereich. Dazu gehören Angebote wie Basteln, Kochen, Musik, Tanz, Malen usw., die wöchentlich oder 14-tägig stattfinden und überwiegend von hauptamtlichen Personen geleitet werden. Die Gruppengröße beträgt außer beim Tanzen maximal 12 Teilnehmer und Teilnehmerinnen. Dabei werden diese Angebote meist intern in der Lebenshilfe organisiert und haben keinen integrativen Charakter, da sie speziell auf den Personenkreis der geistig behinderten Menschen ausgerichtet sind. Außerdem werden sie überwiegend von Personen im Alter von 15 bis 40 Jahren in Anspruch genommen. Für Menschen über 50 Jahren gibt es kaum altersbezogenen Angebote. Zudem sind Gruppenangebote unterrepräsentiert, die dem Empowerment (siehe Abschnitt 7.1, ab S. 59) entsprechend auf eine selbstständige Lebensführung, Selbstbestimmung und Partnerschaft zielen.

b) Feste Gruppen gibt es auch in dem Bereich Sport, mit den Inhalten Schwimmen, Kegeln und Gymnastik. Dabei ist Kegeln durch die Teilnahme von nichtbehinderten besonders integrativ. Geleitet werden die Sportangebote zum größten Teil durch hauptamtliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die durch ehrenamtliche Personen und Honorarkräften unterstützt werden.

c) Den dritten Bereich bilden offene Angebote und Clubs, z.B. Feste, Disco oder Stadtbummel. Diese werden auch oft von älteren Personen genutzt. Die Aktivitäten finden überwiegend in Großgruppen statt und werden durch hauptamtliche und ehrenamtliche Helfer und Helferinnen begleitet. Dieser Bereich hat einen integrativen Charakter, da auch nichtbehinderte Menschen teilnehmen und öffentliche Einrichtungen genutzt werden.

In diesen drei Bereiche bleiben Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf meistens von den Angeboten ausgeschlossen.

d) Der letzte Bereich umfasst Reisen und Urlaub, wobei Tagesfahrten überwiegen. Die Gruppen bestehen meist aus über 20 Personen und sind durch ihre Größe nicht als integrativ zu bezeichnen. Außerdem sind alle Altersgruppen vertreten, so dass bei den Großgruppen keine alterstypischen Bedürfnisse berücksichtigt werden können. Begleitet werden die Reisen größtenteils von hauptamtlichen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen;

dabei ist in diesem Bereich der Anteil der ehrenamtlichen Personen und Honorarkräfte am größten (vgl. ebd.,362f.).

Finanziert werden die Freizeitbereiche zum einen durch Beiträge der Teilnehmer und Teilnehmerinnen, die von Anteilen der Träger und durch Spenden unterstützt werden. Hinzu kommen noch andere Finanzierungsmöglichkeiten, z.B. der Krankenkassen und Kommunen.

Die Entscheidungen über die Konzeption der Freizeitangebote werden überwiegend von den Leitern und Leiterinnen des Freizeitbereichs getroffen. Dabei werden die behinderten Menschen nicht in dem Maße beteiligt, wie es wünschenswert wäre. Auch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bevorzugen eine stärkere Partizipation der Betroffenen (vgl. ebd.,365f.). Die in der Erhebung befragten Personen nennen als Probleme besonders unsichere und ungenügende Finanzierungsmöglichkeiten und das Fehlen von geeignetem und geschultem Personal sowie unzureichende Fortbildungsmöglichkeiten (vgl. ebd.,367).

Die Befragung der Menschen mit Behinderung ergab insgesamt eine sehr gute Bewertung der Freizeitangebote. Verbesserungswünsche beziehen sich überwiegend auf den Kontakt zu nichtbehinderten Menschen. Außerdem sollen mehr Helfer und Helferinnen zur Verfügung stehen und die Angebote weniger kosten. Verbessert werden sollte auch die Information über Angebote sowie die Verfügbarkeit mehrerer Wahlmöglichkeiten (vgl. ebd.,369).

Die Freizeitgestaltung in Einrichtungen lässt sich laut WACKER als „verordnete Zeit“ und „gestaltete Freizeit“ bezeichnen. Da die Bewohner und Bewohnerinnen durch die strukturierten Tagesabläufe in den Einrichtungen bei ihrer Verfügbarkeit über freie Zeit stark eingeschränkt sind, eröffnen sich ihnen kaum Möglichkeiten ihre Freizeit in Eigeninitiative zu gestalten. Die von den Heimen angebotenen Freizeitbeschäftigungen sind vor allem Sport, Spiele und gemeinschaftliche Zusammenkünfte, wobei die Wünsche der Betroffenen oft nicht berücksichtigt werden. Bei den Unternehmungen nehmen überwiegend alle Mitbewohner und Mitbewohnerinnen teil. Gründe für die Begrenzung der Angebote liegen in konzeptionellen Faktoren, Zeit- und Personalmangel und begrenzten finanziellen Mitteln (vgl. WACKER, 2001:61f.).

Besonders für institutionalisierte Menschen wurden im Laufe ihres Lebens die Freizeitaktivitäten überwiegend fremdbestimmt gestaltet. Gerade isoliert gelegene Großeinrichtungen verfügen bis heute über eine Tagesstruktur, die immer am gleichen Ort und in der gleichen Art und Weise stattfindet. Dadurch sind die Bewohner und Bewohnerinnen zusätzlich vom gesellschaftlichen Leben isoliert (vgl. HAVEMANN et al., 2004:143).

Bei Menschen mit geistiger Behinderung hat die materielle Lage erheblichen Einfluss auf die Freizeitgestaltung. Personen, die in stationären Einrichtungen untergebracht sind, verfügen nur über ein geringes Taschengeld (ca. 90 €) zuzüglich Werkstattlohn. Dieser entfällt, wenn sie in den Ruhestand gehen. Ihre Rentenansprüche gehen an den zuständigen Sozialhilfeträger über, so dass ihnen nur das Taschengeld bleibt. Durch ihre geringen finanziellen Möglichkeiten wird die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben stark eingeschränkt, demzufolge sind sie vermehrt von Einsamkeit und Isolierung bedroht. Nach THOMAS zeichnet sich die Situation der Betroffenen dadurch aus, dass sie im Ruhestand über viel Freizeit verfügen, sie jedoch durch ihre geringen finanziellen Mittel nicht angemessen nach ihren Bedürfnissen und Wünschen gestalten können (vgl. WACKER, 2001:76).

Allgemein sind Menschen mit Behinderung in der Ausübung einer angemessenen und den persönlichen Bedürfnissen entsprechenden Freizeitgestaltung in vielerlei Hinsicht benachteiligt. Bezogen auf die eingangs genannten Freizeitbedürfnisse bestehen Benachteiligungen bei der Rekreation insbesondere darin, dass die Betroffenen häufig abhängig von anderen Personen sind, wenn es beispielsweise darum geht, sich zurückzuziehen, die freie Zeit einzuteilen, Körperpflege nachzugehen und sexuelle Bedürfnisse auszuleben. Durch mangelnde Mobilität, geringe Freizeitangebote und nicht behindertengerechte Umwelt sind Menschen mit Behinderung bei der Kompensation beeinträchtigt. Nachteile in der Edukation bestehen für Menschen mit Behinderung, da es eine geringe Auswahl an Bildungseinrichtungen gibt und sie in der Berufswahl stark eingeschränkt sind. Im Bereich der Kontemplation macht sich die Benachteiligung durch Abhängigkeit und Bevormundung von meistens nicht selbstgewählten Betreuungspersonen bemerkbar. Zusätzlich leben sie Menschen mit Behinderung isoliert unter „ihresgleichen“. Da sie häufig von Frustration und Unverständnis betroffen sind, lässt sich ein Rückgang des Kommunikationsbedürfnisses feststellen, das sich folglich nachteilig auf die Betroffenen auswirkt. Durch den häufigen Wechsel von Bezugspersonen und –gruppen herrschen Benachteiligungen vor, da kaum eine Berücksichtigung der persönlichen Interessen erfolgt. Durch gesellschaftliche Diskriminierung und Isolierung wird Integration erschwert. Menschen mit Behinderung werden durch andere Personen und Institutionen fremdbestimmt, die auch stellvertretend Entscheidungen für sie treffen, dementsprechend ist eine Partizipation kaum möglich. Im Bereich der Enkulturation müssen für Menschen mit Behinderung erst Möglichkeiten für die kreative und produktive Freizeitgestaltung geschaffen werden. Zudem sind kulturelle Angebote häufig schwer erreichbar bzw. nicht behindertengerecht (vgl. CLOERKES, 2001:264).

### **6.2.3 Anforderungen an die Tagesstrukturierung alternder Menschen mit geistiger Behinderung**

Bezogen auf die Freizeitgestaltung sind einige Aspekte zu beachten.

Es spielt eine große Rolle, wie die Betroffenen sich an den Alterungsprozess anpassen. Dabei ist es wichtig, dass die bisherige Wohnumgebung erhalten bleibt und Bedingungen für die Aufrechterhaltung von Fähigkeiten und eine Anpassung an altersspezifischen Veränderungen gewährleistet sind. Dazu sind entsprechende Qualifikationen des Personals nötig, die zudem Prävention und Behandlung von physischen und psychischen Störungen im Alter umfassen müssen.

Die Menschen mit Behinderung brauchen eine Vorbereitung auf den Ruhestand und die dadurch zusätzlich entstehende Freizeit. Dazu gehören auch Angebote, die sich mit dem Umgang mit Depression, Verlust und Sterben befassen. Zuletzt spielen auch die aktive Gesundheitserhaltung und -versorgung eine zentrale Rolle (vgl. HAVEMANN, 2000a: 165). Um den Folgen des biologischen Alterns entgegenzuwirken, stellt Körperbewegung in der Freizeit ein geeignetes Mittel dar. So kann die Handlungsfähigkeit durch spielerische Bewegung erhalten bzw. erweitert und zusätzlich durch Erfolgserlebnisse das Selbstwertgefühl gestärkt werden (vgl. HAVEMANN et al., 2004:144f.).

Da die Freizeit von Menschen mit Behinderung lebenslang überwiegend fremdbestimmt gestaltet war, müssen nun insbesondere entsprechende Kompetenzen vermittelt werden, die zu einer selbstbestimmten Freizeitgestaltung befähigen. Mit dem Eintritt in den Ruhestand wird die bis dahin von Arbeit und Freizeit bestimmte Tagesstruktur aufgehoben. Folglich stellt eine Umstrukturierung des Alltags eine zentrale Aufgabe dar mit dem Ziel, Vereinsamung und Isolierung im Alter entgegenzuwirken (vgl. HAVEMANN, 2000a:167). Bedeutend ist dabei die zeitliche Strukturierung, denn ein verlässlich wiederkehrender Tagesablauf bietet für die Betroffenen Sicherheit. Die Tagesstruktur muss sich nach individuellen Bedürfnissen richten, z.B. bei Schlafens- und Essenszeiten (vgl. THEUNISSEN, 2002b:108).

Allgemein bedürfen die Freizeitangebote seitens der Einrichtungen weiterer Verbesserungen und Veränderungen sowohl intern als auch extern, z.B. Vernetzung mit anderen Wohnheimen, Begegnungsstätten sowie Sport- und Kulturvereinen. Dabei muss den Nutzern und Nutzerinnen auch die Möglichkeit eröffnet sein, Angebote nicht wahrzunehmen (vgl. WACKER, 2001:97). Zu möglichen Angeboten für Menschen mit geistiger Behinderung im Alter gehören die Schaffung von Altentagesstätten und Begegnungsstätten, Seniorenklubs und Seniorenkreisen (TEWS, 2001:29).

Wichtig ist die Möglichkeit zur autonomen Freizeitgestaltung. Dazu benötigen sie durch die Fachkräfte in den Einrichtungen endsprechende Unterstützung. Sie sollten auch Freizeitaktivitäten unabhängig von der Gruppe unternehmen können und die Möglichkeit haben, Freunde und Bekannte aus anderen Einrichtungen zu besuchen.

Letztendlich sollte der Tagesablauf nach persönlichen Vorlieben gestaltet werden können und nicht von den Dienstzeiten der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen abhängen. Dazu gehört auch die Ausweitung der Angebote, so dass zwischen mehreren Möglichkeiten ausgewählt werden kann. Die Bewohner und Bewohnerinnen sollten immer die Möglichkeit haben, jederzeit die Einrichtung verlassen zu können (vgl. WACKER, 2001:98).

### **6.3 Soziale Netzwerke alternder Menschen**

Wie sich die sozialen Netzwerke und Beziehungen gestalten, ist abhängig von der Struktur der Familie, dem Umfang der Freundes- und Bekanntenkreise sowie der räumlichen Nähe und Erreichbarkeit (vgl. BACKES et al., 2003:75).

Die Familienstruktur wird durch die demografischen Entwicklungen beeinflusst. Durch die rückläufige Geburtenrate einerseits und steigende Lebenserwartung andererseits, entstehen geschwisterarme Familien, die sich aus den verschiedenen Generationen zusammensetzen, ohne im gleichen Haushalt zu leben. ROSENMAYR spricht dabei von der sog. „Bohnenstangen“-Familie (vgl. BACKES et al., 2003:68). Dabei nimmt die Generationenvielfalt zwar zu, jedoch besitzt jede einen geringen Umfang (vgl. ebd.,75).

#### **6.3.1 Zusammensetzung sozialer Netzwerke**

Im Allgemeinen gestalten sich Soziale Netzwerke bei alternden Personen wie folgt:

Die überwiegenden familiären Netze bilden Ehen und Partnerschaften. Dabei leben 75% der Männer im Alter von 70 bis 74 Jahren in Ehe bzw. Partnerschaft. Mit Zunahme des Alters sinkt diese Anzahl jedoch, so dass es bei den 95-Jährigen nur noch 20% sind. Bei Frauen im Alter von 70 bis 74 sind es dagegen nur 20%, wobei eine Verringerung mit steigendem Alter zu verzeichnen ist und bei den 85-Jährigen nur noch wenige verheiratet sind oder in Partnerschaft leben. Der Grund dafür liegt in der höheren Lebenserwartung der Frauen.

Die Hälfte aller alternden Menschen haben mindestens einen Geschwisterteil. Das nimmt jedoch mit steigendem Alter ab. Bei den 95-Jährigen verfügen nur noch 15% über Geschwister. Die Kontakte zwischen ihnen sind in der Regel recht häufig, wobei sie häufiger per Telefon als über Besuche verlaufen.

Die meisten Kontakte in den Netzwerken bestehen zu den eigenen Kindern. Dabei haben 77% der Männer und 70% der Frauen mindestens ein Kind. Mit steigendem Alter nimmt auch die Anzahl der Enkel und ggf. der Urenkel zu.

Entfernte Verwandte - Nichten/ Neffen, Cousins/ Cousinen sowie Schwager und Schwägerinnen usw. - sind für die sozialen Netzwerke der alten Menschen von Bedeutung. 66% verfügen über weitreichende Kontakte zum Verwandtenkreis. Aber auch außerhalb der Verwandtschaft verfügen alte Menschen über Kontakte: 64% haben Freunde, 49% Bekannte und 29% Nachbarn.

Allgemein ist zu verzeichnen, dass die Netzwerke mit steigendem Alter kleiner werden und kinderlose Personen insgesamt über geringere Kontakte verfügen (vgl. NOACK, 2001:219f.).

### **6.3.2 Soziale Netzwerke von Menschen mit geistiger Behinderung**

Menschen, die in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe leben verfügen meist über ein sehr geringes soziales Netzwerk (vgl. HAVEMANN et al., 2004:86).

Das familiäre Netz besteht in der Regel nur aus der Herkunftsfamilie, da geistig behinderte Menschen keine eigenen Familien gründen. Die Eltern behinderter Menschen überleben ihre Kinder meistens nicht. Erreichen diese also ein hohes Alter, kann davon ausgegangen werden, dass ihre Eltern bereits verstorben sind oder zum mindest selber aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage sind, sich intensiv um sie zu kümmern. Es treten - falls vorhanden und gewünscht - Geschwister in die elterliche Rolle (vgl. ebd.,88). Diese haben aber meist selber eine eigene Familie gegründet und leben nicht in der Nähe der Einrichtung, so dass die Aufrechterhaltung des Kontaktes zum behinderten Geschwisterteil erschwert wird. Auch die Wohnsituation der Menschen mit Behinderung hat Einfluss auf die Häufigkeit und Gestaltung des Kontaktes. So ist laut verschiedener Studien der Kontakt intensiver, wenn die Betroffenen in kleinen gemeindenahen Einrichtungen leben. Große Wohnheime sind oft in sehr abgelegenen Gegenden und dadurch schwerer zu erreichen. Ist auf beiden Seiten ein unzureichendes Maß an Mobilität vorhanden, um den Kontakt aufrecht zu erhalten, kann es sogar dazu führen, dass er vollkommen abbricht (vgl. ebd.,90).

Die Mitbewohner und Mitbewohnerinnen der Menschen mit Behinderung nehmen einen großen Stellenwert ein. Zum einen gibt es sehr selten außerfamiliäre Kontakte zu nicht-behinderten Personen und zum anderen besteht zwangsläufig regelmäßiger Kontakt zu den Personen in den Einrichtungen. Das Verhältnis der Bewohner und Bewohnerinnen untereinander lässt sich meist als distanziert beschreiben und entspricht eher Solidarität



und Koalition denn enger emotionaler Bindung. Die Basis der Beziehungen bilden gegenseitige Hilfeleistungen und der Zusammenschluss anderen Bewohnern bzw. Bewohnerinnen und dem Personal gegenüber. Durch die fremdbestimmte Gruppenzusammensetzung ist das Verhältnis der einzelnen Mitglieder untereinander oft durch Konflikte und Missverständnisse geprägt. Dadurch besteht die Gefahr des Rückzugs Einzelner aus der Gruppe, die deswegen zusätzlich isoliert sind. Folglich müssen die Einrichtungen durch geeignete Maßnahmen die Bildung fester emotionaler Beziehungen dahingehend unterstützen und fördern, dass sie den Gruppenmitgliedern eine soziale Stütze in Problemsituationen bieten.

Wie sich Kontakte zu Personen außerhalb der Wohneinrichtungen gestalten, ist abhängig von der jeweils vorliegenden Wohnform. Mit der Größe einer Einrichtung sinkt auch die Wahrscheinlichkeit der Kontaktaufnahme zu Personen außerhalb.

Bestehen Freundschaften und Bekanntschaften außerhalb der Einrichtung, handelt es sich dabei zumeist um andere Menschen mit Behinderung, z.B. aus anderen Wohngruppen. Kontakte zu nichtbehinderten Personen sind eine Seltenheit, wobei gerade diese eine soziale Integration ermöglichen. Des Weiteren ist für das Vorhandensein von sozialen Kontakten auch die Form der Behinderung entscheidend. Menschen mit einer Körperbehinderung verfügen über weit größere Freundes- und Bekanntenkreise als Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. ebd.,92f.).

Partnerschaften und Liebesbeziehungen sind bei Bewohnern und Bewohnerinnen stationärer Einrichtungen selten anzutreffen. Der überwiegende Anteil der Einrichtungen hat zwar konzeptionell verankert, den Aufbau partnerschaftliche Beziehungen zu unterstützen. Häufig jedoch scheitert dieses an den institutionellen Rahmenbedingungen, besonders in Großeinrichtungen, in denen Privat- und Intimsphäre häufig nicht im erforderlichen Maße vorliegen, z.B. bei Mehrbettzimmern (vgl. ebd.,91).

Letztlich umfassen die Netzwerke der Menschen mit geistiger Behinderung auch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Einrichtungen. Diese entsprechen jedoch formellen Beziehungen, da sich die Kontakte im Alltag der Gruppen abspielen. Besonders bei älteren Menschen, die keine Angehörigen mehr haben, gestalten sich die Kontakte zum Personal intensiver, da sie die Vermittlung von Vertrautheit, Geborgenheit und Zuwendung übernehmen (vgl. HAVEMANN et al.,2004:94).

(Wichtige soziale Bezugspersonen finden sich in den Arbeitskollegen der WfbM. Die Kontakte gestalten sich kontinuierlich und umfassen auch Personen außerhalb der eigenen Wohngruppe.)

#### **6.4 Eintritt in den Ruhestand**

Im Zuge der Normalisierung von Menschen mit Behinderung wurden diese durch die Schaffung von WfbM in Beschäftigung gebracht, zwar unter beschützten, aber gleichwohl normalisierten Bedingungen. Somit bedeutet das Erreichen des Rentenalters und der Übergang in den Ruhestand eine ebenso einschneidende Statuspassage, wie bei nicht behinderten Menschen (vgl. TEWS, 2001:13).

Insgesamt verschlechtern sich die Bedingungen für die Lebensbereiche Wohnen und Freizeit mit der Verrentung, denn diese sind mit Einbußen in materieller, sozialer und psychischer Hinsicht verbunden. Insgesamt verschlechtern sich mit der Verrentung die Bedingungen für die Lebensbereiche Freizeit und Wohnen, da es mit materiellen, sozialen und psychischen Verschlechterungen verbunden ist (vgl. WACKER, 2001:76).

Die Tätigkeit in der Werkstatt prägt zum größten Teil die Tagesstruktur der Menschen mit geistiger Behinderung. Mit dem Beginn des Ruhestands wird eine Neustrukturierung des Tagesablaufs erforderlich (wie bereits in Abschnitt 6.2.3 beschrieben) (vgl. Dietrich, 2000:94). Es entstehen zudem wesentlichen Einbußen der sozialen Kontakte zu den Bezugspersonen aus der WfbM.

Durch die besonderen Lebensbedingungen der Menschen mit Behinderung verfügen sie oftmals nicht über ausreichende Möglichkeiten zur Problembewältigung. Die Bedingungen werden insbesondere geprägt durch die schlechte finanzielle Lage und das Fehlen von Freizeitbeschäftigungen als Ersatz für die Werkstatttätigkeit. Zudem besteht der überwiegende Anteil der sozialen Kontakte außerhalb der Wohneinrichtungen zu den Personen in der WfbM (vgl. HAVEMANN et al., 2004:173).

Problematisch gestaltet sich der Übergang in den Ruhestand von rechtlicher Seite. Die Sozialhilfeträger erachten die berufliche Eingliederung mit Vollendung des 65. Lebensjahrs für beendet. Dem steht gegenüber, dass die Eingliederungshilfe keine Altersbeschränkung hat und unter Betrachtung der Besonderheit des Einzelfalls (gemäß des Individualisierungsprinzips nach vgl. § 9 SGB XII) laut DIETRICH auch nicht gerechtfertigt wäre. Die Sozialhilfeträger müssen dieses besonders in den Fällen beachten, in denen für die Betroffenen keine anderweitigen Tagesstrukturierungsmaßnahmen vorliegen. Andererseits sollte im Interesse der Betroffenen beim Fehlen von Beschäftigungsalternativen eine uneingeschränkte Weiterbeschäftigung ausgeschlossen sein (vgl. DIETRICH; 2000:94).

#### **6.4.1 Veränderungsvorschläge**

Damit Kontakte aus der Werkstatt und die Tagesstruktur nicht plötzlich und unerwartet abbrechen, bedarf es der flexiblen Gestaltung des Übergangs in den Ruhestand (vgl. TEWS, 2001:20). So sollte jede Person die Möglichkeit haben, den Zeitpunkt des Übergangs in den Ruhestand selber zu bestimmen, also ggf. über die normale Grenze von 65 Jahren hinaus. Besonders wichtig ist eine Begleitung beim Ausscheiden aus der Werkstatt und dem Übergang in den Ruhestand, damit die Betroffenen dem Wechsel in einen neuen Lebensabschnitt nicht unvorbereitet begegnen (vgl. WACKER, 2001:97).

Eine Möglichkeit besteht im schrittweisen Übergang, z.B. in Form von einer „Altersteilzeit“. Die Arbeitszeit beträgt normalerweise 35 Stunden in der Woche, ist aber auch von Art und Schwere der Behinderung abhängig und kann dementsprechend verringert werden. Durch die langsame Ausgliederung kann auf die Weise allmählich die Tagesstrukturierung in die Einrichtungen verlagert werden, bis sie schließlich gänzlich in ihnen verankert wird (vgl. DIETRICH, 2000:94). Durch eine flexible Arbeitszeitgestaltung und durch die Verringerung der Arbeitszeiten im Sinne einer Teilzeitbeschäftigung kann ein langsamer Übergang in den Ruhestand erreicht werden. Dabei richtet sich die Arbeitszeitverkürzung nach den jeweiligen Bedürfnissen und Fähigkeiten der Betroffenen. Sie können ihre Pausen verlängern oder häufiger welche einlegen. Es ist auch möglich, die Arbeit später zu beginnen bzw. früher zu beenden, dabei kann beispielsweise eine Halbtagsbeschäftigung ausgeführt werden. Zudem gibt es auch die Möglichkeit, nur noch 4 Tage pro Woche zu arbeiten. Es können Arbeitsinhalte verändert und an die Bedürfnisse und Fähigkeiten der alten Beschäftigten angepasst werden (vgl. WACKER, 2001:82). Für die Betroffenen wird durch eine „Altersteilzeit“ die Beschäftigungsaufgabe attraktiver, da ihnen gleichzeitig tagesstrukturierende Maßnahmen angeboten werden und sich ihnen neue Perspektiven eröffnen (vgl. TEWS, 2001:25f.). Problematisch bleibt dabei jedoch die Finanzierung, denn Teilzeitbeschäftigung entspricht in seinen Kosten weitgehend der Vollzeitbeschäftigung (vgl. DIETRICH, 2000:94).

Eine andere Möglichkeit besteht darin, die Art der Beschäftigung in der Werkstatt dahingehend zu verändern, dass die Tätigkeiten in geringeren Maße „produktiv“ sind, d.h. ohne Leistungs- und Zeitdruck ausgeführt werden können. Diese Tätigkeiten könnten in eigenen Arbeitsgruppen für angehende Rentner und Rentnerinnen ausgeübt werden (vgl. TEWS, 2001:25f.).

Somit ergeben sich von Seiten der Werkstätten Angebote im Produktionsbereich mit anderen Arbeitsinhalten, deren Arbeitszeiten flexibel gestaltet werden können und die Schaffung besonderer Arbeitsgruppen; in diesen Gruppen können ergänzende Unterstüt-

zungsangebote erfolgen. Eine weitere Möglichkeit besteht in der Einrichtung von Teilzeitgruppen, ganztägiger Betreuung, so dass die Beschäftigten vormittags arbeiten und nachmittags in einer Seniorengruppe beschäftigt werden. Alternativ können Sondergruppen eingerichtet werden, die spezielle Angebote in Bezug auf Arbeit und Beschäftigung, Bewegung sowie Austausch mit anderen. Bei der Bildung von Sondergruppen ist jedoch kritisch anzumerken, dass sie eine Ausgrenzung innerhalb der Werkstatt bewirken können. Außerhalb des Produktionsbereichs der WfbM erfolgen ebenfalls Angebote. Dazu gehören Tagesbetreuung, Förder- und Betreuungsgruppen. Außerdem bieten die Werkstätten im geringen Umfang eine Weiterbeschäftigung im Ruhestand an (vgl. WACKER, 2001:82).

Insgesamt müssen die Betroffenen von Seiten der Einrichtungen auf den Verlust der Arbeit und die Veränderungen der sozialen Kontakte vorbereitet werden. Ihnen müssen entsprechend ihrer persönlichen Vorlieben Alternativen zur Werkstattarbeit vermittelt werden. Darüber hinaus ist es wichtig, die Betroffenen bei ihren Ängsten und dem Prozess des Alterns psychosozial zu begleiten (vgl. HAVEMANN et al., 2004:175).

## **7 Konzeptionelle Grundlagen Sozialer Arbeit und ihre Bedeutung für die Arbeit mit Menschen mit Behinderung**

Konzepte und Methoden bieten Handlungsmodelle und Instrumentarien, um die Unterstützung für problembetroffene Personen in der sozialpädagogischen Praxis zu strukturieren und planvoll durchzuführen.

### **7.1 Empowerment**

Der Begriff „Empowerment“ stammt aus den USA und lässt sich mit „Selbstbemächtigung“ bzw. „Selbstermächtigung“ übersetzen (vgl. THEUNISSEN et al., 2002c:11).

Seinen Ursprung hat Empowerment in der amerikanischen Bürgerrechtsbewegung der schwarzen Minderheitsbevölkerung. Durch gewaltfreien Widerstand stellten sie sich gegen Diskriminierung, soziale Benachteiligung und Ausgrenzung ethnischer Minderheiten und forderten soziale Gerechtigkeit und politische Teilhabe. Genannt seien zudem die Empowerment-Bewegung von Eltern behinderter Kinder und die Independent-Living-Bewegung behinderter Menschen in den USA. Letztere hat in großem Umfang die Anerkennung von Menschenrechten, soziale Integration und Teilhabemöglichkeiten für Menschen mit Behinderung ermöglicht (vgl. ebd.,15f.).

### 7.1.1 Begriffsbestimmung von Empowerment

Empowerment kann durch zwei übergeordnete Bereiche beschrieben werden.

a) Empowerment beinhaltet den aktiven Prozess von Selbstbemächtigung (vgl. HERRIGER, 2004:1). Für Menschen in marginalen Positionen bedeutet Empowerment auf die Lebenswelt bezogen die Entwicklung von Fähigkeiten, um belastende Lebenssituationen in Eigenregie und aus eigener Kraft heraus zu bewältigen und damit eine autonome Lebensgestaltung und Selbstorganisation zu erreichen (vgl. HERRIGER, 2002:13). Empowerment bedeutet *im reflexiven Sinne* - also auf die Betroffenen bezogen - einen aktiven Entwicklungsprozess, in dem die Menschen in marginaler Position die Eigenregie (wieder-) erlangen, ihre eigenen Kompetenzen erkennen und entwickeln sowie soziale Ressourcen in Anspruch nehmen.

Es erfolgt der Fokus auf die „*Selbstverfügungskräfte*“ eines Menschen, d.h. die Verfügbarkeit und der Einsatz von Ressourcen, die zu einer eigenständigen Bewältigung von Problemen, Krisen, Konflikten und belastenden Situationen befähigen. Empowerment erkennt die Stärken von Individuen an und vertritt die Überzeugung, dass problembetroffene Personen sich ihrer Ressourcen und Kompetenzen bewusst werden, die ihnen zu mehr Lebensautonomie verhelfen können (vgl. THEUNISSEN et al., 2002c:12)

Empowerment beinhaltet zudem eine politische Ausrichtung, wie sie in der politischen Bürgerrechtsbewegung und anderen sozialen Freiheitsbewegungen Ausdruck findet (vgl. HERRIGER, 2002:12). Empowerment bedeutet für Menschen in marginalen Positionen eine aktive Aneignung von demokratischer Partizipation und politischer Einflussnahme. Auf institutioneller Ebene der Behindertenhilfe bedeutet politische Macht, die gleichen politischen Mitsprachemöglichkeiten zu besitzen; so gelten die Fachkräfte und die Menschen mit Behinderung zusammen mit ihren Angehörigen als gleichgestellte Experten (vgl. THEUNISSEN et al.2002c:12). Da Empowerment die selbstinitiierte Befreiung aus Abhängigkeit und Herstellung von Autonomie bedeutet, wird der Selbsthilfecharakter betont, wie es sich besonders in Selbsthilfeorganisationen wieder findet (vgl. HERRIGER, 2002:14).

b) Empowerment versteht sich zudem als professionelles Handlungskonzept zur Unterstützung von Selbstbestimmung und Autonomie (vgl. HERRIGER, 2004:2).

Empowerment dient als Konzept für Fachkräfte in den Tätigkeitsfeldern der Sozialen Arbeit, besonders in Einrichtungen und Dienstleistungen (vgl. HERRIGER, 2002:15). Die Adressaten von Empowerment in der sozialarbeiterischen Praxis sind Menschen, die von sozialer Benachteiligung und gesellschaftlicher Ausgrenzung betroffen sind und in einem Prozess der Selbstbemächtigung die persönlichen und sozialen Kompetenzen zur

selbstbestimmten Lebensgestaltung zu nutzen lernen, damit sie ihre Alltagsautonomie (wieder-) erlangen können (vgl. HERRIGER, 2002:18). Darunter ist kein passiver Prozess zu verstehen, sondern die Betroffenen werden „angestiftet“, indem Informationen und Ressourcen bereitgestellt werden, um die (Wieder-) Erlangung von Kompetenzen und Ressourcen zu initiieren (vgl. THEUNISSEN et al., 2002c:13).

### 7.1.2 Grundprinzipien und Menschenbild

Die Prinzipien und Werte des Empowerment-Konzepts knüpfen an die Kritik der oftmals vorherrschenden Defizitorientierung in den Einrichtungen der Behindertenhilfe an. Lebensbedingungen, die durch Fremdbestimmung und Blick auf die Defizite bestimmt werden, bedeuten für die Betroffenen selbständigkeithemmende Faktoren, die als „erlernte Hilflosigkeit“ bezeichnet werden. Diese resultiert laut SELIGMAN aus den persönlichen Erfahrungen, Krisen und belastenden Lebenssituationen durch eigene Anstrengungen nicht bewältigen zu können. Es herrscht bei den Betroffenen eine negative Erwartungshaltung vor und sie verlieren das Vertrauen in ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten. Die Folgen sind sozialer Rückzug, Depressivität, Passivität und Hoffnungslosigkeit (vgl. HERRIGER, 2002:54f.).

Im Empowerment gilt eine Abkehr vom Defizitblickwinkel hin zu einem Blick auf die Menschenstärken (vgl. HERRIGER, 2004:4). HERRIGER postuliert die „*Philosophie der Menschenstärke*“. Dies beinhaltet das unbedingte Vertrauen in die individuellen Fähigkeiten zur Selbstgestaltung und einem gelingenden Lebenskonzept. Das bedeutet einen Verzicht auf Zuschreibungen von Hilfebedürftigkeit und Vertrauen in die Fähigkeiten, dass Menschen über Selbstaktualisierung und Möglichkeit zum persönlichen Wachstum verfügen (vgl. HERRIGER, 2002:72). Empowerment entspricht somit einem positiven Menschenbild, welches auch in der humanistischen Psychologie vorliegt (vgl. THEUNISSEN et al., 2002c:20). Die Stärkenperspektive ist jedoch nicht grenzenlos, denn Folgen von medizinischen Störungen, Lern- und Entwicklungsstörungen, psychische Probleme und extreme Störungen im Verhalten dürfen nicht außer Acht gelassen werden, denn sie schränken die Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen ein. Werden individuelle Fähigkeiten überschätzt, kann dies zur Überforderung der Menschen mit Behinderung führen (vgl. THEUNISSEN, 2002a:194f.).

Selbstaktualisierung bedeutet eine innere (Widerstands-) Kraft und einen Schutzfaktor, die sich während des Lebenslaufs auf der Basis sozialer Einflüsse entwickeln. Diese persönlichen und individuellen Ressourcen beinhalten beispielsweise körperliche Gesund-

heit, ein positives Selbstwertgefühl und Anpassungsfähigkeit an kritische Lebensereignisse. Bei den sozialen Schutzfaktoren spielt besonders das Vorhandensein einer oder mehrerer Bezugspersonen eine wichtige Rolle, die in schwierigen Lebenslagen den Betroffenen emotional zur Seite stehen und ihnen Halt geben. Dazu gehört auch die Verfügbarkeit eines sozialen Netzwerkes, das vorurteilsfrei Unterstützungsleistungen bietet und für die Betroffenen entwicklungsfördernd wirkt (vgl. HERRIGER, 2002:72f.). Dabei darf bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht außer acht gelassen werden, dass sie in Hinblick auf die persönlichen und sozialen Unterstützungsfaktoren stark benachteiligt sind (vgl. THEUNISSEN, 2002a:193f.).

Das Vertrauen in die Stärken findet sich auch in den Methoden des Empowerment wieder: Unterstützungsmanagement (Case Management), Kompetenzdialog und Sozialer Netzwerkarbeit (die einzelnen Methoden werden in den folgenden Abschnitten näher beschrieben, ab S. 64).

Da Menschen in marginalen Positionen überwiegend von Stigmatisierung und Isolation betroffen sind, stellt sich die Philosophie der Menschenstärke als Gegenposition zur traditionellen Sichtweise dar.

Der „Eigen-Sinn“ und die Selbstbestimmung eines jeden Menschen werden akzeptiert. Das bedeutet für die Fachkräfte, sich auch auf unkonventionelle Lebensstile einzulassen und auf vorschnelle Expertenmeinungen zu verzichten. Die Akzeptanz individueller Lebensweisen stößt jedoch dort an ihre Grenzen, wo Grundwerte im sozialen Miteinander nicht eingehalten werden und die Gefahr von Selbstschädigung und Fremdgefährdung vorliegen (vgl. HERRIGER, 2002:73f.).

Im Rahmen von Empowerment-Prozessen werden die eigenen Wege und die eigene Zeit der Klienten und Klientinnen respektiert. Auf strukturierte Hilfepläne und enge Zeithorizonte wird verzichtet, sondern die eigene Zeit und die eigenen Wege der Betroffenen finden Beachtung. Die Realisierung dieses Anspruches liegt jedoch oft im Widerspruch zu der Praxis. Die Gründe dafür liegen laut HERRIGER einerseits auf der institutionellen Ebene der Einrichtungen der Sozialen Arbeit, für welche die Hilfen zu einem unkalkulierbaren Zeit- und Arbeitsinvestment würden. Andererseits herrschen Erschwernisse auf der personalen Ebene, da die Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen den eigenen beruflichen Erwartungshorizonten gegenüber stehen. Daher sind Eigenreflexion und kollegiales Feedback unumgänglich.

Die Fachkräfte verzichten auf entmündigende Expertenurteile über Problemlösungen und eine wünschenswerte Lebenszukunft. Sie respektieren das Anderssein der Klienten und Klientinnen, auch wenn diese den eigenen normativen Vorstellungen von Normalität wi-

dersprechen. Die Unterstützung erfolgt in einem machtgleichen Aushandeln und gemeinsamer Verständigung über Lebensperspektiven. Das schließt auch Kritik, Problematisierungen und Grenzziehung gegenüber gefährlichen Lebensentwürfen mit ein.

Die Philosophie der Menschenstärke orientiert sich an der Lebenszukunft der Betroffenen. Als Ausgangspunkt dienen die gegenwärtigen Handlungsräume der Betroffenen, wobei dort an vergangene Lebenserfahrungen angeknüpft wird, wo die Betroffenen Erfahrungen von Gelingen und Erfolg erlebt haben. Empowerment bedeutet also keine Suche nach vergangenen biografischen Beschädigungen, sondern eine positiv ausgerichtete und mutmachende Betrachtung der Zukunft (vgl. HERRIGER, 2002:75ff.).

Außerdem orientiert sich Empowerment an der „Rechte-Perspektive“. Menschen mit geistiger Behinderung werden unabhängig vom Behinderungsgrad bei der Lebensgestaltung das Recht auf Teilhabe sowie Wahl- und Entscheidungsrecht zugestanden (vgl. HERRIGER, 2004:4).

Empowerment basiert demnach auf folgenden normativen Grundlagen:

Wahrung der Selbstbestimmungs- und Autonomierechte: Es besteht das Rechte auf Eigen-Sinn(igkeit), soweit keine Freiheiten anderer Menschen verletzt werden. Im Sinne des Empowerment bedeutet dies einerseits ein parteiliches Eintreten für das Mündigkeitsrecht und andererseits eine Eingrenzung der Expertenmacht (vgl. HERRIGER, 2002:78f.). Menschen mit geistiger Behinderung sind der Gefahr ausgesetzt, durch Selbstbestimmung überfordert zu werden, wenn ihnen ein zu hohes Maß zugesprochen wird, das sie aufgrund ihrer vorhandenen Möglichkeiten nicht erfüllen können. Zudem stößt Selbstbestimmung dort an Grenzen, wo sie an soziale Normen stößt und gemeinsam vereinbarte Regeln verletzt (vgl. THEUNISSEN et al., 2002c:25f.).

Eintreten für Soziale Gerechtigkeit: In unserer Gesellschaft liegt eine ungleiche Verteilung von Wohlstand und Einfluss vor. Demzufolge sind soziale Randgruppen, z.B. Menschen mit Behinderung, beim Zugang zu Dienstleistungen und gesellschaftlichen Einrichtungen - wie Bildungsangeboten, Arbeits- und Wohnungsmarkt - benachteiligt. Durch die Chancenungleichheit und Ungerechtigkeit wird die sozial eigenverantwortliche Lebensgestaltung behindert (vgl. ebd.,29). Empowerment soll ein kritisches Bewusstsein für die soziale Ungleichheit schaffen und gleichzeitig Möglichkeiten zur Veränderung der vermeidlich starren Strukturen vermitteln (vgl. HERRIGER, 2002:79).

Recht auf demokratische Partizipation: In Anknüpfung an die Selbstbestimmung gilt für alle Menschen in marginalen Positionen die Möglichkeit zur Beteiligung in allen Angelegenheiten und Entscheidungen, die sie selbst betreffen, sowie die Partizipation an politischen Entscheidungsprozessen. Gerade Menschen mit Behinderung wird die Rolle von



„Bürger mit Rechten“ zugesprochen und sie gelten als „kompetente Experten in eigener Sache“ (THEUNISSEN et al., 2002c:26).

Um die Benachteiligung von Minderheiten zu verhindern, sind die Menschenrechte von enormer Wichtigkeit. Dazu gehören die Achtung der Würde des Menschen, Unverletzlichkeit des Körpers im Sinne des Rechts auf Leben und menschenwürdige Behandlung, freie Meinungsäußerung und das Diskriminierungsverbot (vgl. ebd.,28).

Das Empowerment-Konzept stellt insgesamt eine Abkehr von der traditionellen Heilpädagogik und Behindertenhilfe dar. Diese Um- und Neuorientierung kennzeichnet der sog. Paradigmenwechsel. Das System der (psycho-) sozialen, pädagogischen und rehabilitativen Hilfe richtet sich nach der Betroffenen- und Rechtsperspektive und ist am Unterstützungsbedarf orientiert, wobei institutionsbezogenes Denken und institutionell vorgegebene Hilfen abgelehnt werden (vgl. ebd.,43).

Abb.3: Unterschiede von traditioneller Heilpädagogik und Behindertenhilfe zum Empowerment-Konzept

Traditionelle Heilpädagogik und Behindertenhilfe	Empowerment-Konzept
Betroffener – Laie, Patient	Betroffener – Experte
Professioneller Helfer – Experte	Professioneller Helfer – Assistent
Medizinisches Modell	Sozialwissenschaftliches Modell
Defizitorientierung	Stärkenperspektive
Individuumzentrierte Interventionen	Lebensweltbezogene Behindertenarbeit
Ziel: (reibungslose) gesellschaftliche Anpassung	Ziel: Selbstbestimmung, kollaborative und demokratische Partizipation
Helfersicht und Fremdinteressen	Betroffenen- und Rechtsperspektive
Segregation und Besonderung	Integration und Inclusion

Quelle: THEUNISSEN, Georg/ PLAUTE, Wolfgang 2002c: Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S.43

## 7.2 Case Management

Case Management (Unterstützungsmanagement) ist eine Methode, die auf dem Handlungskonzept des Empowerment basiert. Es entstand in den 70er Jahren in den USA aufgrund der Auflösung der stationären sozialen und gesundheitlichen Versorgung (vgl. WENDT, 2004:43). Durch „Deinstitutionalisierung“ wurden Menschen mit psychischen Krankheiten, pflegebedürftige Personen und Menschen mit Behinderung aus den stationären Versorgungssystemen ausgliedert. Die ambulanten Hilfsangebote für diese Personkreise waren umfangreich, offen und dezentral, so dass sie eines geschlossenen Dienstleistungssystems bedurften. Mit der Schaffung entsprechender Gesetzesgrundlagen, wurde durch Case Management unter anderem die medizinische, soziale und pädagogische Betreuung für Menschen mit Behinderung organisiert.

In den Bereichen der medizinischen und sozialen Dienstleistungen werden effektive und auf den Einzelfall bezogene Unterstützungsleitungen und Versorgung in einem Hilfsprozess (und nicht nur akuten Notsituation) angeboten (vgl. WENDT, 2001:14f.).

Case Management koordiniert zum einen die individuellen Ressourcen und zum anderen die sozialen und formellen Ressourcen, z.B. Versorgungseinrichtungen und Ämter (vgl. ebd.,30).

Da es in der Sozialen Arbeit um Menschen geht, deren Lebensumstände verbessert werden sollen, ist die Organisation, Planung, Koordination und Kontrolle von Wissen, Fähigkeiten und Ressourcen notwendig. Es ist deshalb von Management die Rede, da unter Beachtung von sachdienlichen und personellen Gegebenheiten Veränderungsprozesse initiiert und gesteuert werden. Die Aufgaben bestehen darin Ziele abzustecken, Planungen und Klärungen vorzunehmen, Entscheidungen zu treffen bzw. umzusetzen und Entwicklungen zu kontrollieren bzw. evaluieren. Es müssen Ziele gesteckt werden, Klärungen und Planungen vorgenommen werden, Entscheidungen getroffen und umgesetzt werden sowie Entwicklungen kontrolliert und evaluiert werden. Management bezeichnet die Leistungserbringung in Diensten, die zusammen mit den Nutzern gesteuert werden, wobei nicht der Mensch „gemanagt“ wird, sondern der Einzelfall (WENDT, 2001:31f.).

Case Management stellt eine ressourcenorientierte Fallarbeit dar, die auf verschiedenen Ebenen stattfindet. Die persönlichen Ressourcen beinhalten individuelle Kompetenzen im Bereich des Körpers, der Kognitionen sowie emotionale und soziale Beziehungsfähigkeit. Die familiäre Ressourcen spielen eine wichtige Rolle. Betrachtet werden die wechselseitigen Beziehungen der Familienmitglieder untereinander sowie die Kommunikation und die vorherrschenden Werte und Normen. Sozioökologische Ressourcen sind die personalen Netzwerke des Betroffenen, durch die Unterstützungsleistungen erbracht werden. Die Unterstützung kann in Form von Erweiterung der Beziehungen und Teilhabe im sozialen Umfeld erfolgen. Betrachtet werden zudem sozioökonomischen Ressourcen. Diese beinhalten Bildung, Arbeit, materielle Sicherheit sowie gesetzliche Sicherung. Eine wichtige Rolle spielen auch kulturelle Ressourcen. Aufgrund des kulturellen Hintergrunds hat jeder Mensch Werte und Normen angenommen, die Orientierung, Anerkennung und Begegnungen als stärkende Aspekte innehaben können. Case Management verfolgt im Sinne des Empowerment die Aufgaben verschüttet und vorhandene Ressourcen zu erkunden und neu herauszubilden (vgl. NEUFFER, 2002:23).

### **7.2.1 Berufsrollen des Case Managers/ der Case Managerin**

Fachkräfte, die nach der Methode des Case Managements handeln, übernehmen im Hilfsprozess verschiedene Rollen:

Anwaltliches Handeln liegt vor, da sie den Betroffenen bei der Durchsetzung ihrer Bedürfnisse und Interessen die nötige Unterstützung bieten (vgl. NEUFFER, 2002:47). Dabei treten sie als „Fürsprecher“ der Klienten und Klientinnen ein, wenn bestimmte Ressourcen nicht verfügbar sind oder vorenthalten werden. Außerdem unterstützen und vertreten sie die Betroffenen bei den gesellschaftlichen Anforderungen (vgl. BALLEW et al., 1991:57). Als Berater und Beraterinnen geben sie Rückversicherung und Bestätigung bei Fortschritten (vgl. NEUFFER, 2002:47). Die Case Manager und Case Managerinnen beraten auch hinsichtlich des Aufbaus und der Erhaltung der Netzwerke. Dazu bedarf es der Vermittlung neuer Kenntnisse oder Fähigkeiten (vgl. BALLEW et al., 1991:58). Da sie persönliche und institutionelle Netzwerke fördern, haben sie entsprechend die Rolle eines Netzwerkers/ einer Netzwerkerin inne. Bei Konflikten zwischen den Klienten bzw. Klientinnen und anderen Personen oder Institutionen treten sie als Mediator/ Mediatorin auf und bei Bedarf agieren sie als Krisenmanager/ Krisenmanagerinnen. Als Coach leisten sie konzentrierte Vermittlungs- und Motivationsarbeit (vgl. NEUFFER, 2002:47). Sie handeln als Koordinatoren und Koordinatorinnen, wenn Unterstützung Dritter benötigt wird. Sie helfen beim Aufbau der erforderlichen Verbindungen, unterstützen die Kommunikation, damit Konflikte vermieden werden und insgesamt die Wirksamkeit der Hilfen erhöht wird (vgl. BALLEW et al., 1991:56).

### **7.2.2 Phasen des Case Managements**

Case Management entspricht einer prozessorientiert Fallbearbeitung, die in bestimmten Phasen verläuft.

Die einzelnen Elemente müssen inhaltlich vorhanden sein, damit von Case Management gesprochen werden kann. Die Phasen stehen dabei nicht für sich genommen, sondern sind aufeinander bezogen, miteinander verknüpft und voneinander abhängig. Nur ein organisierter Zusammenhang und zielorientierte Vorgehensweise ermöglichen Case Management (vgl. WENDT, 2003:16).

### **7.2.2.1 Assessment**

Unter „Assessment“ versteht man die Situationseinschätzung und Bedarfsfeststellung problembetroffener Menschen. Bei diesem Prozess der Einschätzung des Ist-Zustands einer Person erfolgt ein systematisches und analytisches Erfassen der äußeren und inneren Lebenssituation der Klienten und Klientinnen. Zunächst ist die Benennung eines aktuellen Problems wichtig, bei mehreren Nennungen, müssen Prioritäten gesetzt werden. Diese Einschätzung muss wiederholt vorgenommen und an die Bedarfslage angepasst werden, so dass es sich beim Assessment nicht um einen einmaligen Vorgang handelt. (vgl. WENDT, 2001:108f.).

Es erfolgt eine Diagnose, die sowohl die Defizite der Betroffenen erfasst als auch ihre Kompetenzen, die als Faktor für die Selbsthilfe von großer Bedeutung sind. Dafür ist die Informationssammlung bedeutend. Sie erfolgt zunächst über das Gespräch zwischen den Betroffenen und Case Managern bzw. Case Managerinnen und wird durch deren Beobachtungen ergänzt. Zudem bieten auch schriftliche Information, z.B. Akten, Erklärungsansätze für die Situation einer Person. Die Gesprächsführung stellt eine Hauptaufgabe des Assessment dar, wobei die Hilfesuchenden aktiv an dem Assessment-Prozess beteiligt werden. Es gilt die Lebenslage der problembetroffenen Personen zu erfassen. Dabei werden in der erstellten Diagnose die bio-psycho-sozialen Gegebenheiten betrachtet. Das beinhaltet auch die Anamnese, d.h. die zeitliche Erstreckung einer Situation. Somit enthält die erste Phase auch eine biografische Dimension (vgl. ebd.,110ff.). Die Lebenslage einer Person umfasst die Umwelt, in der sie sich befindet, die Innenwelt, die Lebensgeschichte und die Lebensperspektive, welche die subjektive und objektive Lebenssituation bestimmen (vgl. ebd.,114). Es gibt vielfältige standardisierte Fragebögen zum Assessment. Dadurch entsteht jedoch die Gefahr, dass Assessment-Prozesse zu sehr bürokratisiert werden (vgl. ebd.,116).

### **7.2.2.2 Planning**

„Planning“ umfasst die Zielvereinbarungen und die darauf bezogenen Absprachen zum weiteren Vorgehen. Anknüpfend an den in der ersten Phase ermittelten Unterstützungsbedarf werden in der zweiten Phase die Ziele der Leistungen formuliert und die Maßnahmen zur Zielerreichung abgesprochen. Die Hilfeplanung erfolgt im Dialog mit den Betroffenen und richtet sich nach der persönlichen Lebensführung und Lebensplanung. Dadurch wird dem Auftreten möglicher Widerstände seitens der Klienten und Klientinnen entgegengewirkt. Die vereinbarten Ziele müssen realisierbar und konkret sein, so dass

die Betroffenen sie nachvollziehen können und eine Überprüfung des Hilfeprozesses möglich wird. Der Hilfeplan sollte auch Überlegungen beinhalten, in welchen Zeiträumen die Ziele erreicht werden sollen (vgl. WENDT, 2001:118f.). In der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung ist das Verfassen eines Gesamtplanes gesetzlich vorgeschrieben (die entsprechende Vorschrift findet sich in § 58 SGB XII, ehemals § 46 BSHG). Die Hilfeplanung wird dokumentiert und dient so auch den Leistungsträgern zur Überprüfung des Leistungsanspruchs (vgl. ebd.,120f.).

### **7.2.2.3 Monitoring**

Im „Monitoring“ erfolgt die kontrollierte Umsetzung. Da im Case Management die Unterstützungsleistungen nicht selbst erbracht, sondern geplant und koordiniert werden, besteht eine wichtige Aufgabe darin, den Ablauf der Hilfen zu überwachen. Auf die Weise sollen die Zusammenführung der Dienstleistung und der Bewältigungsleistung der Betroffenen sichergestellt werden.

Es erfolgt eine andauernde Prüfung des Hilfeprozesses gemäß des in der Planning-Phase erarbeiteten Hilfeplans. Die Durchführung wird dokumentiert, indem durch Aktenführung die Tatbestände und Sachverhalte festgehalten werden. Dadurch wird gleichzeitig ein Leistungsnachweis erbracht und außerdem zur Qualitätssicherung beigetragen, da die Dokumentation zur Auswertung der Hilfen im Evaluationsprozess dient. Dabei besteht die Gefahr, dass aufgrund eines hohen Aufwands bei der Aktenführung, die direkten Hilfen an den Menschen in den Hintergrund treten.

In der Phase des Monitoring tritt für den Case Manager/ die Case Managerin die Rolle der Anwaltschaft in den Vordergrund, indem sie Beschwerden und berechtigten Wünschen der Klienten und Klientinnen durch Fürsprache nachkommen. Anwaltliches Handeln in Form von Klärung und Vermittlung ist besonders dann gefragt, wenn Interessenkonflikte zwischen den Wünschen der Betroffenen und den Erfordernissen des Dienstbetriebs bestehen (vgl. WENDT, 2001:124ff.).

### **7.2.2.4 Evaluation**

Die letzte Phase stellt die „Evaluation“, d.h. die Prozess- und Ergebnisbewertung dar. In einem Prozess der Einschätzung wird geprüft, ob und inwieweit die formulierten Ziele erreicht wurden. Da es im Case Management um eine Unterstützung und Versorgung im Einzelfall geht, orientiert sich eine Bewertung an der individuellen Lebenslage der Betrof-

fenen und welche Veränderung in den einzelnen Bereichen erfolgt sind. Dabei wird eine vergangenheitsorientierte Bewertung vorgenommen, in der geprüft wird, was allgemein erreicht wurde. In einer umweltorientierten Bewertung wird untersucht, was sich sozial, familiär, beruflich usw. verändert hat. Durch eine subjektinterne Bewertung wird betrachtet, inwiefern der körperliche und psychische Zustand stabil bzw. gebessert ist. Die perspektivische Bewertung zeigt, welche neuen Perspektiven sich eröffnet haben und inwieweit sie wahrgenommen wurden.

In der Evaluationsphase kann sich die Erforderlichkeit einer Neueinschätzung der Lebenssituation der Betroffenen im Sinne eines Reassessment ergeben. Daraus resultiert eine Wiederholung der Phasen aufgrund neuer Problemstellungen.

Je nach Einzelfall erfolgt auf diese Phase eine Nachbetreuung, in der notwendige Unterstützungsleistungen festgestellt und weitergeführt werden (vgl. WENDT, 2001:127ff.).

### **7.3 Biografiearbeit**

Biografiearbeit beschäftigt sich in erster Linie mit Sinn. Es geht um Sinnfragen, Sinnsuche, Sinngebung und Sinnklärung mit Orientierung an den bestehenden Lebensmöglichkeiten. Biografiearbeit richtet sich in die Zukunft, wobei vergangene und gegenwärtige Bezüge mit einander in Zusammenhang gebracht werden, um die Zukunft (wieder) lebenswert zu machen (vgl. RUHE, 2003:10).

Biografiearbeit beinhaltet eine Lebensbeschreibung, in der eine Rückschau auf den Lebensverlauf erfolgt. Dabei werden die im Lebenslauf getroffenen Entscheidungen und Handlungen reflektiert, gedeutet und bewertet (vgl. THEUNISSEN, 2002b:113).

Beim Personenkreis der geistig behinderten Menschen liegt das „*Vorurteil der Gegenwartsgewundenheit*“ (LINDMEIER, 2004:18) vor. Die Einschränkungen im Zeitbewusstsein bei diesen Personen gehören zur Diagnostik und sind ein Definitionskriterium der geistigen Behinderung. Zudem orientiert sich ihr Lebenslauf an objektiven Daten, z.B. Einzug in eine Einrichtung, ein bestimmtes Fest, ein bestimmter Heimleiter, wobei das subjektive Zeiterleben keine Beachtung findet und sogar in Äußerungen wie „geschichtsloses Leben“ abgewertet werden (vgl. ebd.,18f.).

#### **7.3.1 Kompetenzdialog**

Methodisch findet der Kompetenzdialog im Sinne des Empowerments in der sozialen Einzelhilfe Anwendung. Dieses entspricht einer lösungsorientierten Beratung. Wichtig ist

dabei der Respekt vor der Lebensautonomie. Die lösungsorientierte Beratung zielt auf die Entdeckung der verfügbaren Lebenskräfte sowie Stärkung der Alltagskompetenzen ab. Den Grundprinzipien des Empowerments entsprechend, besteht Vertrauen in die Selbstverfügungskräfte und Respekt vor der Selbstbestimmung der Klienten und Klientinnen (vgl. HERRIGER, 2002:112).

Die Beratung erfolgt nach dem Prinzip der Prozessorientierung, d.h. es soll in einem Prozess zur Suche nach neuen und eigenen Maßstäben von wünschenswerter Lebenszukunft ermutigt werden. Dies beinhaltet eine radikale Zukunftsorientierung des Beratungsprozesses. Der Fokus liegt alleine auf der veränderten Lebenszukunft der problembetroffenen Personen. Es werden nicht die Verletzungen und Hilflosigkeiten in der Vergangenheit betrachtet, sondern eine realistische Zukunft ermittelt, Lösungen zur Erreichung der Ziele gesucht und durch Vermittlung von Ressourcen unterstützend begleitet.

Der Kompetenzdialog erfolgt in drei Phasen:

In der Zielfokussierung werden die wünschenswerten Lebensziele formuliert. Ausgangspunkt sind Erfahrung der Betroffenen, die von Teufelskreisen geprägt sind, in denen Problemsituationen nicht verändert werden konnten, so dass eine Unveränderbarkeit der Lebensumstände geschlussfolgert wird. Die daraus resultierende negative Erwartungshaltung verstärkt noch ein Verhalten, durch das keine Veränderungen und Lösungen mehr zugelassen werden können.

Ziel der ersten Phase ist es deshalb, den Blick des Klienten für die Veränderbarkeit zu öffnen. HERRIGER empfiehlt dabei die „Wunderfrage“, wobei die Betroffenen sich ihr Leben vorstellen sollen, wenn sich über Nacht alle Probleme aufgelöst hätten (vgl. ebd.,113f.). Dadurch wird eine Zukunftsorientierung initiiert, in der die Aufmerksamkeit auf eine persönlich wünschenswerte Zukunft gerichtet wird. Veränderungserwartung werden angestoßen, indem die Veränderbarkeit von Lebensabschnitten aufgezeigt wird und Ziele an eine veränderte Zukunft präzisiert werden können.

In der zweiten Phase erfolgt ein „Reframing“ durch die Suche nach biografischen Erfahrung von „Lebensgelingen“. Reframing bezeichnet einen Wechsel des Bezugsrahmens, in der eine Betrachtung der Lebensvergangenheit stattfindet. Es wird nicht nach Erlebnissen des Nichtgelingens gesucht, sondern nach Situationen, in denen die Betroffenen Erfahrungen von Kompetenz und Gelingen gemacht haben und so die Möglichkeit erhalten, sich auf persönliche Erfolgserlebnisse rückzubesinnen. Das Reframing erfüllt dabei mehrere Funktionen: In der Beratung werden dem Klienten bzw. der Klientin Kompetenzen zugeschrieben, wodurch sich die Selbstwahrnehmung der Betroffenen verändert und sie

neues Selbstvertrauen entwickeln können. Zudem werden neue Orientierungsleitlinien sichtbar, die für den weiteren Beratungsprozess wichtig sind.

Die dritte und letzte Phase des Kompetenzdialoges stellt eine stellvertretende Lebensdeutung und Erschließen von Lösungswegen dar. In einem „zukunftsorientierten biografischen Dialog“ werden die in der Zielfokussierung ermittelten Lebensziele mit den im Reframing ergründeten Kompetenzen zu realisierbaren Lösungsschritten in Zusammenhang gebracht. Dabei werden die Deutungen der Betroffenen und die stellvertretenden Deutungen durch den Berater bzw. die Beraterin, die zunächst nicht übereinstimmen müssen, auf einen Konsens darüber gebracht, wie sich mögliche Lösungswege gestalten. Die Fachkraft übernimmt dabei die Rolle eines Mentors bzw. einer Mentorin. Es werden unterstützende Kompetenzen bereitgestellt, z.B. Ermutigung und selbstwertstärkende Rückmeldung. Außerdem werden analytische Kompetenzen vermittelt, z.B. Möglichkeiten der Bearbeitung von im Vorfeld auftretenden Widerständen.

Der Kompetenzdialog ist eine Methode, die den Betroffenen helfen soll, die persönlichen und sozialen Kompetenzen zur selbstbestimmten Lebensgestaltung und Alltagsautonomie im Sinne von Empowerment (wieder-) zu erlangen (vgl. ebd., 115ff.).

### **7.3.2 Kompetenzdialog mit Menschen mit geistiger Behinderung**

Insbesondere Menschen mit geistiger Behinderung, die ihr gesamtes Leben in Institutionen verbracht haben, verfügen häufig nur über bruchstückhafte Erinnerungen. Daher ist es zuerst sinnvoll, durch Erzählen und Erinnern eine Chronologisierung der Lebensgeschichte vorzunehmen, damit Ereignisse geordnet und in Zusammenhang gebracht werden können. Durch eine gemeinsame biografische Reflexion „kritischer Lebensereignisse“ wird eine akzeptierende Haltung gegenüber negativen und schmerzhaften Erlebnissen erreicht. Dabei ist eine vertrauliche und empathische Gesprächssituation besonders wichtig, um Ängsten und Widerständen der Betroffenen behutsam zu begegnen. Das Gespräch kann für die Betroffenen kompensatorische Wirkungen haben, besonders wenn sie positive Aspekte erkennen, wie die Bewältigung von Problemsituationen, so dass Vertrauen in die eigenen Ressourcen entstehen kann (vgl. THEUNISSEN, 2002b:118f.).

Die Anwendung der Methode der Biografiearbeit bei Menschen mit geistiger Behinderung bringt besondere Anforderungen mit sich. Hierzu werden wichtige methodische Anregungen beschrieben:



Da die Betroffenen häufig in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt sind, gestaltet sich ein offenes Gespräch eher schwierig. Hinzu kommt die Schwierigkeit für die Betroffenen, Erinnerungen zu ordnen und in Zusammenhang zu bringen. Für die Anwendung von Biografiearbeit ist aus diesem Grund eine leitende Gesprächsführung wichtig, wobei Übersetzungshilfen und aktives Zuhören wichtige Bestandteile sind. Zudem sind biografische Vorkenntnisse über die Betroffenen erforderlich. Statt einer erzählenden Vergangenheitsbeschreibung bietet sich die Verwendung eines Interviewleitfadens an. Dadurch lassen sich biografische Eckpunkte chronologisch erschließen und vertiefen. Da die Vergangenheit für die Betroffenen oftmals einen sehr abstrakten Begriff darstellt, orientiert sich ein solcher Fragebogen an wiederkehrenden Ereignissen, z.B. an Geburtstagen, Feiertagen und Familienfesten. Zusätzlich wird auch auf einschneidende Einzelgeschehnisse eingegangen, z.B. Umzüge, Tod einer nahestehenden Person usw. Der Interviewleitfaden ist chronologisch aufgebaut und bezieht sich auf Eckpunkte einer Normalbiografie: Geburt, Herkunftsfamilie, Kindheit, Jugend, Erwachsenenalter, Arbeitsaufnahme in der Werkstatt, Heimunterbringung usw. Die Fragen sollten kurz und Entscheidungsfragen sein. Da Menschen mit geistiger Behinderung häufig Schwierigkeiten bei der Konzentrationsfähigkeit haben, sollte ein einzelnes Gespräch an die Möglichkeiten der Betroffenen angepasst sein (vgl. ebd., 122f.).

Bei Menschen mit guten Kommunikationsfähigkeiten sollte aber den offenen Fragen immer der Vorzug gegeben werden, damit ein freies Erzählen angeregt wird. Es wird auf Warum-Fragen verzichtet, da diese Rechtfertigungen hervorrufen (vgl. LV-NRW, 2004:26).

Unterstützend bieten sich Visualisierungen für das Verständnis von biografischen Verläufen und Zusammenhängen an. Besonders bei nichtsprechenden Personen müssen andere Hilfsmittel verwendet werden, z.B. Fotos, Erinnerungsstücke, bildnerisches Gestalten und Nachspielen bestimmter Ereignisse. Unverzichtbar ist auch das Aufsuchen alter Wohnorte und in guter Erinnerung gebliebene alte Freunde und Bekannte.

Eine Herausforderung stellt die Biografiearbeit mit Menschen mit schwerer geistiger Behinderung dar. Eine hilfreiche Methode bietet dabei das „Nacherleben und Nachvollziehen“. Der Biografiearbeiter bzw. die Biografiearbeiterin versetzt sich dabei in die Lebensbedingungen des Betroffenen. Dabei erfolgt das Prinzip der nacherlebten Selbstbetrachtung. Bei dieser Vorgehensweise besteht die Gefahr, die fachliche Distanz zu verlieren, da ein sehr starkes Mitgefühl entstehen kann. Wichtig ist deshalb die Reflexion des eigenen Verhaltens. Zudem kann es Fehlinterpretationen geben, da das Innenleben eines anderen nie ganz erschlossen werden kann. Körpersprache, Gestik und Mimik bieten

zwar Anhaltspunkte, können aber nicht immer richtig gedeutet oder sogar falsch verstanden werden. Deshalb sollte in der Anwendung immer vom eigenen Standpunkt aus auch eine abweichende Sinnggebung akzeptiert werden (vgl. THEUNISSEN, 2002b:123ff.).

Grundsätzlich ist die Freiwilligkeit bei der Biografiearbeit wichtig, sowie die Wahrung von Verschwiegenheit über bestimmte Themen. Es sollen nur auf ausdrücklichen Wunsch der Betroffenen Informationen an Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie Angehörige weitergegeben werden. Biografiearbeit dient nicht der Ergänzung der Akten. Es sollen nur Themen besprochen werden, mit denen der Betroffene einverstanden ist. Außerdem sollte sehr sensibel mit tabuisierten und belastenden Erlebnissen umgegangen werden. Dabei kann eine Weiterleitung an psychotherapeutische Hilfe angebracht sein. (vgl. LINDMEIER, 2004:29)

#### **7.4 Soziale Netzwerkarbeit**

Allgemein lassen sich Soziale Netzwerke auf drei Ebenen aufteilen.

Primäre Netzwerke beinhalten familiäre, verwandtschaftliche, nachbarschaftliche und freundschaftliche Netzwerke, in die man entweder hineingeboren wird oder die man sich selbst gewählt hat.

Das familiäre Netz umfasst Eltern bzw. Kindern und dazugehörige Geschwister. Das verwandtschaftliche Netzwerk besteht aus Großeltern, Enkelkinder, Onkel und Tanten, Cousin und Cousine und schließt auch weitere Verwandtschaftsgrade mit ein.

Das nachbarschaftliche Netz umfasst Kontakte im unmittelbaren Wohnumfeld. Aber aufgrund von häufigen Wohnwechseln - gerade in Großstädten - gestaltet es sich meistens flüchtig und oberflächlich. Freundschaftliche Netze entstehen aus sozialen Kontakten, z.B. in Schule und Beruf. Dabei handelt es sich um selbstgewählte Kontakte, die emotionale Beziehungen für die Personen darstellen und deshalb gepflegt und aufrechterhalten werden (vgl. BULLINGER et al., 1998:70 ff).

Alle sozialen Institutionen, z. B. Kindergarten, Schule, Hochschule, Arbeitsplatz und Freizeiteinrichtungen, bilden zusammen die sekundären Netzwerke. Sie lassen sich in marktwirtschaftliche und öffentliche institutionelle Netzwerke unterteilen. Erstgenannte sind alle Betriebe und Firmen aus Industrie und Dienstleistung. Sie unterliegen marktwirtschaftlichen Strukturen wie z.B. Industriefirmen, Kaufhäuser und private Unternehmen (vgl. ebd.,82). Zu den öffentlichen institutionellen Netzen gehören steuer- oder abgabenfinanzierte Dienstleistungen, die den Bürgern angeboten werden, etwa Schulen, Universitäten und Behörden.

Die tertiären Netzwerke dienen entweder als Alternative zu primären und sekundären Netzwerken oder sie vermitteln zwischen ihnen. Sie haben an Bedeutung gewonnen, da primäre Netze sich verändern und kleiner werden, aber auch weil sekundäre Netzwerke durch den Abbau von sozialstaatlichen Leistungen reduziert werden (vgl. ebd.,85).

Ein Beispiel für ein tertiäres Netzwerk als Vermittler ist die intermediäre professionelle Dienstleistung. Dazu gehören die Tätigkeitsfelder von Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen, z.B. in Beratungsstellen (vgl. ebd.,88).

Soziale Netzwerke spielen eine große Rolle. Je größer und vielfältiger sie sind, desto bessere Voraussetzungen bestehen für Kontakte und Hilfen. So stellen familiäre und verwandtschaftliche Kontakte Unterstützungsleistungen sicher, die dauerhaft und körperlich belastend sind, z.B. Übernahme von Pflege. Durch Freundschaften wird soziale Anerkennung vermittelt, es findet ein emotionaler Austausch statt und die Gestaltung der Freizeit wird gestützt. Kontakte zu Nachbarn liefern kleinere Unterstützungsleistungen im häuslichen Umfeld. Die Beziehungen zu Bekannten, z.B. durch Vereinszugehörigkeit, sind in Bezug auf Sozialkontakte und Freizeitgestaltung sehr wichtig (vgl. BACKES et al., 2003:75).

Methodisch lassen sich zwei Bereiche der Sozialen Netzwerkarbeit unterscheiden: Netzwerkberatung und Netzwerkförderung.

#### **7.4.1 Netzwerkberatung**

Netzwerkberatung hat die Aufgabe Beziehungsnetze anzureichern. Damit sind familiäre, verwandtschaftliche und freundschaftliche Beziehungen gemeint, die sich durch Vertrautheit zwischen den Mitgliedern auszeichnen. Dabei ist das Ziel der Netzwerkberatung gelockerte und schwache Beziehung zu festigen und bestehende emotionale Belastungen zu mindern. Zudem sollen die Unterstützungsbeiträge der einzelnen Netzwerkmitglieder zu einem Ganzen verknüpft werden (vgl. HERRIGER, 2004:9). Die Netzwerkberatung erfolgt sowohl personenbezogen als auch umweltbezogen. Dabei werden die Betroffenen mit ihren Wahrnehmungen, Einstellungen, Gefühlen und Handlungen in den Blick genommen. Denn diese können unter bestimmten Voraussetzungen zu einem Verhalten führen, das soziale Unterstützung verhindert oder einschränkt. Ziel der personenbezogenen Beratung ist es Einstellungen und Verhaltensweisen dahingehend zu fördern, dass die Betroffenen Unterstützung durch andere annehmen und erhalten können. Es können im Beratungsprozess auch negative Auswirkungen von sozialen Kontakten thematisiert werden, wenn diese für die Betroffenen hemmende Faktoren darstellen. Andererseits be-

zieht sich die Beratung auf die Umwelt der Betroffenen. Das bedeutet, das Hilfeverhalten der Unterstützungspersonen wird dahingehend gefördert, dass die Hilfen für die Problemlagen der Betroffenen besser greifen (vgl. BULLINGER, 1998:140f.).

Netzwerkberatung besteht zum einen aus der Netzwerkanalyse und zum anderen aus der Vernetzung.

In der Analyse werden Probleme und negative Belastungen zwischen den Netzwerkmitgliedern thematisiert. Außerdem wird geklärt, welche Unterstützungsleistungen bestehen und wo die Leistungsgrenzen liegen (vgl. HERRIGER, 2004:9). Es können jedoch Nachteile für die Betroffenen bei der Netzwerkanalyse entstehen, da durch die genaue Betrachtung der primären Netzwerke Informationen vorliegen, die auch erhöhte Kontrolle bedeuten können. Zudem besteht die Gefahr, Netzwerke nur als Unterstützung von Hilfen zu betrachten und dabei zu vergessen, dass sie auch kompensatorische Wirkung haben, z.B. im Freizeitbereich. Außerdem können im primären Netzwerk Rollen verfestigt werden, die für die Betroffenen hemmende Wirkungen erzielen. Das Problem der Macht und des Machtgefälles bleibt in der Netzwerkarbeit ungeachtet (vgl. BULLINGER, 1998:90f.).

Die vernetzende Leistung der Netzwerkberatung besteht darin, im Sinne eines Unterstützungsmanagements (Case Management) Ressourcen-Netzwerke einzurichten. Dafür stellt die Netzwerk-Konferenz eine geeignete Methode dar (vgl. HERRIGER, 2004:9). Die in der Netzwerkanalyse ermittelten Mitglieder des primären und sekundären Netzwerkes treffen in der Netzwerk-Konferenz zusammen. Wichtig ist dabei, dass die Teilnehmer und Teilnehmerinnen Personen sind, die eine zentrale und bedeutende Rolle für die Betroffenen spielen. Ziel der Netzwerk-Konferenz ist es, Lösungsmöglichkeiten für Probleme gemeinsam zu erarbeiten. Durch das Zusammentreffen kann ein hohes Maß an Ressourcen für die soziale Unterstützung ermittelt und genutzt werden.

Es bestehen jedoch Gefahren darin, dass vertrauliche Informationen über den Betroffenen missbraucht werden und unter dem Aspekt der Kontrolle Betroffene unter starken Druck geraten können (vgl. BULLINGER et al., 1998:195ff.).

#### **7.4.2 Netzwerkförderung**

Netzwerkförderung setzt dort an, wo private Netzwerke nicht greifen, verfügbar bzw. vorhanden sind. Diese Situation liegt besonders häufig bei Menschen mit Behinderung vor, da ihre Netzwerke sehr eingeschränkt sind (wie im Abschnitt 6.3.2 beschrieben, S. 55f. ). Die Aufgabe der Sozialen Arbeit besteht in diesen Fällen darin, Personen in gleichartigen

kritischen Lebenssituationen und Problemsituationen miteinander in Kontakt zu bringen. Dadurch können neue Beziehungsnetzwerke initiiert und gleichzeitig die Netze organisatorisch und durch fachliche Anleitung begleitet werden (vgl. HERRIGER, 2004:10). Einerseits dient dieses der Ausweitung des Sozialen Netzes in Hinblick auf Stärkung der Selbsthilfe. Andererseits zielt die Netzwerkförderung darauf ab, Freundschaften und Bekanntschaften zu fördern, damit Ressourcen für die Betroffenen freigesetzt werden, z.B. zur emotionalen Unterstützung und für kleine Hilfeleistungen. Außerdem kann durch die Gestaltung sozialer Kontakte auch der Freizeitbereich weiter gestärkt werden. Dabei sind Verbindungen und Vernetzungen zu anderen Einrichtungen und Angeboten der Altenhilfe hilfreich, um „gleichgesinnte“ Personen mit einander in Kontakt zu bringen. Konkrete Beispiele für die Netzwerkförderung finden sich im anschließenden Kapitel (ab S. 78).

## **8 Vorstellung des Modellprojekts „Unterstützter Ruhestand“**

Das Modellprojekt wurde in der Beratungsstelle der Gemeinnützigen Werkstätten Köln GmbH und im Paritätischen Zentrum am Haferweg in Münster durchgeführt. Die wissenschaftliche Begleitung erfolgte durch das Institut für Sozialpädagogik, Weiterbildung und empirische Pädagogik der Westfälischen Wilhelms Universität in Münster (vgl. LV-NRW, 2003:5). In einem Zeitraum von drei Jahren wurden ab November 2001 insgesamt 52 Menschen mit überwiegend geistiger Behinderung mit der Unterstützung von vier Coachs in den Ruhestand begleitet (vgl. LV-NRW, 2004:15).

### **8.1 Ablauf des „Unterstützten Ruhestands“**

Da die Begleitung mindestens ein Jahr dauert, ist es sinnvoll, ca. 6 Monate vor Eintritt in den Ruhestand zu beginnen. Die Coachs arbeiten in Anlehnung an die Methode des Case Managements (vgl. ebd.,11). Für die Assessment-Phase werden 6 bis 8 Stunden eingeplant, wobei die einzelnen Sitzungen in zeitlichen Abständen abgehalten werden, damit Ergebnisse überdacht und ggf. ergänzt werden können (vgl. ebd.,13).

Die Coachs benötigen als fachliche Kompetenz Management-Fähigkeiten, Empathie und sozialpädagogisches Wissen sowie prozessorientiertes und reflektiertes Arbeiten. Die Begleitung erfolgt unter den Prinzipien der Normalisierung und der Selbstbestimmung sowie der Selbstbestimmung in der Teilhabe (vgl. ebd.,15).

Um Interrollenkonflikten zu vermeiden, erfolgen Coaching und alltägliche Betreuung nicht durch die selbe Person. Durch die Trennung wird die Balance zwischen Nähe und Distanz gesichert.

Es ist wichtig den Betroffenen genügend Zeit zu geben, um Ideen und Wünsche zu entwickeln. Somit muss der Hilfeprozess sich nach der persönlichen „Geschwindigkeit“ der Menschen mit Behinderung richten. Die Coachs bieten ausreichend Raum und Zeit, haben die Biografie im Blick (z.B. durch Fotoalben), erklären den Ruhestand, vertrauen in die Entwicklung persönlicher Wünsche und Ideen und wahren eine positive und motivierende Haltung (vgl. ebd.,17). Die professionelle Haltung der Coachs zeichnet sich zudem dadurch aus, dass Unterstützung erfolgt, ohne den Betroffenen Aufgaben abzunehmen. Sie nehmen eine akzeptierende Haltung ein und orientieren sich an den Kompetenzen, die sie durch Informationsvermittlung und Begleitung weiterentwickeln (vgl. ebd.,12).

Um die Interessen und Bedürfnisse für die Freizeitgestaltung in Erfahrung zu bringen, wurden im Projekt standardisierte Tabellen entwickelt. Mit Hilfe visueller Darstellungen, die mit einer Skala von „sehr interessant“ bis „wenig interessant“ versehen sind, geben die Betroffenen an, worin ihre Interessen bestehen. So entsteht durch Selbsteinschätzung der Betroffenen und in Gesprächen mit den Coachs ein Bild über die individuellen Freizeitbedürfnisse (vgl. ebd.,21).

Im Rahmen des Begleitprozesses wird auch Biografiearbeit angewendet, wobei der Einstieg jederzeit erfolgen kann und an biografische Hinweise anknüpft. Das biografische Gespräch erfolgt in einem Dialog, das die Coachs und Menschen mit Behinderung gleichberechtigt führen. Das Gespräch wird in Notizen festgehalten, damit es im Anschluss ausgewertet werden kann. Durch das Anlegen eines Lebensbuches, wird den Betroffenen Wertschätzung entgegengebracht und die Phase des Ruhestands mit dem Abschied von den Arbeitskollegen, dem gewohnten Lebensrhythmus und den alten Gewohnheiten als neuer Lebensabschnitt kenntlich gemacht (vgl. ebd.,26f.)

Aus den gesammelten Informationen über Interessen und Wünsche gilt es abschließend einen Unterstützungsplan zu formulieren, in dem realisierbare Ziele benannt und in Teilziele gegliedert werden. Für die einzelnen Handlungsschritte ist die Mitwirkungsbereitschaft der Betroffenen unerlässlich sowie Einbeziehung personeller und sachlicher Ressourcen.

Da Menschen mit Behinderung in ihrer Entscheidungsfreiheit in den Wohneinrichtungen oft eingeschränkt sind, ist es besonders wichtig, dass die Coachs einen Lernprozess initiieren, der die Entscheidungsfähigkeit fördert (vgl. ebd.,32ff.).

Um die alltagspraktischen Kompetenzen der Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu ergründen, wurden im Modellprojekt Fragebögen erarbeitet, in denen mit Hilfe von Fotos erfragt wurde, welche Unterstützung die Betroffenen benötigen. Abgefragt wurde der Hilfebedarf bei Hausarbeit, Körperpflege, handwerklichen Tätigkeiten und organisatorischen Fähigkeiten (z.B. Umgang mit Geld, Telefonieren und Zurechtfinden mit öffentlichen Verkehrsmitteln). Die Coachs haben dabei die Aufgabe, die Zielerreichung auf den vorhandenen Kompetenzen aufzubauen und diese in Teilschritten dahingehend zu fördern, dass die Handlungsmöglichkeiten erweitert werden können. Für die Betroffenen ergeben sich so individuell gestaltete Unterstützungsleistungen, in der Kompetenzen ermittelt und erweitert werden.

Mit Hilfe von Tabellen werden zudem soziale und persönliche Kompetenzen erfragt und in Profile zusammengefasst. Dabei schätzen sich die Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit Unterstützung ihrer Bezugsbetreuer/ Bezugsbetreuerinnen oder Angehörigen selber ein (vgl. ebd.,36f.).

Für die Begleitung in den Ruhestand ist es wichtig, dass die Coachs die Betroffenen in den Werkstätten besuchen und von den dortigen Betreuern und Betreuerinnen unterstützt werden. Diese enge Zusammenarbeit stellt eine wichtige Komponente für die Begleitung dar, denn so kann neben der Werkstatttätigkeit auch beobachtet werden, was für die Betroffenen wichtig ist, wodurch sie motiviert werden und wo ihre Interessen liegen. Dabei gilt es herauszufinden, welche positiven Elemente (Fähigkeiten und Vorlieben) aus der Arbeit in der Werkstatt in den Ruhestand übernommen werden können, um das Entstehen von Langeweile und Unzufriedenheit zu vermeiden (vgl. ebd.,42).

Um die Netzwerke der Teilnehmer zu erforschen, wird in Gesprächen zwischen den Coachs und Nutzern/ Nutzerinnen erfragt, welche Personen als wichtig bewertet werden. Die Gespräche geben Aufschluss über die Zusammensetzung und Qualität der Netzwerke. Es wird geklärt, wer zum sozialen Netz gehört, mit wem regelmäßiger Kontakt besteht, ob Unterstützung - auch in emotionaler Hinsicht - durch diese Personen im Alltag erfolgt und ob ein intensiverer Kontakt gewünscht wird.

Anhand der Wünsche und Interessen der Betroffenen wird erarbeitet, welche Kontakte erhalten, stabilisiert und erweitert werden sollten (vgl. ebd.,50f.).

Darüber hinaus werden auch durch die Coachs Netzwerke aufgebaut. Im Rahmen des Modellprojekts waren dabei wichtige Kontaktstellen: Angebote für Senioren im Stadtteil, z.B. Seniorenclub der Kirchengemeinde; Kontaktaufnahme zu Bürgerzentren und Ehrenamtsbörsen; Kooperation mit der Volkshochschule; Kontakte zu Stadtteilvereinen und Kooperation mit der WfbM (vgl. ebd.,54f.).

Ehrenamtliche Tätigkeit kann bei der Unterstützung von Menschen mit Behinderung große Bedeutung beigemessen werden kann (z.B. Begleitung bei Spaziergängen und Ausflügen, zum Klönen), da durch soziales Engagement finanzielle Einsparungen ausgeglichen werden können. Aus diesem Grund haben die Initiatoren des Modellprojekts in Kooperation mit einer evangelischen Familienbildungsstätte einen Kursus eingerichtet, in dem interessierte Personen auf die Begleitung von Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung vorbereitet und Berührungängste abgebaut werden (vgl. ebd.,60).

Als hinderlich und hemmend bei der Durchführung des Modellprojekts stellten sich insbesondere folgenden Bedingungen heraus: Durch lange und nicht transparente Entscheidungswege verzögern sich die Weitergabe von Informationen. Besonders in lange bestehenden Großeinrichtungen ergeben sich Erschwernisse bei der Einführung innovativer Ideen. Da die Beschäftigten meistens bereits durch das normale „Tagesgeschäft“ sehr ausgelastet sind, ist es schwierig, sie zur Planung und Durchführung von neuen Ideen zu motivieren. Viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen fühlen sich in ihrer Arbeit nicht anerkannt, wodurch die Bereitschaft, an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teilzunehmen, eingeschränkt ist. Durch finanzielle Einschränkungen gibt es oft nur kleine Handlungsspielräume. Aushilfs- bzw. Zeitverträge führen zu hohen Fluktuationen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, wodurch eine kontinuierliche Arbeit an Projekten erschwert wird (vgl. ebd.,66).

Die Erfordernis der Umstrukturierung in den Einrichtungen wirkt sich insgesamt positiv auf den Alltag aus. Wenn die Bewohner und Bewohnerinnen in den Ruhestand treten, entsteht in den Einrichtungen eine neue Tagesstruktur. Das führt zur Entlastung am Morgen: Da die Senioren länger schlafen und später frühstücken können, bleibt mehr Zeit für die Unterstützung der Bewohner und Bewohnerinnen, die noch in die WfbM fahren. Damit die Rentner und Rentnerinnen sich auch weiterhin nützlich fühlen, bietet es sich an, ihnen auf freiwilliger Basis feste Aufgaben im Alltag anzuvertrauen, z.B. Altpapierentsorgung, Blumengießen usw. Das bedeutet zusätzliche Entlastung für das Personal.

Wichtig ist es, auch die eigenen Ressourcen der Einrichtung zu nutzen. Dazu zählen beispielsweise Interessen und besondere Qualifikationen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die sich als neues Handlungsfeld in der Begleitung im Ruhestand anbieten. Entlastungen und Erweiterungen der Angebote können durch Öffnung nach außen erreicht werden, wenn sich die Einrichtungen beispielsweise mit örtlichen Trägern vernetzen, die bereits Angebote für Senioren und Seniorinnen eingerichtet haben. Dazu kann auch der Kontakt mit anderen Wohneinrichtungen dienen, in denen es ebenfalls Senioren gibt. Zu-



dem ist der Austausch über Ideen, Erfahrungen und Informationen mit Kollegen und Kolleginnen aus anderen Einrichtungen hilfreich (vgl. ebd., 68f.).

## **9 Schlussbetrachtung**

Bei den Personen mit geistiger Behinderung, die das Rentenalter erreicht haben, handelt es sich nicht um Einzelfälle, sondern um eine wachsende Personengruppe. Der demografische Wandel vollzieht sich für Menschen mit und ohne Behinderung gleichermaßen. Dabei wird die Entwicklung für Menschen mit geistiger Behinderung jetzt erst sichtbar, denn aufgrund der Massenmorde während des Nationalsozialismus, sind die Geburtenjahrgänge vor 1945 kaum vertreten.

Der Alterungsprozess verläuft bei Menschen mit geistiger Behinderung analog zur Gesamtbevölkerung. Allerdings finden sich in bestimmten Bereichen andere Ausprägungen von Altersproblemen. In Hinblick auf das Altern ist zu betonen, dass Menschen mit geistiger Behinderung in zweifacher Hinsicht stigmatisiert sind, wodurch sie besonders von Segregation bedroht sind. Zudem konnten sie aufgrund der schlechten Lebensbedingungen in der Vergangenheit (Fremdbestimmung, Defizitorientierung) ihre Potenziale und Kompetenzen nicht ausreichend herausbilden, so dass ihnen im Alter die erforderlichen Bewältigungsstrategien zum „erfolgreichen“ Altern nur in eingeschränktem Maße zur Verfügung stehen.

In den Lebensbereichen des Wohnens und der Tagesstrukturierung werden aufgrund dieser Betreuungsanforderungen, konzeptionelle Umstrukturierungen notwendig, welche die speziellen Bedürfnisse der alternden Bewohner und Bewohnerinnen berücksichtigen. Da die Beschäftigung in der WfbM für die Tagesstrukturierung und Integration eine wichtige Position einnimmt, muss beim Eintritt in den Ruhestand eine entsprechende Begleitung stattfinden, die sowohl einen sinnerfüllten Lebensabend gewährleistet als auch die Eingliederung in die Gesellschaft weiter fördert.

Empowerment als Handlungskonzept und die Methoden des Case Managements, der Biografiearbeit und der Sozialen Netzwerkarbeit bieten konzeptionelle Grundlagen, die im Sinne einer Ressourcenorientierung die persönlichen und sozialen Kompetenzen der Betroffenen fördern, um eine selbständige Lebensgestaltung zu ermöglichen, die von fremder Hilfe so weit wie möglich unabhängig ist.

Das Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand“ zeigt, wie eine Begleitung methodisch und praktisch umgesetzt werden kann. Bei der Umsetzung werden im Sinne des Empowerment die Kompetenzen genutzt bzw. gefördert, die zu einer selbständigen Lebensführung

beitragen. Im Rahmen einer bedarfsorientierten Hilfeplanung, werden die individuellen Interessen und Bedürfnisse auf Grundlage der persönlichen Kompetenzen gestaltet.

Im Allgemeinen werden in den Einrichtungen bei der Erstellung von Hilfeplänen neben den Defiziten bereits auch die vorhandenen Kompetenzen in den Blick genommen, um darauf aufbauend die Unterstützung zu gestalten (Ressourcenorientierung). Dabei bieten sich besonders Hilfeverträge zwischen Fachkräften und Klienten/Klientinnen an. Beide Parteien werden zur Vertragserfüllung verpflichtet; die Betroffenen sind direkt an der Hilfeplanung beteiligt und haben die Möglichkeit, Einfluss auf die Feststellung des Hilfebedarfs und die Wahl der Maßnahmen zu nehmen (vgl. HERRIGER, 2003:203f.).

Die Stärken-Perspektive bedeutet generell, neue Handlungsmöglichkeiten und alternative Wahrnehmungen auf Grundlage behinderungsbedingter Schwierigkeiten zu schaffen. Dabei werden traditionell betrachtete Defizite umgedeutet, umformuliert und positiv beurteilt, um eine akzeptierende Haltung den Klienten und Klientinnen gegenüber einzunehmen. Bei der Neuinterpretation von Problemlagen besteht zwar die Gefahr einer Fehleinschätzung, die laut THEUNISSEN jedoch nicht größer ist als beim traditionellen Defizitblickwinkel. Hervorzuheben ist der Ausgangspunkt der Ressourcenorientierung, wobei den Betroffenen nicht ihr Nicht-Können vorgehalten wird, sondern sozialpädagogische Interventionen an den Stärken und Bedürfnissen der Betroffenen ansetzen (vgl. THEUNISSEN, 2002a:194ff.).

Es entstehen auf institutioneller Ebene Diskrepanzen bei der Umstellung auf das Empowerment-Konzept. Institutionelle Vorgaben verhindern ein absolutes Abwenden vom Defizitblickwinkel. So benötigen Behörden zur Prüfung des Leistungsanspruchs Sozialberichte, in denen die Hilfebedarfe der Betroffenen anhand von „Defizit-Kategorien“ begründet werden (vgl. HERRIGER, 2003:202f.).

Empowerment muss auch unter dem Gesichtspunkt der Ökonomisierung betrachtet werden: Die Prozesse verlaufen nicht immer linear und beanspruchen viel Zeit und institutionelle Ressourcen (vgl. ebd.,204). Leistungen zur Eingliederungshilfe werden vom öffentlichen Haushalt finanziert, der nicht über uneingeschränkte finanzielle Mittel verfügt. Um so wichtiger ist es, seitens der Einrichtungen konzeptionelle Umstrukturierungen vorzunehmen, damit der Weg von einer „Zufallspädagogik“ (wobei verschiedene Konzepte und Methoden wahllos „ausprobiert“ werden) hin zu einer bedarfsorientierten, aber auch budgetierbaren Unterstützung für die Menschen mit Behinderung gestaltet werden kann und die Betroffenen die Hilfeleistungen erhalten, die sie wirklich benötigen, ohne dass dies im Widerspruch zu ökonomischen Vorgaben steht.

Es reicht nicht aus, wenn sich nur einzelne Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen dem Handlungskonzept des Empowerment verschreiben. Empowerment entspricht einer Haltung den Menschen mit Behinderung gegenüber, die in die gesamte Organisationsstruktur implementiert werden muss. Die Berufsroutine der Fachkräfte kann sich hemmend auf eine Einstellungsänderung auswirken. Sie verfügen über ein „standardisiertes Repertoire“ an Interventionen zur Unterstützung der Betroffenen. Dies bietet einerseits Entlastung und Sicherheit, da routinierte Handlungsmöglichkeiten in bestimmten Situationen angewendet werden können. Andererseits muss die Bereitschaft zur Abweichung von Routine vorliegen, um Empowerment gerecht zu werden. Dabei ist eine einheitliche Organisationsstruktur besonders wichtig. Viele Träger haben bereits ein Leitbild formuliert, dem sich alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen verpflichten (vgl. HERRIGER, 2003:205ff.).

Eine weitere Einschränkung der Handlungsspielräume für die Gestaltung der Betreuung erfolgt durch die sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, die wenig Raum für individuelle Gestaltung der Hilfen lässt. Zu reformieren ist besonders die Abgrenzung von Eingliederungshilfe zur Pflegeversicherung, damit auch schwer pflegebedürftige Menschen die Möglichkeit haben, in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben zu können.

Wichtigster Faktor für die Gestaltung des „Unterstützten Ruhestands“ ist, neben institutionellen und räumlichen Rahmenbedingungen, besonders die fachliche Qualifikation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die ein fundiertes Wissen über die Lebenslagen von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter, methodisches Know-how und Grundlagen der Altenhilfe umfassen muss.

Ein Perspektivwechsel in der Behindertenpädagogik im Sinne des Empowerment bedeutet, sich einem positiven Menschenbild zu verschreiben, in dem die oberste Priorität die Wahrung der Würde des Menschen darstellt. Gerade Menschen mit geistiger Behinderung sind gefährdet, in ihrer Würde eingeschränkt zu werden, so dass die Aufgabe der Fachkräfte darin besteht, den Betroffenen ein würdevolles Leben unter Wahrung ihrer Rechte auf Selbstbestimmung und Teilhabe zu ermöglichen.

Die Umorientierung in der Behindertenhilfe, wie sie in der vorliegenden Arbeit beschrieben wurde, bezieht sich nicht allein auf die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung im Alter, sondern auf den gesamten Bereich.

Die aktuelle Entwicklung in der Behindertenhilfe stellt neue Anforderungen an die Unterstützung bei der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung in den Ruhestand dar. Nachfolgende Generationen werden andere Hilfebedarfe haben, da sie ihr Leben

lang gefördert wurden und somit über andere Kompetenzen verfügen, als die heute über 60-Jährigen.

Dass sich die Lebenserwartung der Menschen mit Behinderung nahezu der der Gesamtbevölkerung angeglichen hat, ist positiv zu bewerten, denn sie zeugt von einer qualitativ angemessenen Grundversorgung. Dieser Umstand ist nicht immer selbstverständlich gewesen. Wie die Vergangenheit zeigt, mussten die Menschen mit Behinderung unter unwürdigen Bedingungen leben und waren sogar - wie im Nationalsozialismus - von Massenverfolgung und –ermordung betroffen.

Zusätzlich zum bisherigen Fortschritt muss sich die sozialpädagogische Begleitung dahingehend weiter entwickeln, dass individuelle Lebensstile noch intensiver unterstützt und gefördert werden, damit sich die Lebenssituationen weiter der Gesamtbevölkerung angleichen können und Menschen mit Behinderung stärker in die Gesellschaft integriert werden.

Diese Entwicklung ist aktuell bereits durch den Ausbau ambulanter Betreuungsangebote zu verzeichnen. Die Wohnangebote müssen noch weiter differenziert werden, um bedarfsgerechter und individueller auf die Bedürfnisse der Menschen – auch im Alter - eingehen zu können.

**Abbildungsverzeichnis**

Abb.1: Altersaufbau in Deutschland von 1950 und 2050	<b>6</b>
Abb.2: Übersicht über die Rehabilitationsträger und ihre Zuständigkeitsbereiche	<b>33</b>
Abb.3: Unterschiede von traditioneller Heilpädagogik und Behindertenhilfe zum Empowerment-Konzept	<b>63</b>

**Abkürzungsverzeichnis**

AAMD	American Association of Mental Deficiency
BAG	Bundesarbeitsgemeinschaft
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
DIMDI	Deutsches Zentrum für medizinische Dokumentation und Information
EA	Entwicklungsalter
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IQ	Intelligenzquotient
LV-NRW	Landesverband Nordrhein-Westfalen für Körper- und Mehrfachbehinderte
SGB	Sozialgesetzbuch
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	World Health Organisation/ Weltgesundheitsorganisation

**Literaturverzeichnis**

**BACKES, Gertrud M./ CLEMENS, Wolfgang (2003):** Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim/ München: Juventa

**BALLEW, Julius R./ MINK, George (1991):** Was ist Case Management? In: Wendt, Wolf Rainer (Hg.): Unterstützung fallweise. Case Management in der Sozialarbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 56-83

**BUDWEG, Peter/ PFUNDTER, Wolf Michael (1998):** Pflege statt Eingliederungshilfe? Gefährdung für Menschen mit schweren und mehrfach Behinderungen in Hamburger Wohneinrichtungen. In: Standpunkt: sozial. Heft 3, S. 90-92

**BULLINGER, Hermann/ NOWAK, Jürgen (1998):** Soziale Netzwerkarbeit: eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau: Lambertus

**BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (Hg.) (1998):** Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation. Bonn

**BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG (Hg.) (2003):** SGB IX. Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Inklusive Fragen und Antworten zur Praxis. Bonn

**BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND SOZIALE SICHERUNG(Hg.) (2004):** Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Bonn

**CLOERKES, Günther (2001):** Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. Heidelberg: Winter

**DIETRICH, Peter (2000):** Zur Eingliederungshilfe gibt es keine Alternative. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hg.): Persönlichkeit und Hilfe im Alter: Zum Alterungsprozeß bei Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe- Verlag, S.93-99

**HÄHNER, Ulrich (1999):** Von der Verwahrung über die Förderung zur Selbstbestimmung. Fragmente zur geschichtlichen Entwicklung der Arbeit mit „geistig behinderten Menschen“ seit 1945. In: Hähner Ulrich/ Niehoff, Ulrich/ Sack, Rudi/ Walther, Helmut (Hg.): Vom Betreuer zum Begleiter: eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. Marburg: Lebenshilfe- Verlag, S. 25-51

**HAVEMANN, Meindert (2000a):** Freizeit im Alter. Grundlagen und empirische Forschungsergebnisse. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hg.): Persönlichkeit und Hilfe im Alter: Zum Alterungsprozeß bei Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 164-179

**HAVEMANN, Meindert/ STÖPPLER, Reinhilde (2004):** Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer

**HENSLE, Ulrich/ VERNOOIJ, Monika A. (2002):** Einführung in die Arbeit mit behinderten Menschen I. Theoretische Grundlagen. Wiebelsheim: Quelle & Meyer

**HERRIGER, Norbert (2002):** Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart/ Berlin/ Köln: Kohlhammer

**KRÄLING, Klaus (2004):** Die Finanzierung von Leistungen für alte Menschen mit geistiger Behinderung: Zur Abgrenzungsproblematik zwischen Eingliederungshilfe und den Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz. In: Pro Alter. Heft 2, S. 19-23

**LANDESVERBAND NRW FÜR KÖRPER- UND MEHRFACHBEHINDERTE E.V. (Hg.) (2004):** Neuland entdecken. Wenn Menschen mit Behinderung in den Ruhestand gehen.

**LINDMEIER, Christian (2004):** Biografiearbeit mit geistig behinderten Menschen. Ein Praxisbuch für Einzel- und Gruppenarbeit. Weinheim/ München: Juventa

**NEUFFER, Manfred (2002):** Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Weinheim/ München: Juventa

**NOACK, Winfried (2001):** Sozialpädagogik. Ein Lehrbuch. Freiburg im Breisgau: Lambertus



**PAULMICHL, Georg (1994):** Ins Leben gestemmt. Neue Texte und Bilder. Innsbruck: Haymon Verlag

**VON RENESSE; Jan-Robert (2005):** SGB XII Leistungsberechtigte und Leistungen § 61. In: JAHN, Kurt (Hg.): Sozialgesetzbuch für die Praxis. Zwölftes Buch (XII) Sozialhilfe. Freiburg im Breisgau/ Berlin: Rudolf Haufe Verlag

**RUHE, Hans Georg (2003):** Methoden der Biografiearbeit. Lebensspuren entdecken und verstehen. Weinheim: Beltz Verlag

**SCHUMANN, Norbert (2000):** Soziale Sicherung für alternde und alte Menschen mit geistiger Behinderung. Rechtliche Grundlagen und sozialpolitische Aspekte. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hg.): Persönlichkeit und Hilfe im Alter: Zum Alterungsprozeß bei Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 100-121

**TEWS, Hans Peter (1999):** Von der Pyramide zum Pilz. Demographische Veränderungen in der Gesellschaft. In: NIEDERFRANKE, Annette/ NAEGELE, Gerhard/ FRAHM, Eckart (Hg.): Funkkolleg Altern 1. Die vielen Gesichter des Alterns. Opladen/ Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, S. 137-185

**TEWS, Hans Peter (2001):** Behindertenpolitik für ältere Menschen mit geistiger Behinderung. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Expertisen zu Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Versorgung und Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung. Band 5, Opladen: Leske+ Budrich, S. 11-42

**THESING, Theodor (1998):** Betreute Wohngruppen und Wohngemeinschaften für Menschen mit geistiger Behinderung. Freiburg am Breisgau: Lambertus

**THEUNISSEN, Georg/ DIETER, Matthias/ NEUBAUER, Grit/ NIEHOFF, Ulrich (2000):** Zur Situation geistig behinderter Menschen in ihrer Freizeit. Eine Umfrage bei der Lebenshilfe in Deutschland. In: Geistige Behinderung. Heft 4, S. 360-372

**THEUNISSEN, Georg (2002a):** Die Stärken-Perspektive. Impulse für die pädagogische und therapeutische Arbeit mit Menschen, die als geistig behindert gelten. In: Geistige Behinderung. Heft 3, S. 191-202

**THEUNISSEN, Georg (2002b):** Altenbildung und Behinderung: Impulse für die Arbeit mit Menschen, die als lern- und geistig behindert gelten. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

**THEUNISSEN, Georg/ PLAUTE, Wolfgang (2002c):** Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg im Breisgau: Lambertus

**WACKER, Elisabeth (2001):** Wohn-, Förder- und Versorgungskonzepte für ältere Menschen mit geistiger Behinderung- ein kompetenz- und lebensqualitätsorientierter Ansatz. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.): Expertisen zu Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Versorgung und Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung. Band 5, Opladen: Leske+ Budrich, S. 43-121

**WENDT, Wolf Rainer (2001):** Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus

**WENDT, Wolf Rainer (2004):** Case Management in Deutschland. Viel gelobt, noch zu wenig praktiziert. In: Blätter der Wohlfahrtspflege. Heft 2, S. 43-49

**WETZLER, Rainer (2000):** Was können Alten- und Behindertenhilfe voneinander lernen? In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hg.): Persönlichkeit und Hilfe im Alter: Zum Alterungsprozess bei Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 191-203

**WIELAND, Heinz (1996):** Lebenslauf und Behinderung. Aspekte des demographisch-gesellschaftlichen Umbruchs und seine Bedeutung für die soziale Integration. In: Beck, Iris/, Düe, Willi/ Wieland, Heinz (Hg.): Normalisierung: Behindertenpädagogische und sozialpolitische Perspektiven eines Reformkonzeptes. Heidelberg: Edition Schindele, S. 257-268

**ZANDER, Margherita (2005):** Generationen im demografischen Wandel. Konsequenzen für die Soziale Arbeit und für soziale Dienstleister. In: Blätter der Wohlfahrtspflege. Heft 1, S. 13-15

**DEUTSCHES ZENTRUM FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND**

**INFORMATION (Hg.) (2004):** Internationale Klassifikation von Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Eine Einführung.

[http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ICF/icf\\_dimdi\\_final\\_draft\\_1.pdf](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/ICF/icf_dimdi_final_draft_1.pdf) (Stand: 01.10.04)

**HERRIGER, Norbert (2004):** Grundlagentext Empowerment.

<http://www.empowerment.de/grundlagentext.htm> (Stand: 27.05.04)

**KRÄLING, Klaus (2000):** Auf der Such nach einem sinnerfüllten Lebensabend.

Tagesstrukturierende Angebote und Rahmenbedingungen für älter werdende und alte Menschen mit geistiger Behinderung.

[http://www.lebenshilfe.de/fachfragen/fachd/fd2\\_00/schwerpu.htm](http://www.lebenshilfe.de/fachfragen/fachd/fd2_00/schwerpu.htm) (Stand: 14.06.06)

**LANDESVERBAND NRW FÜR KÖRPER- UND MEHRFACHBEHINDERTE E.V. (Hg.)**

**(2003):** Fachtagungsbericht der Fachtagung zum Modellprojekt Unterstützter Ruhestand.

<http://www.lv-nrw-km.de/ur-2003/fachtagungsbericht.pdf> (Stand: 14.06.05)

**SGB I:** Allgemeiner Teil.

[http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze\\_web/gesetze.htm](http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze_web/gesetze.htm) (Stand 01.04.2005)

**SGB IX:** Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.

[http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze\\_web/SGB09/sgb09xinhalt.htm](http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze_web/SGB09/sgb09xinhalt.htm) (Stand: 01.01.2005)

**SGB XI:** Soziale Pflegeversicherung.

[http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze\\_web/sgb11/sgb11xinhalt.htm](http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze_web/sgb11/sgb11xinhalt.htm) (Stand: 01.01.2005)

**SGB XII:** Sozialhilfe.

[http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze\\_web/sgb12/sgb12xinhalt.htm](http://www.bmgs.bund.de/download/gesetze_web/sgb12/sgb12xinhalt.htm) Stand: 01.01.2005)

**STATISTISCHES BUNDESAMT (2003):** Alterspyramiden.

<http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoegra2.htm> (Stand: 14.06.05)

**STATISTISCHES BUNDESAMT (2004):** Bevölkerung.

<http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoetab3.php> (Stand: 14.06.05)

### **Versicherung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und ausschließlich die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet und durch entsprechende Quellenangaben kenntlich gemacht habe.

Hamburg, den 03.07.2005