

**Fachbereich Erziehungswissenschaft und Sozialwissenschaften**

# **Lebenswelten im Alter**

**Konvergenzen von Altenhilfe und Behindertenhilfe**

**Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der  
Philosophischen Fakultät  
der  
Westfälischen-Wilhelms-Universität  
zu  
Münster/ Westf.**

**vorgelegt von  
Jutta Hollander  
aus Havixbeck  
2009**

**Dekan:** Prof. Dr. Christian Pietsch  
**Tag der mündlichen Prüfung:** 17. 07. 2009  
**Prüfer:** Prof. Dr. Helmut Mair  
**Zweitprüfer:** Prof. Dr. Jürgen Hohmeier

## De Senectute

Die Welt der alten Menschen, aller alten Menschen, ist in mehr oder weniger ausgeprägter Form die Welt der Erinnerung. Man sagt: Am Ende bist du das, was du gedacht, geliebt, vollbracht hast. Ich möchte hinzufügen: du bist das, was du erinnerst (Bobbio: 1999, S. 37f)

Die Zeit des alten Menschen, (...), ist die Vergangenheit. Und diese Vergangenheit lebt im Gedächtnis wieder auf. Der große Reichtum des alten Menschen liegt in der wunderbaren Welt der Erinnerungen, einer unerschöpflichen Quelle an Gedanken über uns selbst, über das Universum, in dem wir gelebt haben, über die Menschen und die Ereignisse auf unserem Lebensweg, die unsere Aufmerksamkeit erregt haben. Wunderbar ist diese Welt wegen der Fülle und der unvermuteten, unberechenbaren Vielfalt an Dingen, die sie enthält: Bilder von Gesichtern, die seit langem verschwunden waren, von Orten, die man vor vielen Jahren besucht und nie wieder gesehen hat, Figuren aus Romanen, die wir als junge Menschen gelesen haben, Bruchstücke von Gedichten, die man in der Schule auswendig gelernt und nie wieder vergessen hat; wie viele Szenen aus Filmen und Theaterstücken und wie viele Gesichter von Schauspielern und Schauspielerinnen, die seit geraumer Zeit vergessen waren, doch immer wieder auftauchen können, immer dann, wenn du den Wunsch verspürst, sie wiederzusehen, und bei diesem Wiedersehen erwachen dir die gleichen Gefühle wie beim ersten Mal (...). Dieser unermesslich große, versunkene Schatz wartet nur darauf von Zeit zu Zeit wieder an die Oberfläche gehoben zu werden, während eines Gesprächs oder einer Lektüre oder wenn du selbst in einer schlaflosen Stunde in ihm herumstöbern möchtest, und manchmal taucht er auch ganz unerwartet auf, hervorgerufen durch eine unwillkürliche Assoziation, durch eine selbsttätige, geheime Regung des Geistes“ (Bobbio: 1999: S. 65f).

# Lebenswelten im Alter

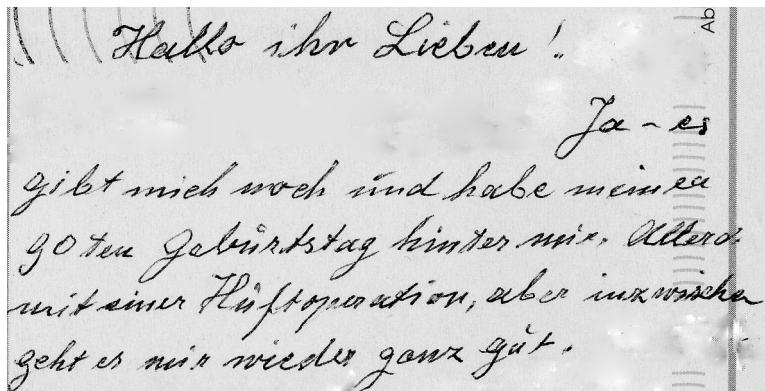
## Konvergenzen von Alten- und Behindertenhilfe

---

0	Einführung.....	5
1	Gesellschaftliche Aspekte des Alter(n)s.....	13
1.1.	Altern: demografische und strukturelle Entwicklungen.....	14
1.2.	Die Entwicklung des Alters als eigenständige Lebensphase .....	19
1.3.	Ausgewählte Strukturmerkmale des Alters.....	21
1.4.	Alter als Stigma? .....	28
1.5.	Alter und Behinderung .....	32
2	Lebenswelten, Lebensbedingungen und Lebensstile im Alter.....	39
2.1.	Wohnen .....	44
2.2.	Kontakte im sozialen Netzwerk .....	57
2.3.	Biografische Erfahrungen .....	66
2.4.	Gesundheit.....	72
2.5.	Alltagskompetenz.....	84
2.6.	Lebenszufriedenheit .....	92
2.7.	Zusammenfassung.....	105
3	Handlungsleitende Grundlagen in der Altenhilfe und der Behindertenhilfe... .....	109
3.1.	Leitbilder der Behindertenhilfe .....	110
3.2.	Der Empowerment-Ansatz in der Behindertenhilfe.....	115
3.3.	Die Umsetzung des Empowerment-Ansatzes dargestellt am Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand“ .....	122
3.4.	Leitbilder der sozialen Altenhilfe und Altenpflege.....	152
3.5.	Der Personzentrierte Ansatz in der Altenhilfe .....	168
3.6.	Die Umsetzung des personzentrierten Ansatzes dargestellt am Modellprojekt „Demenz neu denken“ .....	180
3.7.	Diskussion .....	190
4	Optionen gerontologisch begründeter Konvergenzen in der Altenhilfe und in der Behindertenhilfe.....	202
5	Literatur.....	215
6	Abbildungsverzeichnis.....	236

## 0 Einführung

Zu Beginn des Jahres erreichte uns eine Postkarte. Darauf steht in malerischer Schrift:



Diese Karte – und die vielen anderen Botschaften, die wir bereits bekommen haben – übermitteln uns immer wieder Zeichen geistiger Vitalität, Regheit und Wachsamkeit – gepaart mit dem Interesse und Bemühen, mit anderen Menschen in Kontakt bleiben zu wollen. Es ist typisch für die Schreiberin, dass sie trotz vieler - manchmal auch schwerwiegender biografischer Erfahrungen - mit untrüglichen Optimismus, Humor und Pragmatismus ihr Leben - auch noch im hohen Alter - zu meistern weiß.

Ähnliches führt Norberto Bobbio in seinem Alterswerk „De senectute“ an (Bobbio: 1999). Auch wenn er sich selbst eher als Pessimisten bezeichnet, so wundert er sich doch stetig darüber, ein solch hohes Alter - von 87 Jahren - erreicht zu haben. „Ich bin immer noch da“ (Bobbio: 2005, S. 41). Er beschreibt in seinem Buch sehr anschaulich, welche Gedanken und Themen ihn im Alter bewegen, wie sich sein Alter und auch der Umgang mit ihm gestaltet, betont jedoch auch die Bedeutung und die Kraft der Erinnerungen als Quelle innerer Zufriedenheit. Weniger Erwartungen stellt er an die Zeit, die noch vor ihm liegt - vielmehr setzt er darauf, dass sich die vorgezeichneten Bestimmungen für ihn erfüllen mögen.

Beim Lesen dieses Alterswerkes gingen mir verschiedene mir bekannte hochbetagte allein lebende Menschen durch den Kopf. Die meisten von ihnen sind aktiv, vielseitig interessiert und haben noch so viele Pläne, dass ein Leben vermutlich nicht reichen wird. Andere wiederum beschäftigen sich mehr und mehr mit sich selbst, sind zufrieden in ihrer kleinen Welt und scheinen eher abzuwarten, was das Leben noch für sie bereithält. Sicherlich ist diese Einschätzung nicht zu verallgemeinern, denn sie beruht lediglich auf Beobachtungen, doch scheint es mir auffällig zu sein, dass bei vielen älteren Menschen der Geist frisch und vital ist,

ihr Körper jedoch zunehmend hilfloser wird. Manche leiden unter dieser Diskrepanz, denn von außen sieht ein jeder lediglich einen alten gebrechlichen Menschen, der nur noch mit Mühe seine Wege gehen kann – in mentaler Hinsicht hätte dieser Mensch vielleicht durchaus Spaß daran und auch das Verlangen, sich mit jüngeren Menschen zu unterhalten und auszuweichen. Derartige Kontakte in verschiedenen Umgebungen zu ermöglichen, erscheint mir gesellschaftlich sehr bedeutsam.

Jenseits der eigenen Beobachtungen und subjektiven Einschätzungen eine wissenschaftliche Arbeit zum Thema „Alter“ zu schreiben, ist eine andere Sache. Die Gründe dafür rekrutieren sich vermutlich - vielleicht sogar unterbewusst - aus alltäglichen und persönlichen Erfahrungen, die jedoch nur bedingt im Rahmen dieser Arbeit nutzbar sind. Vielmehr sind es die erworbenen berufsbezogenen theoretischen und fachpraktischen Kompetenzen und der Umgang mit älteren und demenziell erkrankten Menschen und Menschen mit Behinderungen, die neben den Ergebnissen aus Forschung, Entwicklung und Evaluation in diese Arbeit mit einfließen. Im Rahmen meiner beruflichen Tätigkeiten ist mir im Laufe der Jahre aufgefallen, dass die Bedürfnisse älterer Menschen und älterer Menschen mit Behinderungen annähernd gleich sind, die Art *wie*, *womit* und *durch wen* sie unterstützt werden, wenn sie Hilfe benötigen, jedoch sehr unterschiedlich sein kann.

Meine Arbeit nimmt dabei sowohl die Zielgruppen ältere Menschen und ältere Menschen mit Behinderungen in den Blick als auch ihre jeweiligen Bezugs- und Beziehungssysteme innerhalb ihrer Lebenswelten. Dabei richtet sich der Fokus insbesondere auf die institutionalisierten Welten, in denen ältere meist pflegebedürftige oder gerontopsychiatrisch veränderte Menschen leben und auf Welten, in denen ältere Menschen mit Behinderungen leben. Primär scheinen sich nicht nur die Zielgruppen deutlich voneinander zu unterscheiden, sondern auch die Systeme, aus denen sich die jeweilige Unterstützung rekrutiert: alte, meist hochbetagte und pflegebedürftige Menschen leben häufig in Alten- und Pflegeheimen, ältere Menschen mit Behinderungen in Einrichtungen und Heimen der Behindertenhilfe, in denen manche von ihnen bereits seit Jahr(zehnt)en leben. In dieser Arbeit soll die Frage beantwortet werden, was die Anbieter leisten (können müssen) für alte Menschen, aber auch, was sich ältere Menschen selbst für ihr Alter(n) wünschen. Dabei wird von der Grundannahme ausgegangen, dass sich alle Menschen ein selbstbestimmtes und möglichst selbstständiges Leben wünschen.

Auf dieser Basis wird folgender Überlegung nachgegangen: Der Wunsch nach einer selbstbestimmten Lebensführung im Alter wird neue Lebensstile erzeugen, die sich stetig weiter ausdifferenzieren und individuelle Lebensformen hervorbringen werden. Auch Menschen mit Beeinträchtigungen werden immer mehr den Wunsch haben, sich ihre eigene Lebenswelt im Alter gestalten ( und erhalten ) zu wollen. Diese Entwicklung wird sich auf die Gestaltung von institutionellen Lebenswelten auswirken: Gerontologisch begründete Konvergenzen werden dabei insbesondere zwischen Alten- und Behindertenhilfe sichtbar und bedeutsam werden.

Hinsichtlich dieses sich vollziehenden Wandels soll der Prozess des Alter(n)s aus folgenden Blickwinkeln betrachtet werden:

Aus der *persönlichen* Sicht des alten Menschen, die zum Sammeln und Auswerten von objektiven Informationen zum Thema „Alter“ und die in erster Linie der Meinungsbildung und der Eigenreflexion dient. Daraus können Ideen entworfen, Möglichkeiten durchgespielt und Handlungsspielräume ausgelotet werden. Dieses Vorgehen vergrößert die Chancen auf ein möglichst weitgehendes selbstbestimmtes und eigenaktives Alter(n).

Für eine *professionelle* Sichtweise gilt: Je umfassender, profunder und aktueller das Wissen um die Prozesse des Alterns ist, desto größer werden die Möglichkeiten, der steigenden Anzahl von alten und hochbetagten Menschen adäquate, d. h. bedarfsgerechte und personbezogene Dienstleistungen anbieten zu können, die außerdem die finanziellen Bedingungen berücksichtigen. Vorausschauende zielorientierte und gut dokumentierte Planungen bieten dabei die Basis für eine solide sozioökonomische Sicherungs- und Steuerung.

In *gesellschaftlicher* Hinsicht „ist ein nachhaltiger Paradigmenwechsel in den Kernfragen (erforderlich), die den Alterungsprozess (...) betreffen“ (MGSFF NRW: 2004, S. 9). Dabei wird es nicht nur darum gehen, allein die Bedürfnisse älterer Menschen zu berücksichtigen, sondern das Zusammenleben aller Altersgruppen und Generationen zu fördern. Dabei darf „Älterwerden (...) nicht zur Ausgrenzung aus der aktiven Gesellschaft führen. Beteiligung und Teilhabe müssen in allen Lebenslagen ermöglicht und gefördert werden“ (ebd.).

Hinsichtlich dieser Ebenen werden in Zukunft auch die Bedarfslagen von Menschen mit Behinderungen stärker zu berücksichtigen sein, obwohl diese Gruppe bislang kaum in der Öffentlichkeit in Erscheinung getreten ist. Nach dem man ihnen jahrelang quasi

gewohnheitsmäßig eine „geringe Lebenserwartung“ und „prinzipielle Andersartigkeit“ (Wieland: 1987, S. 10f) bescheinigt hatte, erreichen viele von ihnen nun erstmals ein Alter, in dem sie aus der Werkstatt für behinderte Menschen in den Ruhestand hinüberwechseln. Im Zuge des Fortschreitens der Normalisierungsbewegung in der Behindertenhilfe (Nirje: 1974; Thimm: 1995), die zum einen dazu führte, dass Menschen mit Behinderungen vermehrt in einen gesellschaftlichen Kontext integriert wurden und zum anderen zu Veränderungen in ihren individuellen Lebenslagen führte, gelten nun auch für sie im Alter die selben Bedingungen, Aufgaben und Anforderungen wie für Menschen ohne Behinderungen. Der Strukturwandel des Alters betrifft damit auch sie, so dass man in der Folge davon ausgehen kann, „dass es auch für Geistigbehinderte zu einer individuellen und kollektiven Aufwertung des Alters als eigenständiger Lebensphase kommt“ (ebd., S. 13)<sup>1</sup>. Dennoch ergibt sich für sie daraus „eine doppelte Perspektive: die Normalisierung der Lebenssituation im Vergleich mit Nichtbehinderten und eine weitere, eine neue aus der des Alters und Alterns“ (Tews: 2001, S. 14).

Es ist zu vermuten, dass sich in Zukunft 1. eine noch ausgeprägte kulturelle, soziale, geschlechtsspezifische und materielle Differenzierung in der Gruppe älterer Menschen ergeben wird und 2. sich die Gruppe älterer Menschen mit Behinderungen - analog der Gruppe älterer Menschen in der Gesamtbevölkerung - selbst auch weiter ausdifferenzieren und individualisieren wird. In der Folge werden sich die Unterschiede in den Lebensbedingungen vieler älterer Menschen mit Behinderung und älterer Menschen ohne Behinderung zwar nicht ganz aufheben, doch so weit reduzieren lassen, dass sie immer weiter an Bedeutung verlieren werden. Die Begründung liefern gesellschaftliche - für alle gültige - Rahmenbedingungen, anhand derer jeder Einzelne vermehrt die Chance hat, sein Alter individuell zu gestalten.

Unter diesen Bedingungen werden auch Menschen mit Behinderungen alt und älter werden. Damit sie ihr Alter weitgehend selbst gestalten können, werden sie und ihre Begleiter/innen lernen müssen, die *wie* sie es gestalten *möchten*. Die Nutzung und die Auseinandersetzung mit den Methoden und Erfahrungen aus der Altenhilfe sind ein Weg, sich dem Thema Alter(n) annähern zu können.

---

<sup>1</sup> In dieser Gruppe sind Menschen, die von Geburt an mit einer Behinderung leben und Menschen, die im Laufe ihres Lebens eine Behinderung erworben haben. Die vorliegende Arbeit ist vorwiegend auf die erste Gruppe ausgerichtet.



Aus dem Blickwinkel der Altenhilfe kann eine konvergierende Haltung ebenfalls großen Nutzen bringen: Die Gestaltung der Hausgemeinschaften und neuen Wohnformen sowie der Umbau der stationären Altenhilfe in kleinere Einheiten und Servicegemeinschaften kann durch die Kenntnisse, die in der Behindertenhilfe vorherrschen, untermauert werden.

Inwieweit und welchen Bereichen eine gerontologisch begründete Konvergenz zwischen Alten- und Behindertenhilfe sinnvoll und effizient ist und wie sich die einzelnen Personen und ihre Lebensstile darin abbilden können, soll im Rahmen dieser Arbeit geklärt werden.

Das **erste Kapitel** der Arbeit zeigt die *gesellschaftlichen Rahmenbedingungen des Alterns und Alters* auf. Darin werden die demografischen Rahmenbedingungen und ihre strukturellen Auswirkungen beschrieben und gezeigt, wie sich das Alter zu einer eigenständigen Lebensphase entwickeln konnte. Neben der Vorstellung dieser gesamtgesellschaftlichen Prozesse wird der Frage nachgegangen, ob die Zugehörigkeit zur älteren Generation sich stigmatisierend auswirken kann und auch, welche Bedeutung sie für die Zielgruppe älterer Menschen mit Behinderungen haben kann. Diese „neue“ Gruppe älterer Menschen wird ebenfalls im ersten Kapitel vorgestellt. Dabei wird anhand von verschiedenen Definitionen auch der Begriff der geistigen Behinderung näher betrachtet. Auf der Basis des Instruments „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) erfährt der Leser wie Beeinträchtigungen und Behinderungen einzuordnen und zu bewerten sind.

Im **zweiten Kapitel** werden die *Lebensbedingungen, Lebenswelten und Lebensstile im Alter* dargestellt und im Hinblick auf die Zielgruppen ältere Menschen und ältere Menschen mit Behinderungen / Beeinträchtigungen hin untersucht. Auf der Basis des Lebensweltkonzepts werden die Faktoren herausgearbeitet, die im Alter an Bedeutung gewinnen bzw. bedeutsam für ein gelingendes Alter(n) sind. Dazu gehören insbesondere die Wohnsituation, die Kontakte, die Lebensgeschichte, die Gesundheit, die Kompetenz, die zur Bewältigung des Alltags notwendig ist und auch die Faktoren, die dazu führen, ein zufriedenes Alter(n) zu erleben. Der Begriff der „Resilienz“ wird in diesem Zusammenhang gestellt und diskutiert.

Das **dritte Kapitel** befasst sich mit *handlungsleitenden Grundlagen in der Altenhilfe und Behindertenhilfe*. Neben der Vorstellung der Entwicklung der jeweiligen Leitbilder in beiden Bereichen werden der Empowerment-Ansatz für die Behindertenhilfe und der Personzentrierte Ansatz für die Altenhilfe explizit vorgestellt. Anhand der ausgewählten

Projekte „Unterstützter Ruhestand“ und „Demenz neu denken“ werden die beiden Ansätze auf ihre Einsatzfähigkeit in der Praxis hin untersucht, analysiert und diskutiert.

Das **vierte Kapitel** fragt nach den Optionen *für gerontologisch begründete Konvergenzen in der Altenhilfe und Behindertenhilfe*. In der kritischen Rückschau auf die Arbeit und vor dem Hintergrund des Lebensweltkonzepts werden die gewonnenen Erkenntnisse zusammengeführt und bewertet. Es werden Möglichkeiten einer gerontologischen Praxis diskutiert und Vorschläge erarbeitet, die Zugänge für beide der vorgestellten Zielgruppen bieten und eine person – und lebensweltorientierte Ausrichtung favorisieren.

Diese Arbeit kann nur einen kleinen Ausschnitt aus der Vielfalt des Alterns und der Lebenslagen im Alter beleuchten, doch scheint es mir in diesem Zusammenhang wichtig zu sein, darauf hinzuweisen, dass „ungefähr zwei Drittel der Studien auf eine mit dem Alter zunehmende Heterogenität hinweisen. Dies zeigte sich für eine Reihe von Merkmalen, darunter Indikatoren der körperlichen Funktionsfähigkeit (z.B. Gang), der geistigen Leistungsfähigkeit (z.B. Merkfähigkeit) sowie aus dem Bereich Selbst und Persönlichkeit (z.B. Selbstwert)“ (Schöllgen; Huxhold: 2009, S. 12). In diesen Studien zeigte sich bereits eine Vielfalt des Alter(n)s und der Stile: Während die sog. „jungen Alten“ bis zu einer Altersgrenze von ca. 80 Jahren eine besonders hohe Heterogenität aufweisen, ist die Gruppe der über 80jährigen „alten Alten“ eher von Funktionseinbußen betroffen und weist in dieser Hinsicht mehr homogene Merkmale auf.

In weiteren Studien konnte belegt werden, dass die Gleichförmigkeit des Alterns im höheren Alter in einem direkten Zusammenhang mit dem subjektiven Wohlbefinden steht und weniger mit dem chronologischen Alter zu tun hat (ebd.). Diese Aussage hat im Hinblick auf die Gruppen von Menschen mit Demenz und älteren Menschen mit Behinderungen eine besondere Relevanz: Wenn sich in den Jahren nach dem Wechsel in den Ruhestand die Lebenssituationen individualisieren und im höheren Alter eher die Tendenz zeigen, sich wieder anzugleichen, so müssen die Chancen auf ein möglichst weitgehend selbstbestimmtes Alter(n) für alle Menschen gleich sein. Die Möglichkeit, sein Alter(n) selbst gestalten zu können, ist eine der Grundlagen für Autonomie und Teilhabe im Alter.

In wissenschaftlicher Hinsicht ist seit den 1950er Jahren versucht worden, das Alter unter verschiedenen Blickwinkeln zu beforschen und konzeptionelle Ansätze für ein zufriedenes

Alter(n) zu entwickeln. Mehrheitlich gelten diese Konzepte heute zwar als überholt, doch wirken sie sich immer noch prägend auf die Altenhilfe aus. Die bekanntesten Vertreter der verschiedenen Richtungen werden in einem Exkurs in dieser Arbeit vorgestellt. Darunter befindet sich auch der Ansatz des „Erfolgreichen Alterns“, der ebenfalls aus den 1950er Jahren stammt, doch erstmals 1961 vorgestellt wurde und bis heute beforscht und weiterentwickelt wird. Die Verbreitung im deutschen Sprachraum ist namentlich mit den Psychologen Paul Baltes und Margret Baltes verknüpft. Das Konzept selbst bietet eine Strategie, die zur Gestaltung des Alters eingesetzt werden kann und die auf Effizienz setzt – nicht im Hinblick auf eine ökonomische Gewinnsteigerung, sondern in ganz persönlicher Hinsicht.

Diese Sichtweise haben wir ebenfalls im Blick gehabt als wir die beiden Projekte „Unterstützter Ruhestand“ und „Den Ruhestand gestalten lernen“ entworfen und durchgeführt haben. In diesem Zusammenhang war es wichtig, zu erfahren, was ältere Menschen mit Behinderungen und ihre Begleiter selbst denken, wenn man sie zum Thema Alter befragt. Dabei ist klar geworden, dass es noch sehr viel zu bereden, aber auch zu beforschen gibt, denn ältere Menschen mit Behinderungen haben nicht nur Vorstellungen vom Alter(n), sondern auch viele Wünsche und Pläne. Sie bei der Artikulation, Formulierung und der Umsetzung ihrer Aktivitäten im Rahmen ihrer eigenen Möglichkeiten zu unterstützen, wird eine der Aufgaben der nächsten Jahre sein. Ebenso ist es dazu notwendig, Menschen, die mit ihnen in Kontakt stehen bzw. die sie bei ihrem Vorhaben begleiten können, zu finden und zusammenzubringen. Auch kann es sinnvoll sein, die Methoden und Vorgehensweisen der Altenhilfe zu adaptieren und ggf. zu modifizieren. In der Altenhilfe kann es ebenso sinnvoll sein, nicht nur Methoden aus der Behindertenhilfe kennen zu lernen, sondern auch Menschen zusammenzubringen und auf Erfahrungen zu setzen und daraus zu lernen. Insbesondere die Einrichtung von neuen Wohnformen machen neue Formen des In-Kontakt-Tretens und der Ansprache untereinander sowie der Begleitung erforderlich.

In beiderlei Hinsicht ist der Aufbau von interdisziplinären Teams sicherlich ratsam, doch als reines Expertentum zu vermeiden, denn die Experten sind die alten Menschen selbst: sie wissen vom und um das Alter(n) mehr als jeder andere Begleiter. Dennoch sollte es auch noch Menschen geben, die sich freiwillig für andere engagieren wollen und ihre Ideen, Tatkraft und Energie in die Prozesse des Alter(n)s mit einfließen lassen. Die Einbeziehung von bürgerschaftlich interessierten und engagierten Menschen wird für Menschen mit

Beeinträchtigungen immer wichtiger werden, denn – neben der Freude über einen persönlichen und ganz eigenen Kontakt – erschließen und sichern ihnen diese Menschen Optionen der gesellschaftlichen Teilhabe.

Ich hoffe, dass diese Arbeit die Akzeptanz für ältere Menschen mit Behinderungen und Menschen mit Demenz verbessern, die Leitidee einer inklusiven und solidarischen Gesellschaft vertiefen kann und einen kleinen Beitrag dazu leistet, Menschen einander näher zu bringen.

## 1 Gesellschaftliche Aspekte des Alter(n)s

In naher Zukunft werden viele Menschen ein Alter erreichen, das weit über dem Lebensalter vorheriger Generationen liegt. 90 Jahre<sup>2</sup> und noch älter zu werden, wird keine Seltenheit mehr sein. Statistische Berechnungen prognostizieren eine stetige Zunahme der Anzahl älterer Menschen in den nächsten Jahrzehnten (Statistisches Bundesamt: 2003, S. 13 - 20; BMFSJF: 2002, S. 56f). Eine Folge dieses demografischen Wandels wird eine Gesellschaft sein, die zu einem großen Teil von älteren Menschen bestimmt sein wird. Die Gruppe älterer Menschen wird sich in dieser Hinsicht in ihren Lebensstilen und -formen immer weiter ausdifferenzieren. In zunehmendem Maße werden auch ältere Menschen mit Behinderungen Teil dieser Gesamtgruppe werden – zumal sie sich nicht nur der Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung angleichen, sondern im hohen und höchsten Alter auch dieselben Risiken zu erwarten haben und möglichst in der eigenen Wohnung alt werden wollen.

Danach werden ältere Menschen und ältere Menschen mit Behinderungen zwar Tür an Tür wohnen, doch aus zwei verschiedenen Systemen - nämlich dem der Altenhilfe und dem der Behindertenhilfe - heraus begleitet, gepflegt oder betreut werden. Macht diese systemimmanente Versorgung und Betreuung Sinn oder ist es notwendig, die Leistungen und Angebote im Einzelnen zu überprüfen, zu differenzieren und passgenau aufeinander abzustimmen bzw. zu vernetzen? Die Frage gründet in der Annahme, dass die Bedarfe älterer Menschen und älterer Menschen mit Behinderungen im Alter annähernd gleich sind, so dass die Anbieter / Dienstleister zukünftig (und mehr als bisher) unter derselben Prämisse - der Verbesserung/ Sicherung der Lebensqualität der Zielgruppen - arbeiten. Ihrem Schwerpunkt nach werden durch die Angebote drei verschiedene Perspektiven berücksichtigt:

- die gesellschaftliche Ebene, auf der die Themen und Probleme älterer Menschen öffentlich gemacht und in den Fokus der Allgemeinheit gerückt werden,
- die institutionelle Ebene, auf der passgenaue Versorgungsstrukturen durch Dienste und Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden,
- die individuelle Ebene, auf der die Teilnehmer entscheiden lernen, welche Angebote sie in Anspruch nehmen wollen und können.

Was müssen also die Organisationen und Mitarbeiter beider Systeme, voneinander lernen, so dass Angebote und Dienstleistungen bereitgestellt werden können, die den Bedarfen jedes einzelnen alten Menschen gerecht werden können? Welche Konzepte sind dabei hilfreich und

---

<sup>2</sup> 4% der Bevölkerung sind derzeit über 80 Jahre alt, im Jahr 2050 werden es 12% sein (BMFSFJ: 2001, S. 14)

umsetzbar? Unter welchen Prämissen lassen sich innovative Veränderungen für alte Menschen durch das Zusammenwirken beider Systeme herbeiführen? Was müssen ältere Menschen selbst lernen, um die Angebote und Dienstleistungen bedarfs- und bedürfnisgerecht in Anspruch nehmen zu können?

In diesem Zusammenhang ist es notwendig, zunächst einmal einen Blick auf die gesellschaftlichen Strukturen und die Lebenslagen von älteren Menschen zu werfen, um zu verstehen, wie Menschen im Alter eigentlich leben, welche Themen im Alter für sie wichtig werden und welche Bedarfe sich möglicherweise daraus ergeben können.

### **1.1. Altern: demografische und strukturelle Entwicklungen**

Den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes zufolge wird die relative Anzahl älterer Menschen bereits in naher Zukunft<sup>3</sup> stetig ansteigen. Dieser weltweite Trend gilt als Folge verbesserter Bedingungen und „der Fortschritte im Gesundheitswesen, Hygiene, Ernährung, Wohnsituation und Arbeitsbedingungen sowie des gestiegenen materiellen Wohlstands“ (Statistisches Bundesamt: 2003, S. 13ff). In der Konsequenz kommt es zu einer Absenkung der Sterblichkeitsrate und einer deutlich erhöhten Lebenserwartung.

Zugleich ist die Geburtenrate noch zu keiner Zeit so niedrig gewesen wie heute. Legt man zu weiteren Berechnungen eine konstante Geburtenhäufigkeit von 1,4 Kindern pro Frau zu Grunde und eine Lebenserwartung von 81,1 Jahren für Jungen und 86,6 Jahren für Frauen im Jahr 2050, so werden sich die Folgen auch in den Bevölkerungszahlen niederschlagen. Leben heute rund 82,5 Millionen Menschen in der Bundesrepublik Deutschland, so werden es im Jahr 2050 7,5 Millionen weniger sein (vgl. Statistisches Bundesamt: Juni 2003, S. 1). Die Ursache für diesen langfristigen rein zahlenmäßigen Rückgang liegt in der Tatsache, dass „in Deutschland - wie schon seit 30 Jahren - auch in den nächsten fünf Jahrzehnten stets mehr Menschen sterben werden, als Kinder zur Welt kommen“ (ebd.). Diese Entwicklung wird auch intergenerativ nicht ohne Folgen bleiben: das Verhältnis zwischen Alt und Jung wird sich drastisch verschieben, denn „im Jahr 2050 wird (...) die Hälfte der Bevölkerung älter als 48 Jahre und ein Drittel 60 Jahre oder älter sein“ (ebd., S. 1). Demnach „nimmt die Prägung der Gesellschaft durch Senioren also erheblich zu und es sind tief greifende Auswirkungen

---

<sup>3</sup> Diese Zahlen beziehen sich auf Vorausberechnungen bis zum Jahr 2050

auf alle gesellschaftlichen Bereiche zu erwarten – in Politik, Wirtschaft, Familie, Kultur“ (Scharfenorth: 2005, S. 19).

Berechnet man den sog. Altenquotienten<sup>4</sup> auf der Grundlage eines durchschnittlichen Renteneintrittsalters von 60 Jahren, so bedeutet dies, dass er sich von 44 im Jahr 2001 auf 78 im Jahr 2050 erhöhen wird. Statistisch gesehen würden somit auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter unter 60 Jahren 78 Rentner/innen kommen. Dabei ist leicht vorstellbar, dass diese Entwicklung gewaltige sozialpolitische Auswirkungen haben wird. Doch der sogenannte „Demografische Faktor“ ist kein Naturereignis, sondern ein Prozess, der nicht nur vorhersehbar ist, sondern den es sowohl individuell als auch gesellschaftlich zu gestalten gilt (vgl. Zander: 2005, S. 13). Die Lösung, das Renteneintrittsalter auf 67 Jahre festzulegen, dient zwar der Absenkung des Quotienten auf 47,4 im Jahr 2050, doch greift diese Maßnahme lediglich quantitativ. Die (Über-)Alterung der Gesellschaft ist nicht mehr aufzuhalten. Innerhalb der nächsten Jahre wird sie zum zentralen gesellschaftspolitischen Thema werden, insbesondere dann, wenn sich der Quotient zwischen den Jahren 2020 und 2030 rasant beschleunigt und doppelt so schnell ansteigt wie in den Jahrzehnten davor (Statistisches Bundesamt: 2003, S. 32). Im Jahr 2020 werden 39% der Erwerbstätigen zwischen 50 und 64 Jahre alt sein und die stärkste Gruppe der arbeitenden Bevölkerung bilden. Dies widerspricht in vielfacher Hinsicht der derzeit noch gängigen Praxis vieler Unternehmen ihre Mitarbeiter bereits mit 57 Jahren in den Vorruhestand zu versetzen, um sie letztlich mit 60 Jahren ganz aus dem Unternehmen zu entlassen.

Auf der Basis der Berechnungen des Statistischen Bundesamtes verwundert der Beschluss der Anhebung des Renteneintrittsalters durch die Bundesregierung nicht: Denn bliebe die bisherige Altersgrenze bestehen, so würde durch die Beschleunigung des Alterungsprozesses der Altenquotient zwischen 2020 und 2030 sprunghaft von 55 auf 71 ansteigen (2040: 73 und 2050: 78). Diese Entwicklungen würden nicht nur die sozialen Sicherungssysteme extrem belasten (ebd., S. 31ff), sondern auch drastische Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt haben. Eine Folge wird sein, dass sich die Arbeitswelt in Zukunft vermehrt auf ältere Arbeitnehmer einstellen muss – allerdings besteht damit auch die Chance, dass die Ressourcen der Mitarbeiter langfristiger zur Verfügung stehen und / oder über einen längeren Zeitraum

---

<sup>4</sup> Der Quotient gibt das Verhältnis der Anzahl älteren Menschen zur Anzahl jüngerer Menschen in einer Gesellschaft an. Es ist ein statistischer Wert, der sich aus dem Verhältnis von 100 Erwerbstätigen zu X Rentnern ergibt (BMFSFJ: 2002, S. 55). Beispielsweise lag dieser Quotient 1957 bei 17 und im Jahr 2005 bei 32, d.h. im Jahr 1957 kamen auf 100 erwerbstätige Menschen 17 Rentner, im Jahr 2005 waren es bereits 32 Rentner. Siehe dazu auch: <http://de.wikipedia.org/wiki/Altenquotient> (Zugriff: 19.01.2009)

transferiert werden können (bspw. durch Projektarbeit mit jüngeren Arbeitnehmern, Patenschaftskonzepte).

Daneben ist aufgrund der höheren und weiter ansteigenden Lebenserwartung als drittes Phänomen eine drastische Zunahme hochaltriger - möglicherweise pflegebedürftiger - Menschen zu erwarten. Relativ verändern sich damit auch die Anteile zwischen den Generationen, wenn der Anteil älterer Menschen überproportional zum Anteil jüngerer Menschen ansteigt. Hans Peter Tews bezeichnet diese Entwicklung als "Dreifaches Altern" und meint damit "...dass mehr alte Menschen im Verhältnis zu weniger werdenden Jüngeren noch immer etwas älter werden. Dies hängt von der Entwicklung der Lebenserwartung ab" (Tews: 1993, S. 17) und lässt den Anteil der Hochbetagten von derzeit 3,9% zukünftig auf 12% ansteigen.

Es ist also durchaus möglich, dass ein Mensch nach dem Eintritt in den Ruhestand 40 Jahre seines Lebens „alt“ ist. Da die Individualisierung der Alternsprozesse und damit auch die Binnendifferenzierung in der Gruppe älterer Menschen weiter fortschreiten wird, werden vielleicht künftig nur noch diejenigen als wirklich „alt“ bezeichnet werden, die auf die Unterstützung durch Dritte angewiesen sind. Die Bezeichnungen der „jungen Alten“ und „alten Alten“ werden vermutlich immer weniger Bestand haben.

Die Bedeutung der Lebensphase „Alter“ wird sich jedoch nicht allein an der Anzahl älterer Menschen ausrichten, sondern auch daran, dass ältere Menschen die Entwicklungen in der Gesellschaft in den nächsten Jahrzehnte – auch inhaltlich - entscheidend mit beeinflussen. Ältere Menschen werden nicht nur als Wähler an politischen Einfluss gewinnen werden, sondern auch eine bedeutende Rolle als Konsumenten und Erblässern einnehmen werden. Viele von ihnen konnten im Verlauf ihres Lebens kontinuierlich beständige Vermögenswerte aufbauen, die sie an die folgende Generation vererben können. Die „lebenslange Wohlstandskumulation“ (ebd.) dieser Generation wird nicht nur rein zahlen- und wertmäßig ins Gewicht fallen, sondern auf immer weniger Erben zu verteilen sein (vgl. Tews: 1993, S. 21).

Dabei ist davon auszugehen, dass sich auch das Verhältnis zu jüngeren Menschen verändern wird. Mit Blick auf sinkende Geburtenraten, später Einstieg in die Berufstätigkeit und eine relativ kurze Zeit der Erwerbstätigkeit in der Gruppe jüngerer Menschen werden Probleme



deutlich, die sich letztlich nicht nur auf den „demografischen Faktor“ reduzieren lassen. „Die Veränderung der gesellschaftlichen Strukturen sind somit auf Veränderungen bei den Alten und bei den Jungen zurückzuführen. Die zunehmende „Altenlast“ ist damit nicht allgemein den Alten und ihrer Zunahme anzulasten...“ (Tews:1993, S. 20).

Und schließlich werden auch die Zu- und Abwanderungsbewegungen in Deutschland als Faktoren zur Berechnung der Bevölkerungsentwicklung herangezogen werden müssen. Die Grundlage der Berechnungen bilden die drei Annahmen zum sog. Wanderungssaldo, dessen Höhe und Verlauf vorrangig durch die Wanderungen nicht deutscher Personen bestimmt wird. Das Statistische Bundesamt spricht sich in seinen Prognosen von Wanderungsüberschüssen von 100.000 (Annahme 1) und 200.000 (Annahme 2) Personen ab dem Jahr 2003 aus. In Zukunft sind möglicherweise höhere Salden zu erwarten, so dass ab 2011 von 300.000 Personen ausgegangen werden kann. Das Statistische Bundesamt betont jedoch, dass derartige Berechnungen lediglich Modellcharakter haben können, „weil die Entwicklung der genannten Bestimmungsgrößen mit zunehmendem Abstand vom Basiszeitpunkt 31.12.2001 immer unsicherer wird“ (Statistisches Bundesamt: Juni 2003, S. 21). Dennoch ist festzuhalten, dass die zuziehenden Personen aus dem Ausland in der Regel jünger sind als diejenigen, die das Land verlassen, so dass sich in Deutschland ein „Verjüngungseffekt“ in Bezug auf die Altersstruktur in der Gesamtbevölkerung ergeben könnte (Statistisches Bundesamt: 2003, S. 22f). In diesem Zusammenhang wird von „Sockelwanderung“ gesprochen. Letztlich werden die Zuwanderer den Alterungsprozess in Deutschland zwar nicht verhindern, doch zu seiner Verlangsamung beitragen können.

### **Demografische Entwicklung der Lebenszeit von Menschen mit Behinderungen**

Gesprochen wird hier von einer Gruppe von älteren Menschen, die „in ihrer Entwicklung nicht optimal gefördert wurde, in vielen Fällen als Generation schon früh vernichtet wurde“ (Haveman; Stöppler: 2004, S. 20) und die nun zum ersten Male in der menschlichen Geschichte die Chance hat, alt zu werden, weil sich ihre Lebenserwartung der nicht-behinderter Menschen angleicht (vgl. Tews: 2001, S. 12). Auf der Basis einer verbesserten Gesundheitsversorgung, Förderung und Begleitung vollzieht sich dieser Prozess mittlerweile annähernd analog der demografischen Entwicklung in der Gesamtbevölkerung. In Abhängigkeit der jeweiligen individuellen Lebensumstände / -stile und -bedingungen kann derzeit – nach einer Untersuchung von Janicki – davon ausgegangen werden, dass Menschen

mit Behinderungen ein mittleres Sterbealter von ca. 70 Jahren erreichen. Menschen mit Down-Syndrom starben im Durchschnitt 10 Jahre früher (Janicki. In: Haveman; Stöppler: 2004, S. 22f).

Mit 14,2 % ist der Anteil der über 65jährigen im Jahr 1998 in den Einrichtungen der Behindertenhilfe zwar noch relativ gering, doch schon bald wird ihre Zahl kontinuierlich ansteigen und innerhalb der nächsten Jahr(zehnt)e die 25 - 30% Marke erreichen. Im europäischen Raum wurden bereits deutliche Zuwachsraten älterer Menschen mit Behinderungen erkennbar. Für Deutschland werden diese erst in den nächsten zwei Jahrzehnten erwartet (vgl. Abb.1, Haveman; Stöppler: 2004, S. 20). Allerdings lassen sich keine gesicherten Angabe über die Anzahl von älteren Menschen mit langjährigen Behinderungen machen, da explizite Statistiken fehlen. Das Statistische Bundesamt gibt lediglich eine Gesamtzahl von 4 Millionen Menschen mit Behinderungen an, die über 60 Jahre alt sind. Weitere Daten belegen, dass über 1 Million Menschen unter cerebralen, geistigen oder psychischen Behinderungen leiden. Rund ein Drittel (312 146) davon sind angeborene Beeinträchtigungen (vgl. Stat. Bundesamt: 2004).

Unter Zuhilfenahme der Prävalenzrate der Länder Schweden und Dänemark von 0,43% wurde für die Bundesrepublik Deutschland eine ähnliche Anzahl älterer Menschen mit geistigen Behinderungen angenommen. Danach „leben (...) schätzungsweise 353.000 Menschen mit geistiger Behinderung“ in Deutschland (Havemann; Stöppler: 2004, S. 21).

Darüber hinaus konnte in den vergangenen Jahren festgestellt werden, dass die Anzahl der über 50jährigen Menschen mit geistiger Behinderung langsam, aber kontinuierlich ansteigt. Diese Angabe stimmt auch in etwa mit den Daten des Statistischen Bundesamtes überein (Statistisches Bundesamt: 2004). Zwei Untersuchungen in den Nachbarländern Niederlande und Schweiz ergaben im Zeitraum von 15 Jahren 20 - 30%ige Zuwachsraten von älteren Menschen mit geistigen Behinderungen über 65 Jahre (Haveman, Stöppler: 2004, S. 21). Den demografischen Entwicklungen in der Gesamtbevölkerung folgend, wird sich ihre Anzahl in der Bundesrepublik Deutschland ebenfalls in den nächsten zwei Jahrzehnten ebenfalls deutlich erhöhen.

## **1.2. Die Entwicklung des Alters als eigenständige Lebensphase**

Der Beginn der Lebensphase „Alter“ ist für die Mehrzahl der Menschen durch den Wechsel in den Ruhestand gekennzeichnet. Sozialstaatlich kristallisierte sich diese Statuspassage erstmalig durch die Einführung der Rentenversicherung der Bismarckschen Regierung zum Ende des 19. Jahrhunderts heraus. Im Verlauf des 20. Jahrhunderts entwickelte sich die Zeit nach dem Eintritt in den Ruhestand zu einer eigenständigen Lebensphase. „Seine heutige Bedeutsamkeit konnte das Alter erst durch die ausreichende finanzielle Absicherung und die völlige Abkehr von verpflichtender Erwerbsarbeit erlangen“ (Backes, Clemens: 1998: S.13f). Auf der einen Seite wird mit dem Eintritt in den Ruhestand eine spezifische Verbindung des Einzelnen mit der Gesellschaft und den Institutionen hergestellt (Makroperspektive) und auf der anderen Seite verlangt diese Statuspassage von jedem Einzelnen die subjektive Bewältigung in seinem jeweiligen sozialen Umfeld (Mikroperspektive).

Mit Blick auf heutige beruflichen Laufbahnen ist jedoch zu verzeichnen, dass diese zunehmend häufiger als „diskontinuierliche Erwerbsbiografien“ (ebd.) zu bezeichnen sind, da sie flexibler, dynamischer, wechselhafter, aber auch brüchiger geworden sind als in früheren Zeiten. Der zeitliche Beginn der Lebensphase „Alter“ durch den Eintritt in den Ruhestand ist somit nicht mehr präzise zu definieren.

Mittlerweile haben sich in der Lebensphase „Alter“ vielfältige Lebensstile entwickelt, die zum großen Teil auch typische (Gruppen-)Profile erkennen lassen. Soziologisch bietet sich deshalb der Begriff „Kohorte“ (hier: Alterskohorte) an, der die Individuen in bestimmten Zeitspannen und speziellen Entwicklungsverläufen in ihren jeweiligen gesellschaftlichen Bezügen beschreibt. Dieser Begriff vereinigt äußere Einflüsse und Ereignisse ebenso wie spezifische Mentalitäten der Individuen und er berücksichtigt ebenfalls, „dass eine Kohorte von annähernd zur gleichen Zeit Geborenen auch zusammen altert, und in diesem Prozess am historisch-sozialen Profil der Jahre, die sie gemeinsam durchlaufen, wenn auch verschiedener Weise, teilgenommen haben“ (Hörl, Rosenmayr: 1994, S. 80). So verstanden, ermöglicht der Begriff nicht nur Vergleiche zwischen Gruppen, sondern kann darüber hinaus Bezüge innerhalb der Gruppen herstellen und somit zur Überprüfung verschiedener Hypothesen herangezogen werden, um bestimmte Parameter einer Kohorte wie beispielsweise Moral, Verhalten, Einstellungen und die Stile verschiedener Untergruppen beschreiben und untersuchen zu können. „Vorausschauend müssen wir also mit verschiedenen Kohorten von alten Menschen rechnen, die in jeweils verschieden akzentuierten Produktions- und

Konsumationsprozessen leben, die jeweils von bestimmten Ideen, von politischen Richtungen und Auseinandersetzungen geprägt sind, welche sich in längeren oder kürzeren Zeitabläufen wesentlich verändern“ (ebd.).

Trotz aller Differenz weisen die Gruppen innerhalb einer Alterskohorte eine gemeinsame Geschichte auf, die sich an den gesellschaftlichen, politischen, kulturellen und ökonomischen Bedingungen in ihrem Zeitalter festmachen. Unterschiede gibt es hinsichtlich der Bildungsgeschichten, beruflicher Chancen und sozialer Positionen, die sich innerhalb der Alterskohorte, aber auch in den Untergruppen interindividuell verteilen. Diese lebensgeschichtlichen Merkmale wirken bis ins Alter hinein: beispielsweise bieten sich durch eine benachteiligte Bildungsgeschichte häufig auch schlechtere Chancen im Beruf: Der Aufbau eines finanziellen Polsters für spätere Lebenszeiten kann damit erschwert sein. Personen mit einem hohen sozialen Status hingegen haben häufig verbesserte Aufstiegsmöglichkeiten bei der Besetzung von Positionen und verbesserte Aussichten auf eine gute Rente. Somit ist die „Lebensphase Alter (...) allgemein als Ergebnis gesellschaftlicher Dynamik und Entwicklungsgeschichte zu verstehen. Ihre soziale Differenzierung entwickelte sich zeitbezogen, klassen- und geschlechtsspezifisch“ (Backes, Clemens: 1998, S. 16).

Es ist zu vermuten, dass sich in Zukunft 1. eine ausgeprägte kulturelle, soziale, geschlechtsspezifische und materielle Differenzierungen in der Gruppe älterer Menschen ergeben wird und 2. sich die Gruppe älterer Menschen mit Behinderungen - analog der Gruppe älterer Menschen in der Gesamtbevölkerung - selbst auch weiter ausdifferenzieren und individualisieren wird. Diesbezüglich werden nicht nur gerontologische Erkenntnisse, typische Merkmale und Entwicklungen des Alter(n)s an Bedeutung gewinnen, sondern die Lebenswelt älterer Menschen und „das funktionale Alter (werden) für eine genauere Bestimmung der Verortung einzelner im Alter entscheidend“ (Backes, Clemens: 1998, S. 107) sein.

Durch ihren Wechsel in den Ruhestand wird es somit auch für ältere Menschen mit Behinderungen notwendig, sich mit der Situation im Alter auseinander zu setzen, zufriedenstellende Aufgaben und Anforderungen sowie neue soziale Rollen zu finden, diese für sich zu definieren und einen Lebensstil zu entwickeln, der ihren Bedürfnissen entspricht.

### **1.3. Ausgewählte Strukturmerkmale des Alters**

Der demografische Wandel bedingt „die Verlängerung der Phase ‚normalen‘ Alterns – der Phase selbstständigen, unabhängigen, kompetenten, vergleichsweise noch gesunden, zumindest aber weitgehend krankheitsunabhängigen Lebens“ (Tews: 1993, S. 38) und eine „Veränderung der Bedeutung ‚kritischer Lebensereignisse‘“ (ebd.). Als kritische Lebensereignisse werden solche Ereignisse bezeichnet, die gesellschaftliche und individuelle Effekte nach sich ziehen wie beispielsweise Tod des Lebenspartners, Pflegebedürftigkeit, Immobilität, institutionelle Pflege, Sterben und Tod (ebd.). Diesbezüglich sind viele ältere Menschen mit Behinderungen, die seit Jahren in einer Einrichtung leben, in der vorteilhaften Lage, diese Anpassung an einige der o. g. kritischen Lebensereignisse bereits vollzogen zu haben: viele von ihnen haben ihren Platz in der Einrichtung gefunden und sind vergleichsweise zufrieden mit ihrer Lebenssituation (Wacker: 2001, S. 69).

In gesellschaftlicher Hinsicht hat sich außerdem gezeigt, dass Veränderungsprozesse hoch mit dem Faktor „Alter“ korrelieren (Tews:1971, 1979, 1993, 1996) und somit ebenfalls Auswirkungen auf andere öffentliche Bereiche haben. „Stimmt diese These von der zunehmenden Beeinflussung gesellschaftlicher Entwicklung durch das Alter, dann wird Alter allein gesellschaftlich-strukturell zu betrachten zunehmend ungenügend“ (Tews: 1993, S. 21), denn die Veränderungen werden dazu führen, dass „Umstrukturierungen in Wirtschaft und Gesellschaft nicht zu umgehen sein werden“ (BMFSFJ: 2002, S. 19). Es wird daher immer wichtiger werden, auch qualitative Veränderungen in den Lebensbezügen älterer Menschen zu untersuchen, die auch andere Altersgruppen betreffen. Einen Zugang können Konzepte mit „aufschließendem Charakter“ (Tews: 1993, S. 23) liefern, die die Analyse bereits ablaufender bzw. noch zu erwartender Entwicklungen beschreiben, systematisieren und bewerten können. Hierin spiegelt sich nicht nur der jeweilige Zeitgeist, sondern es können auch die Themen zu Tage treten, die in den jeweiligen Altersgruppen von Bedeutung sind.

Die Untersuchung und Beschreibung der Strukturmerkmale „Ruhestand“, „Singularisierung“, „Hochaltrigkeit“ und „Feminisierung“ so wie die Betrachtung des Alterns als Prozess bieten Ansatzpunkte aus verschiedenen Blickwinkeln zu einer Neu-Bewertung der Menschen und ihrer Lebenssituationen im Alter zu gelangen.

## **Ruhestand**

In der heutigen Gesellschaft ist die Lebensphase „Alter“ weitgehend durch Berufsfreiheit geprägt. Von den über 65jährigen Erwerbstätigen sind es häufig nur noch die selbstständig oder freiberuflich Tätigen, die ihrer Arbeit weiter nachgehen. 1/3 der erwerbstätigen Männer, die das 55. Lebensjahr überschritten haben, scheidet bereits zu diesem Zeitpunkt aus dem Berufsleben aus. Die Hälfte der verbliebenen Männer gibt ihre Berufstätigkeit dann zum 60. Lebensjahr auf: Ausgehend von der Höchstquote der männlichen Beschäftigten, die sich zwischen dem 35. und 40. Lebensjahr (N = 2.351 494) in Deutschland findet, sind lediglich 21% von ihnen nach dem 60. Lebensjahr weiterhin beruflich tätig (Statistisches Bundesamt: 2005, Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte). Der Trend, möglichst früh aus dem Berufsleben auszusteigen, ist bei den Frauen noch verstärkt: die höchste Erwerbsquote findet sich zwischen dem 40. und 45. Lebensjahr (N = 1.845 795). Nach dem 55. Lebensjahr sind weniger als die Hälfte der Frauen erwerbstätig, nach dem 60. Lebensjahr reduziert sich die Anzahl auf 2%, die weiterhin berufstätig sind. In der Regel wechseln Frauen ca. 5 Jahre früher in den Ruhestand als ihre männlichen Kollegen. Der Grund dafür liegt häufig in der Synchronisierung des Wechsels in den Ruhestand beider Ehepartner. Auch eine Heraufsetzung der Altersgrenze wird diese Trends nicht brechen können. Wer als älterer Arbeitnehmer arbeitspolitisch und betrieblich nicht mehr gebraucht wird, wird sich eher mit Abschlüssen in den Bezügen arrangieren als länger zu arbeiten, wenn dies für ihn finanziell irgendwie leistbar ist. Die häufiger werdenden Rentenansprüche der Frauen werden sich bei der Finanzierung des Ruhestands als hilfreich erweisen (vgl. Tews: 1993, S. 27).

Dabei fällt der Wechsel in den Ruhestand längst nicht mehr mit der Selbsteinschätzung „alt“ zusammen, sondern gilt als neue Herausforderung, sich noch einmal neu zu orientieren. „Die alten Soziologen-Floskeln von der gesellschaftlichen Ausgliederung durch die Berufsaufgabe sind fragwürdig geworden. Zum „alten Eisen“ gehört man als älterer Arbeitnehmer, doch nachdem man die alt machende Berufssphäre verlassen hat“ (Tews: 1993, S. 27) gibt es „keinen Hinweis darauf, dass der Übergang in den Vorruhestand dazu führt, sich „alt“ zu fühlen oder zum „alten Eisen“ zu zählen – im Gegenteil...“ (Kohli: 1988, S. 115). Der Anspruch älterer Menschen auf Partizipation im öffentlichen Raum ist bereits heute stärker geworden und wird auch weiterhin stärker werden. Ältere Menschen werden vermehrt in nicht beruflichen Rollen, beispielsweise als bürgerschaftlich engagierte Bürger, Großeltern, in politischen Debatten u.a. präsent sein. Die Bundesregierung hat diesen Anspruch aufgenommen und sieht sich diesbezüglich in der Pflicht, ein neues Leitbild in der

Gesellschaft zu verankern: „Sie unterstützt die Ansicht (...), dass ältere Menschen viel stärker als aktive und kompetente Bürger und Bürgerinnen angesprochen werden müssen. Sie begrüßt das (...) vermittelte revidierte Altersbild als hilfreiche Basis für die Weiterentwicklung und Gestaltung der Altenpolitik“ (BMFSJF: 2006, S. 5). Die sich daraus ergebenden Chancen, bergen nicht nur Möglichkeiten und Wachstum in sozialen und ökonomischen Bereichen, sondern auf allen gesellschaftlichen Ebenen, denn die „Altersforschung hat seit langer Zeit unflexible und zu frühe Übergänge in die nachberufliche Phase des Lebens im Lichte ihrer Befunde zur Leistungsfähigkeit des älteren Arbeitnehmers und des älteren Menschen insgesamt als Vulnerabilisierung des älteren Menschen verstanden und diesen Prozess sogar als Verschwendung gesellschaftlichen Kompetenzpotentials kritisiert“ (Schulz-Nieswandt: 2006, S. 157).

Ein weiterer – sich negativ auswirkender - Aspekt ist die Verbindung der gültigen Vorruhestand- und Übergangsregelungen mit den längsten Bildungs- und Ausbildungszeiten in der Geschichte. Die demzufolge späteren Einstiege ins Berufsleben erwirken zusammen mit einem vorzeitigen Ausstieg aus dem Berufsleben nicht nur eine Verkürzung der Erwerbsphase, sondern ziehen auch problematische sozialpolitische Entwicklungen nach sich. Eine weitere negative Auswirkung trifft insbesondere die jüngeren Arbeitnehmer: durch die „Verjüngung“ der Betriebe, müssen sie nicht nur auf die Erfahrungen und das Wissen älterer Arbeitnehmer verzichten, sondern darüber hinaus auch deren Ruhestand finanzieren.

Für Menschen mit Behinderungen, die in einer WfbM<sup>5</sup> beschäftigt sind, hat der Arbeitsplatz häufig eine noch höhere Bedeutung als für Menschen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt: Er ist nicht nur der Ort an dem sie arbeiten, Orientierung und Struktur erfahren, sondern auch Dreh- und Angelpunkt für soziale Kontakte. Beim Übergang in den Ruhestand fehlen ihnen nicht nur die täglichen Kontakte, sondern sie verlieren auch ihre gewohnte Tagesstruktur. „Das „Recht auf Ruhestand“ kehrt sich um in eine ‚Pflicht zum Ruhestand‘“ (MfAGS: 1995, S. 23). In einer Untersuchung von Skiba (2006, S. 177) konnte dieser Trend bestätigt werden: Menschen mit Behinderungen wechseln in der Regel später in den Ruhestand als Menschen, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sind. „Angesichts dessen, dass Menschen mit geistiger Behinderung meist an ihrem Arbeitsplatz gerne festhalten und stolz darauf sind, in einem Beschäftigungsverhältnis zu stehen, darf dies durchaus als Qualitätsmerkmal der Arbeitsverhältnisse für Menschen mit geistiger Behinderung verstanden werden“ (ebd.).

---

<sup>5</sup> Werkstatt für behinderte Menschen

Beim Übergang in den Ruhestand stellen sich ihnen dann zwar dieselben Anforderungen wie anderen Menschen, doch verfügen sie häufig über keine geeigneten Bewältigungsstrategien und sind wenig vorbereitet auf die Zeit nach dem Eintritt in den Ruhestand, um das potentielle Risiko der Vereinsamung abwenden und das Alter weitgehend eigenaktiv gestalten zu können (Wacker: 2004, S. 8ff)

Allerdings steht Menschen mit Behinderungen eine weitere Möglichkeit zur Verfügung, frühzeitig aus dem Berufsleben auszuschneiden: Nach einer 20jährigen Tätigkeit in einer WfbM haben sie einen Anspruch auf eine Erwerbsunfähigkeitsrente nach § 112 SGB IX erworben, den sie vor dem gesetzlichen Rentenversicherungsträger geltend machen können. „Im Gegensatz zu anderen Erwerbstätigen könnten Menschen mit lebenslanger Behinderung in der Regel aber keine anderen Vorsorgen treffen. Daher stehen ihnen im Alter meist nur finanzielle Ressourcen in einem Umfang zur Verfügung, der für eine eigenständige Lebensführung nicht ausreicht“ (Wacker: 2004, S. 10).

### **Singularisierung**

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Familien- und Lebensformen in der Gesellschaft verändert: Singularisierung entspricht dem Stil der Zeit. Die Zeiten, in denen ältere Menschen naturgemäß in einer Mehrgenerationenfamilie alt werden konnten, sind vorbei. Veränderte Formen des Zusammenlebens, das sogenannte "Single -Dasein", Scheidungen und Trennungen lassen die Zahl der Zwei- oder Ein- Personen-Haushalte ansteigen. Die Ausläufer dieser Veränderungen machen sich bereits auch in der Gruppe älterer Menschen bemerkbar als „stark wachsende Anteile von mit den Ehe-Partnern zusammenlebenden Älteren und hochaltrigen Alleinlebenden“ (Tews: 1993, S. 30). Heute leben 60% der über 80jährigen allein oder mit dem Partner zusammen. Dieser Trend wird sich - nicht zuletzt durch den Ausbau ambulanter Dienstleistungen - weiter fortsetzen. In der Folge ist aufgrund der höheren Lebenserwartung der Frauen mit einem geschlechtsspezifisch ausgeprägten Unterstützungsbedarf zu rechnen, denn 70% der Gruppe älterer Menschen sind Frauen. Möglicherweise ist dabei auch von einem erhöhten Vereinsamungsrisiko auszugehen (BMFSFJ: 2002, S. 132).

Ältere allein lebende Menschen müssen sich dennoch - auch wenn sie auf ein gut funktionierendes soziales Netzwerk zurückgreifen können - häufiger auf problematische



Lebenssituationen einstellen. Wo das Single-Dasein und Alleinleben in der jüngeren Generation noch gewollt, gewünscht, zum Stil erhoben wird und „trendy“ ist, so ist diese Form im Alter vielfach durch Verwitwung, Scheidung, lebenslängliches Single-Dasein mit Kinderlosigkeit zu Stande gekommen. Das erwünschte Alleinleben wirft erste Schatten, wenn die eigene Beweglichkeit nachlässt, der Aktionsradius immer kleiner wird und erste Krankheiten zu Problemen in der Alltagsbewältigung führen. Die Vereinzelung von älteren Menschen in der Gesellschaft wird zu einem typischen Phänomen unserer Zeit werden.

Isolation und Einsamkeit müssen jedoch nicht zwangsläufig zunehmen, „wenn bei den nachwachsenden Altersgenerationen stärker individualisierte Lebensstile häufiger und häufiger lange erprobt“ (Tews: 1993, S. 31) und gewünscht sind. Eine steigende Anzahl von Ein-Personen-Haushalten impliziert demnach noch keine problematische Lebenssituation. Eine Studie von Glatzer (1992) bestätigt diese Annahme durch einen 10 Jahresvergleich mit dem Ergebnis, dass sich der Anteil älterer Menschen, die sich als „einsam“ bezeichnet haben, zurückgegangen ist (vgl. Tews: 1993, S. 31). Es scheint also Angleichungsbewegungen oder besser: Bewältigungsstrategien älterer Menschen zu geben, die sich den strukturellen und familiären Veränderungen in der Gesellschaft angepasst haben.

Anders stellt sich die Situation von Menschen mit Behinderungen dar: Sie verbringen ihr Leben häufig als Single (90%). Im Alter steigt für sie zudem die Gefahr, familiäre Bindungen beispielsweise durch den Tod der Eltern oder berufliche Kontakte durch den Wechsel in den Ruhestand zu verlieren. „Nicht nur, weil die eigene Kinder- und Enkelgeneration fehlt, sondern auch, weil der Aufbau eigener Freundeskreise, Vereinszusammenhänge oder beruflicher Kontakte erschwert war, droht ihnen die verstärkte soziale Isolation“ (Wacker: 2004, S. 11). Menschen mit Behinderungen sind demnach an das Single-Dasein gewöhnt. In machen Fällen kann durch die jeweilige Wohnform eine Aufweichung erreicht werden. Insbesondere dann, wenn sie – mit dem Partner, der Freundin – zusammen leben. Andererseits weist der Trend des ambulant Betreuten Wohnens / des Service - Wohnens und der Nutzung des Persönlichen Budgets zwar einen Weg zur Individualisierung, doch birgt er auch die Gefahr der Vereinsamung, wenn die Einbettung in soziale Arrangements nicht gelingt bzw. kein persönliches Netzwerk aufgebaut werden kann.

Viele Menschen mit Behinderungen leben jedoch nach wie vor in Einrichtungen und häufig in einer sozialen Gruppe, auf die sie nur wenig Einfluss nehmen können. Im Wohnheim selbst

bestehen zwar Kontakte zu Mitbewohnern, doch Partnerschaften sind eher selten anzutreffen. Bei manchen Bewohnern entsteht so eine „Vereinsamung in der Menge. Selbstgewählte, gewachsene Freundschaften sind kaum entstanden. Während die derzeit mit steigender Anzahl anzutreffenden Singles jüngeren Lebensalters oft ein Leben führen, in dem zwar eine feste Partnerschaft besteht, man sich aber keine Wohnung teilt, nach dem Motto „living apart together“, so lässt sich das Leben in der Wohngruppe oft eher charakterisieren als „they live together apart“: Die Bewohnerinnen und Bewohner leben zwar in Gemeinschaft, aber ohne innere emotionale Bindung“ (Wacker: 2001, S. 73). Gleichwohl, nicht wenigen gelingt es mit den Jahren, ein kleines persönliches Netzwerk zu den meist wenigen Angehörigen, Mitbewohnern, Mitarbeitern und Personen außerhalb der Einrichtung aufzubauen. Die Chance darauf kann sich auch mit dem Wechsel in eine ambulant betreute Wohnform verbessern, durch die sich Kontakte innerhalb des neuen Wohnumfelds ergeben können.

### **Hochaltrigkeit**

Die stetig angestiegene Lebenserwartung in der Altersphase führten am Ende des 20. Jahrhunderts dazu, das hohe Alter als „viertes Lebensalter“ zu deklarieren, während die 60 - 75 jährigen als „junge Alte“ in der „dritten Lebensphase“ beschrieben wurden. Mit dieser Unterteilung wurden die normativen Zuschreibungen des Alters (graue Haare, schleichender Gang, Gebrechlichkeit, Pflegebedürftigkeit, Multimorbidität u.a.) in die vierte Lebensphase verlagert und gleichzeitig eine steigende Abhängigkeit von Angeboten und Dienstleistungen impliziert. Diese verschleiert, dass manche Menschen schon mit 50 Jahren alt sind und sich andere - selbst mit 95 Jahren - noch frisch, vital und jung fühlen.

Aufgrund der vielfältigen Ausprägungen in den Lebensstilen und individuell ablaufenden Alternsprozessen, sind diese Einteilungen zwar beschreibend nützlich, doch in ihrer qualitativen Aussagekraft begrenzt. Bestimmend ist nicht die Anzahl der Jahre, die einen Menschen „alt“ oder „jung“ sein lässt, sondern das „ ‚functional age‘ (...): Die körperlichen, seelischen und geistigen Fähigkeiten. Und diese sind nicht an ein chronologisches Alter gebunden, sondern werden biologischen und sozialen Faktoren, die während eines ganzen Lebens wirken, mitbestimmt. Hier werden Schulbildung, Beruf, Lebensstil und Reaktionen auf Belastungen ausschlaggebend“ (Lehr: 2005, S. 3).

Dennoch sollten diese Ausführungen nicht darüber hinweg täuschen, dass das hohe Alter überproportional häufig mit „den negativen Seiten des Alterns verbunden (ist), wie Krankheit/Pflegebedürftigkeit, Vereinsamung/Isolation, psychische Erkrankungen, dauerhafte Behandlungsbedürftigkeit, Notwendigkeit der Aufgabe des eigenen Haushalts/Umzug in eine Altenhilfeeinrichtung“ (Kleiner: 2005, S. 57). Insbesondere zwischen dem 80. bis 85. Jahr erreichen ältere Menschen laut den Ergebnissen der Berliner Altersstudie (1996) eine kritische Schwelle, an der sie damit rechnen muss, dass sich nun Krankheiten zu Multimorbidität verdichten, kognitive Funktionen nachlassen, die Pflegeintensität bzw. -abhängigkeit zunimmt, vermehrte behandlungsbedingte Aufenthalte in Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen notwendig werden sowie Vereinsamung möglich wird (vgl. Tews: 1996, S. 16). Trotz dem diese negative - und kostenintensive - Seite immer wieder betont wird und sich die Gruppe der Pflegebedürftigen tatsächlich zu einem Großteil aus hochbetagten Menschen zusammensetzt (über 25% der 85jährigen sind pflegebedürftig), muss gleichzeitig auch hervorgehoben werden, dass 75% der über 85jährigen durchaus in der Lage sind, sich selbst zu helfen und ihren Alltag kompetent meistern (vgl. Lehr: 2005, S. 3).

Angesichts der steigenden Anzahl hochbetagter Menschen (vgl. Statistisches Bundesamt: 2003, S. 15f) erscheinen Hochrechnungen hinsichtlich zukünftiger Zahlen von Pflegebedürftigen im höheren Alter sowie deren voraussichtlichem Pflege- und Betreuungsbedarf sinnvoll. Sie sind jedoch nur schwer zu ermitteln. Denn: „Schon die Älteren von heute sind in einem höheren Alter viel gesünder und kompetenter als unsere Eltern und Großeltern im gleichen Alter waren - sofern sie dieses überhaupt erreicht hatten - und dieser Trend wird sich fortsetzen“ (Lehr: 2005, S. 3). Das Statistische Bundesamt hat sich mit Vorausrechnungen beschäftigt und einen stetigen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen prognostiziert. Danach werden im Jahr 2010 2,83 Millionen (gegenüber 2,15 Mio im Jahr 2001) Pflegebedürftige zu erwarten sein. Der Anteil in der Gesamtbevölkerung wird dabei von 2,5% auf 3,4% steigen (Statistisches Bundesamt: 2003, S. 41).

Über das hohe Alter von Menschen mit Behinderungen sowie den möglichen Anstieg von Pflegebedürftigkeit ist wenig bekannt. „Noch ist der Übertritt in die Lebensphase Alter für Menschen mit geistiger Behinderung zahlenmäßig ein zu seltenes und neueres Ereignis, als dass davon bereits auf die zukünftige Lebenserwartung extrapoliert werden könnte“ (Skiba: 2006, S. 182). Doch es zeichnet sich ab, dass die Lebenserwartung für Menschen mit Behinderungen zukünftig kaum von der Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung abweichen

wird (vgl. Haveman: 2004, S. 22). In wie weit allerdings die Faktoren Behinderung und Alter aufeinander wirken, ist noch weitgehend unerforscht. Eine Untersuchung von Janicki konnte zeigen, dass auch bei Menschen mit geistigen Behinderungen die Haupttodesursachen „Herzerkrankungen, Atemwegserkrankungen und Krebs“ waren (vgl. Janicki: 1997).

### **Feminisierung**

Das hohe Alter ist immer noch weiblich. Die Folge des zweiten Weltkriegs ist in dieser Generation weiterhin ablesbar. 2/3 der älteren Menschen sind Frauen, bei den über 75-jährigen ist es sogar ein Anteil von 3/4 (vgl. Tews in Tews/Naegele, 1993, S. 28). Die Verwitwung gilt in dieser Population als typisches Merkmal, das nicht nur den o.g. Einbruch in der Population der Männer anzeigt, sondern auch die Tatsache offenbart, dass Frauen im Alter häufiger vom Verlust des Partners betroffen sind. Sie haben ihren Partner oft bis zum Tod gepflegt und müssen schließlich selbst im Falle ihrer eigenen Pflegebedürftigkeit auf institutionelle Hilfen zurückgreifen. Darüber hinaus haben Frauen dieser Generation vielfach noch keine eigenen beruflichen Biografien aufbauen können und dementsprechend wenig eigene Rentenansprüche erworben, so dass sie im Falle der Verwitwung auch eher von Altersarmut betroffen sind als die Männer ihrer Generation.

Analog der Frauen in der Gesamtbevölkerung werden Frauen mit geistiger Behinderung auch älter als Männer mit geistiger Behinderung. Der Anteil der über 65-jährigen Frauen liegt in etwa doppelt so hoch wie bei den Männern (vgl. Wacker: 1999a, S. 26f). Hinsichtlich ihrer beruflichen Biografien unterscheiden sie sich allerdings von älteren Frauen in der Gesamtbevölkerung: Frauen mit geistiger Behinderung haben parallele Erwerbsbiografien mit den Männern ihrer Generation, da die Familienphase in den allermeisten Fällen für sie entfällt. So arbeiten sie kontinuierlich, so dass sich ihr geringes Alterseinkommen nicht von dem der Männer unterscheidet. Sowohl Frauen als auch Männer mit geistiger Behinderung sind von Altersarmut bedroht.

### **1.4. Alter als Stigma?**

„Das Erreichen eines bestimmten kalendarischen Alters, gewisse Merkmale der äußeren Erscheinung oder des Verhaltens machen eine Person noch nicht alt, erst die Vorstellungen und Meinungen, die in einer Gesellschaft an diese Eigenschaften geknüpft sind, lassen sie in

den Augen ihrer Umwelt – wie auch mit der Zeit in ihren eigenen – als „alt“ erscheinen“ (Hohmeier: 1978, S. 11f). Somit sind persönliche Veränderungen in Verhalten und Erscheinung nicht zwangsläufig mit dem „Merkmal „alt“ ausgestattet, sie erhalten dieses erst in einem komplexen sozialen Prozess der Interpretation und Bewertung zugeschrieben.“ (ebd., S. 12). So gesehen kollidiert das Altwerden / -sein mit zentralen gesellschaftlichen Werten einer hoch technisierten Gesellschaft und leistet stigmatisierenden Zuschreibungen Vorschub. Trotz der sehr verschiedenen Lebenssituationen alter Menschen hinsichtlich ihrer subjektiven und objektiven Gegebenheiten wird eine Zuordnung zu einer übergeordneten Kategorie „alter Mensch“ gefördert. Derartige Generalisierungen neigen dazu, mit der Zeit eine gewisse Selbstverständlichkeit anzunehmen, die sich dann allmählich zu einem klischeebehafteten Altersstereotyp verdichten. Dieses wird darüber hinaus nicht nur biologisch, sondern auch pathologisch begründet: Nicht nur der Gang ist langsam, sondern auch der Geist. „Von einem Merkmal wird auf die gesamte Person, auf alle ihre Fähigkeiten geschlossen“ (ebd., S. 13).

Ist Alter als Abweichung von der gesellschaftlichen Norm zu sehen? Gemessen an den Werten der Leistungsgesellschaft wie Erfolg, Flexibilität, Dynamik, Gesundheit, Jugendlichkeit etc. ist diese Frage sicherlich berechtigt. Als normative Zuschreibungen liefern sie damit nicht nur einen Interpretationsrahmen, der älteren Menschen „sowohl eine konsistente Deutung und Bewertung vielfältiger Erscheinungen wie eine Orientierung ihres Verhaltens ermöglicht“ (ebd., S 14), sondern prägen auch das Selbstkonzept des Einzelnen. Lebenssituationen alter Menschen werden durch gesellschaftliche Erwartungshaltungen entscheidend beeinflusst und bestimmen „die Rolle, die alten Menschen in jeder Gesellschaft in je bestimmter Ausprägung und mit unterschiedlicher Verbindlichkeit zugewiesen wird“ (ebd., S. 17). Dabei werden soziale sowie individuelle Merkmale wie Sozialisation, Biografie, Schichtzugehörigkeit, Verhalten und Bildungsgrad ausgeblendet. Vermutlich werden sich diese Zuschreibungen in Zukunft noch mehr in Richtung des höheren und höchsten Alters verschieben, wenn der Unterstützungsbedarf zunimmt und der alte Mensch sich selbst weniger aktiv am gesellschaftlichen Leben beteiligen kann. Vermutlich wird die sog. „Ruhestandsgeneration der über 65jährigen“ viel weniger von stigmatisierenden Zuschreibungen betroffen sein als bisher, denn sie ist aktiv, produktiv und überwiegend auch vital. Sie übernehmen Aufgaben, füllen wichtige gesellschaftliche Rollen beispielsweise als Pflegende, Großeltern, Vererbende und Konsumenten aus und beteiligen sich am Leben in der Gesellschaft.

Ältere Menschen mit Behinderungen sind in dieser Hinsicht mehrfach - häufig schon seit frühester Kindheit - von rigiden Zuschreibungen betroffen. Stigmatisierungen, Institutionalisierungen, eingeschränkte soziale Rollen, reduzierte Sozialisationschancen und mangelnde ökonomische Möglichkeiten, Verlust- und Trennungserlebnisse während der Kriegszeit sind nur einige wenige Kennzeichen, die die augenscheinliche Benachteiligung der heute über 60-jährigen zum Ausdruck bringen. Auch eine „Statussicherung über Eheschließung ist sehr selten, (denn) über 90% von ihnen bleiben zeitlebens Single. Der Zugang zum allgemeinen Arbeitsmarkt ist ihnen meist erheblich erschwert oder sogar ganz verschlossen. Und aus ihrer Tätigkeit in der Werkstatt für behinderte Menschen können sie ihren Lebensunterhalt bereits während der Berufstätigkeit (wohl) kaum bestreiten“ (Wacker: 2004, S. 10; Wacker: 2001, S. 69 - 75). Eine private Altersvorsorge konnte dementsprechend nicht aufgebaut werden, so dass sie im Alter neben den sozialen auch mit - meist einschneidenden - finanziellen Einbußen<sup>6</sup> zu rechnen haben, die ihre ohnehin schon reduzierte Teilhabe am öffentlichen Leben weiter vermindern. Höhere Lebensstandards und die Ausbildung eines individuellen - vielleicht für andere sogar ungewöhnlich erscheinenden - Lebensstils blieben ihnen somit vorenthalten.

Meist verfügen sie auch nur über wenige und vereinzelte soziale Kontakte außerhalb der Einrichtung. Ihre familiären Bindungen werden mit zunehmendem Alter immer brüchiger<sup>7</sup> und so können sie nur bedingt auf alterstypische Kontakte in ihrem persönlichen Netzwerk zurückgreifen, so dass ihnen im Alter die Gefahr der sozialen Isolation akut droht. „Besonders für Personengruppen, deren Entwicklungschancen nicht den gesellschaftlichen Möglichkeiten entsprechend genutzt werden und die lebenslang den angedeuteten deprivierenden Lebensbedingungen unterworfen sind, gilt, dass Altern „primär soziales Schicksal“ ist (Thomae: 1969. In Wieland: 1990, S. 109f).

Bedenkt man, dass die Bausteine für ein „erfolgreiches Altern“ bereits in sehr frühen Entwicklungs- und Sozialisationsstadien gelegt werden, so kumulieren sich für Menschen mit Behinderungen auf diese Weise die Versäumnisse, Mängel und Benachteiligungen im Verlauf ihres Lebens (vgl. Baltes, M. et al.: 1989; Wacker: 2001: S. 91 - 95; Clemens, W; Backes, G.: 1998, S. 167 - 170). Dementsprechend scheint es, als würden sich die Lebenserfahrungen und -bedingungen älterer Menschen mit langjährigen Behinderungen in objektiver Hinsicht zu

---

<sup>6</sup> ihnen bleibt nach dem Ausscheiden aus der WfbM lediglich einen Barbetrag in Höhe von max. 120 €

<sup>7</sup> Mögliche Gründe können sein: die Eltern sterben, die Geschwister altern, die Neffen und Nichten kümmern sich nicht oder nur vereinzelt.....

einer Geschichte von lebenslangen Abhängigkeiten, Beeinträchtigungen und unerfüllten Entwicklungsaufgaben verdichten. Danach befragt, geben jedoch viele an, zufrieden bzw. sogar mehr als zufrieden mit ihrer gegenwärtigen Situation im Alter zu sein (vgl. Kap. 3: Projekt „Unterstützter Ruhestand“; Hollander, Mair: 2006). Diese offensichtliche Diskrepanz lässt sich bei näherer Betrachtung des Begriffs „Altersschicksal“ - zumindest annähernd - erklären: Danach wird der Begriff „durch Lebenszufriedenheit und subjektives Wohlbefinden bestimmt, die als Indikatoren für die Anpassung zwischen individuellen Bedürfnissen und Erwartungen und der sozialen und biographischen Situation (...) gelten“ (Backes; Clemens: 1998, S. 165). Viele ältere Menschen mit Behinderungen empfinden ihre Lebenssituation im Alter offensichtlich weder als schicksalhaft noch als negativ, sondern sind viel eher damit zufrieden, wie sie ist: Es ist ihnen scheinbar gelungen, sich den Gegebenheiten der Lebenssituation auf ihre Weise anzupassen. Abgesehen davon erscheint den meisten ihre gegenwärtige objektive Lebenssituation besser als jemals zuvor. Ihre Vergleichsmaßstäbe und Bewertungen ergeben sich aus ihrer erlebten Geschichte wie das folgende Beispiel zeigt.

Theodor Hoffmann berichtet in einem Aufsatz über den Ruhestand seiner Tante Mechthild, die – nun 80jährig – schon seit ihrer Kindheit in einer sog. „Anstalt für Menschen mit Behinderungen“ lebt. Er führt aus, dass der „gut strukturierte Tages- und Wochenablauf, die rege Teilnahme am Anstaltsleben, kleinere tägliche Aufgaben im Bereich der für sie überschaubaren Anstalt, selbstständiger Umgang mit Geld, kleine Einkäufe, Spaziergänge, Außenkontakte, selbstbestimmte Ruhezeiten, aber auch die Erschließung neuer Bereiche (...) wohl dazu beigetragen (haben), dass diese Frau ihr Alter positiv erlebt: sie fühlt sich unabhängig, freier, wirkt interessierter, aufgeschlossener als früher und genießt – trotz zunehmender körperlicher Beschwerden – sichtlich ihren Ruhestand“ (Hoffmann: 1992, S. 9). Offensichtlich ist es ihr dabei gelungen sich in ihrem Ruhestand einzurichten, sich wohl zu fühlen und zufrieden mit ihrem Leben zu sein. Mit Blick auf die zunehmende Binnendifferenzierung in der Gruppe älterer Menschen wird auch der o. g. Bereich der „Erschließung neuer Bereiche“ im öffentlichen Raum für Menschen mit Behinderungen im Alter - insbesondere wenn sie allein oder betreut wohnen – immer wichtiger werden und möglicherweise dazu führen, dass sie sich selbst für andere / mit anderen - bürgerschaftlich - engagieren wollen und so dazu beitragen, Stigmatisierungen abzubauen zu helfen.

## **1.5. Alter und Behinderung**

Ältere Menschen mit Behinderungen, die ihre Kindheit und Jugend vor oder in der Kriegszeit verbracht und ihn auch überlebt haben, treten in folge dessen als sehr kleine Gruppe in Erscheinung. Sie werden noch heute als „verlorene“ oder „unsichtbare Generation“ (Wieland: 1990, S. 96) bezeichnet. Es ist nicht verwunderlich, dass unter ihnen viele sind, die keine oder nur mangelnde Gelegenheiten zum Schulbesuch hatten. Ebenso wenig sind sie systematisch gefördert, betreut oder adäquat versorgt worden (vgl. Haveman; Stöppler: 2004, S. 20f). Diese unzureichenden Bedingungen verminderten nicht nur ihre Chancen auf ein eigenständiges, normales oder gar planbares Leben, sondern führten in vielen Fällen auch dazu, dass sie frühzeitig in eine Einrichtung aufgenommen wurden, in der das „Leben (...) insgesamt unter den Sonderbedingungen einer fremd gestalteten Wohnwelt“ verlief. (Wacker: 2001, S. 72).

In der Vergangenheit hat es viele Ansätze, aber auch Versuche gegeben, eine einheitliche Definition für die Gruppe von Menschen mit Behinderungen zu finden. Lange Zeit beherrschte ein medizinisch geprägtes Bild den Umgang mit Menschen mit Behinderungen (vgl. Kap. 3). Mittlerweile besteht ein Konsens in der Frage, dass der Mensch im Mittelpunkt steht und die Behinderung ein sekundäres, aber keinesfalls ausschlaggebendes Merkmal ist. Die Bezeichnung „älterer Mensch mit geistiger Behinderung“ kennzeichnet diesbezüglich die Zugehörigkeit zur Gruppe älterer Menschen innerhalb der Gesellschaft und kennzeichnet in zweiter Linie das spezifische Merkmal, das den Unterschied zu ihr ausmacht (vgl. Buchka: 2003, S. 16f).

Naturgemäß stellt sich jedoch auch die Frage, was genau mit der Begrifflichkeit „geistige Behinderung“ gemeint ist. Haveman und Stöppler definieren: Der „Begriff „geistige Behinderung“ ist ein Sammelbegriff von einem Phänomen mit oft lebenslangen, aber verschiedenen Äußerungsformen einer unterdurchschnittlichen Verarbeitung von Kognitionen und Problemen mit der sozialen Adaption“ (Haveman; Stöppler: 2004, S. 17). Sie verweisen allerdings auch darauf, dass Definitionsversuche im Sinne einer „self-destroying-prophecy“, die Stigmatisierungen entgegenwirken sollen – wie etwa die Beschreibung „Menschen mit Möglichkeiten“, in der Praxis nicht wirken (ebd.) Hingegen wird in der Öffentlichkeit akzeptiert, dass die Behinderung u. a. eine medizinische Ursache hat und in Folge dessen zu dauerhaften bzw. lebenslangen Funktionseinschränkungen, psycho-physischen und sozialen Störungen und damit zusammenhängenden mangelnden adaptiven Verhaltensweisen geführt hat. Diese - sehr einseitige - Sichtweise, die sich in erster Linie an funktionalen



Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen orientiert, verkennt nicht nur die individuellen Potentiale, sondern auch die Entwicklungschancen des Menschen im Alter. Darüber hinaus ergeben sich Zuschreibungen, die die Art und Weise des gesellschaftlichen Umgangs bestimmen. „Das hat tiefgreifende Auswirkungen auf seinen weiteren Werdegang. Wer einmal eine „Behinderten-Karriere“ begonnen hat, kann ihr kaum mehr entinnen und wird im Verlauf seiner weiteren Sozialisation immer mehr zum behinderten Menschen“ (Pörtner: 2003, S. 20).

### **Die Definition des Begriffs der geistigen Behinderung in der American Association of Mental Retardation**

Die AAMR<sup>8</sup> bietet hier eine umfassendere, aber auch allgemeinere Begriffsdefinition an: „Mental Retardation is a disability characterized by significant limitations both in intellectual functioning and in adaptive behavior as expressed in conceptual, social and practical adaptive skills. This disability originates before age 18“ (AAMR: 2002; Haveman; Stöppler: 2004, S. 18<sup>9</sup>). Erklärend bietet die Organisation fünf Aspekte, die als eine Art „definitorischer Bezugsrahmen“ angesehen werden können und anhand derer der Begriff der geistigen Behinderung näher verdeutlicht wird:

- gegenwärtig beeinträchtigte Funktionen müssen im Kontext von gemeinschaftlichen, kulturellen und altersentsprechenden Umgebungen betrachtet werden;
- gültige Einschätzungen müssen kulturelle und sprachliche Verschiedenheiten ebenso berücksichtigen wie Unterschiede in der Kommunikation, den Sinnesleistungen, motorischen Kräften und Verhaltensweisen;
- in jedem Menschen existieren Beeinträchtigungen und Stärken;
- zur Beschreibung von Beeinträchtigungen ist es zweckdienlich, ein Unterstützungsprofil anzulegen und weiterzuentwickeln;
- persönliche und dauerhafte Unterstützungsleistungen verbessern die Lebensqualität eines Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. AAMR: 2002).

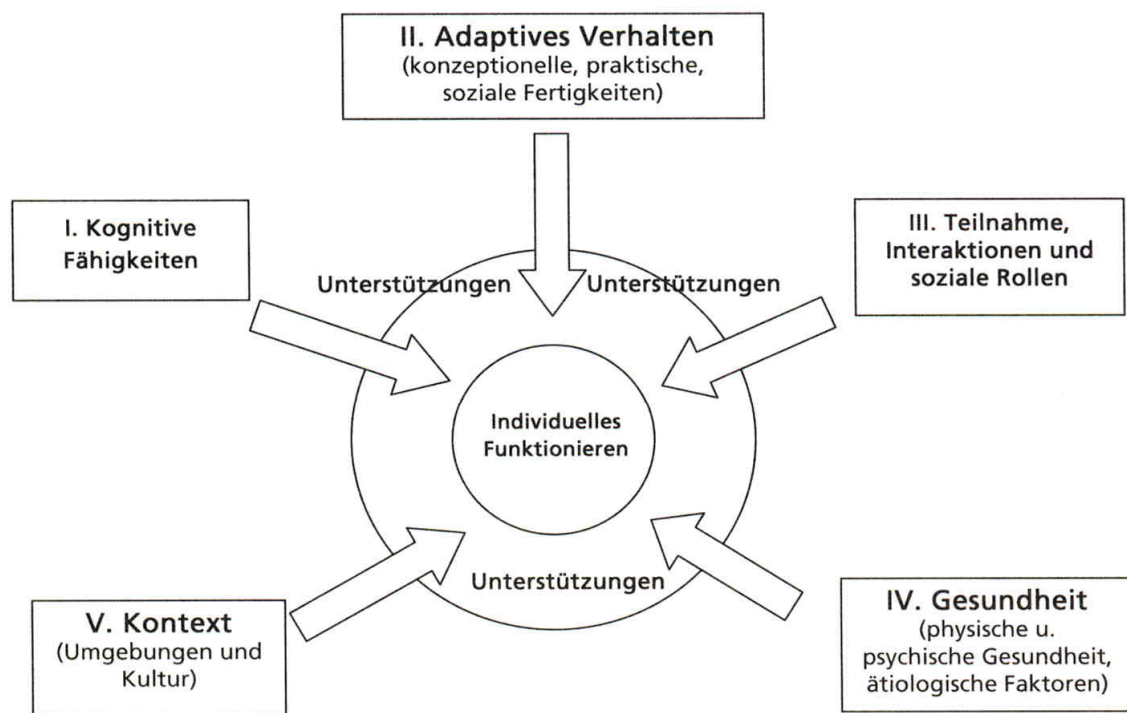
Besonders hervorgehoben werden dabei die individuellen Möglichkeiten und Chancen, die sich durch die Ausbildung adaptiver Fähigkeiten in der jeweiligen sozio-kulturellen Umgebung entwickeln können. „Man meint, dass bei einer gültigen Einschätzung der

---

<sup>8</sup> AAMR: American Association of Mental Retardation. Gegründet: 1876

<sup>9</sup> „Geistige Behinderung ist eine Behinderung, die gekennzeichnet ist durch bedeutende Einschränkungen in sowohl dem intellektuellen Funktionieren als auch in der konzeptuellen, sozialen und praktischen adaptiven Fertigkeit- und Fähigkeiten. Diese Behinderung entsteht vor dem 18. Lebensjahr“.

Möglichkeiten Alter und Kultur, wie auch Unterschiede in der Kommunikation, Sensorik, Motorik und Verhaltensfaktoren mit einbezogen werden müssen“ (Haveman; Stöppler: 2004, S. 18). Eine einseitige Definition von Behinderung auf der Basis einer medizinischen Diagnose ist somit nicht mehr möglich. Anstelle dessen ist der Begriff „Behinderung“ – analog zum Begriff des Alters – nicht nur individuell zu betrachten, sondern darüber hinaus dynamisch, flexibel und prozessorientiert angelegt. Er impliziert Entwicklungen und ermöglicht zu jeder Zeit im Leben sich auf Veränderungen neu einstellen zu können oder diese gar aktiv herbeizuführen. Die Übersicht des AAMR zeigt die unterschiedlichen Faktoren, die auf den Menschen im Falle einer Behinderung einwirken, aber auch Positionen von Interventions- und Unterstützungsmöglichkeiten.



**Abb. 1:** Definition der „geistigen Behinderung“ (vgl. AAMR 2001)

### **Der Ansatz des International Classification of Functioning, Disability and Health**

Ein weiteres Modell, das einerseits den Menschen in den Mittelpunkt stellt und sowohl soziale als auch medizinische Komponenten miteinander verbinden kann, ist der Ansatz des ICF<sup>10</sup>. Die Diskrepanz zwischen den Disziplinen wird dadurch überwunden, dass „beide

<sup>10</sup> ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health. Deutsch: 2001 wurde die gültige Version von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlicht. Wesentliche Begriffe daraus wie beispielsweise der Begriff der "Partizipation" sind in Deutschland in das Sozialgesetzbuch IX eingegangen.

Modelle dialektisch aufeinander bezogen werden und gemeinsam praktische und theoretische Orientierung geben“ (Seidel: 2003, S. 248f). Die ICF ist kein diagnostisches Instrument wie der ICD<sup>11</sup>, sondern richtet sich im Wesentlichen auf die Beschreibung und die Auswirkungen von gesundheitlichen Problemen und ist in diesem Sinne als Ergänzung zum ICD zu verstehen.

In ihrer Funktion ist die ICF kein Instrument, das lediglich der Beschreibung von Behinderungsarten und Erkrankungen dient, sondern „schafft eine systematische Basis zur kommunikativen Verständigung zwischen den Ländern und erleichtert somit deren Datenaustausch, in dem Begrifflichkeiten nicht nur klar definiert, sondern auch allgemeingültig verschlüsselt werden. Insbesondere in der Forschung, Statistik, klinischen Bewertung, Sozialpolitik und Ausbildung wird sie Anwendung finden“ (Seidel: 2003, S. 246). Auf der Basis eines gestuften Codierungssystems können Gesundheitszustände, Gesundheitsprobleme, Beeinträchtigungen, Behinderungen und Störungen aller Art und jedes Menschen beschrieben werden. „Mit anderen Worten, die ICF ist universell anwendbar“ (DIMDI: 2004, S.13). Sie liefert nicht nur grundlegende Informationen zur Beschreibung von gesundheitlichen Situationen und Zuständen und „dient als Organisationsrahmen dieser Informationen“ (ebd.), sondern wurde darüber hinaus von den Vereinten Nationen als eine der sozialen Klassifikationen anerkannt. Dabei bezieht sie sich auf die „Rahmenbestimmungen für die Herstellung von Chancengleichheit von Personen mit Behinderungen“ (DIMDI, 2004, S. 11; Vereinte Nationen: 1993) und erleichtert somit auch die Umsetzung internationaler Beschlüsse.

Der grundlegende Ansatz in der ICF rückt den Gesamtzustand der funktionalen Gesundheit in den Mittelpunkt und weniger die Beeinträchtigung. So ist ein Mensch gesund, wenn „seine Körperfunktionen (...) und seine Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (...); er alles tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet werden kann (...); er sein Dasein in allen Lebensbereichen, die ihm

---

„Die Anwendung der ICF in Deutschland ist geregelt in den Richtlinien über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 16. März 2004. Bereits die Gestaltung des Sozialgesetzbuches (SGB), Neuntes Buch (IX), "Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen", wurde wesentlich durch die Vorläuferfassungen der ICF beeinflusst“ (<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm> - Download: 11.08.2008) Aktuelle Version des ICF ist einsehbar und abrufbar unter:

[http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf\\_endaussage-2005-10-01.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf) (Download: 11.08.2008).

<sup>11</sup> ICD = International Classification of Diseases. 1948 von der WHO publiziert. Mittlerweile existiert die 10. Fassung. Diagnostisches Instrument, das Krankheiten, Unfälle, Behinderungen...klassifiziert und kodiert.

wichtig sind, in der Weise und in dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitliche Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, der Körperstrukturen oder der Aktivitäten erwartet werden kann (...)“ (ebd.). Auf dieser Grundlage können alle Menschen in ihren Lebensbezügen beschrieben und klassifiziert werden. Dabei treten sowohl ihre Probleme als auch ihre Stärken auf den verschiedenen Ebenen zu Tage und so können „diese Informationen auf sinnvolle und leicht zugängliche Art, die auch die gegenseitigen Beziehungen berücksichtigt“ (DIMDI: 2004, S. 13), mit einbezogen werden.

In der ICF werden Informationen auf zwei Ebenen verarbeitet: „der eine Teil befasst sich mit Funktionsfähigkeit und Behinderung, während der andere Teil die Kontextfaktoren umfasst“ (ebd. S. 13). Beide Teile gliedern sich in zwei weitere Untergruppen. Der erste Teil beinhaltet die Komponente des Körpers, seiner Strukturen und Funktionen und die Komponente der Aktivitäten und der Partizipation. Der zweite Teil der Kontextfaktoren untergliedert sich in die Komponenten der Personenbezogenen Faktoren und der Umweltfaktoren. Jede der Komponenten kann sowohl positive als auch negative Beschreibungen hervorbringen, dabei untergliedern sie sich weiter in Domänen und noch weiter in Kategorien. Die Klassifikationen und Codes zur Beschreibung der jeweiligen Eigenschaften einer Person werden durch Beurteilungsmerkmale ergänzt, die „das Ausmaß oder die Größe der Funktionsfähigkeit oder Behinderung in der Kategorie spezifizieren, oder das Ausmaß angeben, in welchem die Umweltfaktoren fördernd oder beeinträchtigend wirken“ (DIMDI: 2004, S. 16). Die Tabelle liefert einen ersten Eindruck zur Vorgehensweise und zum Informationsgehalt des ICF.

Teil 1 bezieht sich zunächst ganz neutral auf die Beschreibung von Funktionsfähigkeiten und im Weiteren auf Probleme, die hier unter dem Begriff Behinderung zusammengefasst werden. Die Komponenten werden anhand von „vier verschiedenen, aber miteinander in Beziehung stehenden Konstrukten interpretiert. Diese Konstrukte werden mit Beurteilungsmerkmalen operationalisiert“ (DIMDI: 2004, S. 14). Dabei können Veränderungen der Körperstruktur anatomisch und physiologisch beschrieben werden, die Komponente der Aktivität und Partizipation wird durch die Konstrukte Leistung und Leistungsfähigkeit erfasst. Somit wird die Funktionsfähigkeit immer im Zusammenhang mit der Behinderung betrachtet und „als dynamische Interaktion zwischen dem Gesundheitsproblem (Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen, Traumen usw.) und den Kontextfaktoren aufgefasst“ (DIMDI:2004, S. 14).

Zur genaueren Differenzierung dieser Kontextfaktoren stellt die ICF eine Liste der umwelt- und personbezogenen Faktoren zur Verfügung, die sich im wesentlichen auf „den fördernden oder beeinträchtigenden Einfluss von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt“ (ebd.) beziehen.

	<b>Teil 1:</b>		<b>Teil 2:</b>	
	<b>Funktionsfähigkeit und Behinderung</b>		<b>Kontextfaktoren</b>	
Komponenten	Körperfunktionen und -strukturen	Aktivitäten und Partizipation (Teilhabe)	Umweltfaktoren	Personbezogene Faktoren
Domänen	Körperfunktionen, Körperstrukturen	Lebensbereiche (Aufgaben, Handlungen)	Äußere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung	Innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung
Konstrukte	Veränderung in Körperfunktionen (physiologisch)  Veränderung in Körperstrukturen (anatomisch)	Leistungsfähigkeit (Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt)  Leistung (Durchführung von Aufgaben in der gegenwärtigen tatsächlichen Welt)	Fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt	Einflüsse von Merkmalen der Person
Positiver Aspekt	Funktionale und strukturelle Integrität	Aktivitäten Partizipation (Teilhabe)	Positiv wirkende Faktoren	Nicht anwendbar
	<b>Funktionsfähigkeit</b>			
Negativer Aspekt	Schädigung	Beeinträchtigung der Aktivität Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe)	Negativ wirkende Faktoren (Barrieren, Hindernisse)	Nicht anwendbar
	<b>Behinderung</b>			

Abb. 2 Überblick über die Definition nach ICF (DIMDI: 2004, S. 17)

Dabei fällt auf, dass die personbezogenen Faktoren zwar als Komponente aufgeführt, aber nur z. T. ausgeführt werden. Die Begründung dafür liegt in „der mit ihnen einhergehenden großen

soziokulturellen Unterschiedlichkeit“, so dass sie nicht vollständig in der ICF klassifiziert werden können.

Die ICF liefert durch seine klare Struktur, Handhabung und Sichtweise eine verbesserte Ausgangsbasis zur Beschreibung der Situation von Menschen mit Behinderungen. Dabei gewinnt die Erkenntnis „dass geistige Behinderung als solche nicht als Krankheit, sondern vielmehr als Möglichkeit der Aneignung von Welt anzusehen ist“ (Hennicke; Rotthaus: 1993, S. 9, in: Pörtner: 2003, S. 22) an Gewicht und „erschließt (...) eine neue Welt mit anderen Dimensionen, ungewohnten Orientierungspunkten und (...) eigenem Rhythmus“ (Pörtner: 2003, S. 23). Auch ältere Menschen mit Behinderungen sind so nicht mehr von lebenslangen feststehenden Zuschreibungen und medizinischen Diagnosen betroffen, sondern gehören einer gesellschaftlichen Gruppe an, die sich in ihrer Individualität, ihren Lebensstilen und Ausprägungen immer weiter entwickeln wird. In diesem Prozess werden sie lernen müssen, ihren Platz zu finden und ihr Alter nach ihren Vorstellungen zu gestalten. Die Behinderung gilt dabei nicht mehr als ausschlaggebender Faktor für die Versorgung und Betreuung. Ihre Unterstützung wird - analog der Gruppe älterer Menschen in der Gesamtbevölkerung - maßgeblich von ihren individuellen Bedarfslagen abhängen. Die ICF folgt damit der Prämisse der Inklusion und Partizipation (s. UN-Charta zu Verwirklichung der Rechte behinderter Menschen<sup>12</sup>).

Somit wird es mehr ältere Menschen, mehr Menschen im Ruhestand, mehr hochbetagte Menschen, mehr allein lebende Menschen und mehr Menschen mit unterschiedlichen Ausprägungen von Behinderungen und Beeinträchtigungen bei unklarer Entwicklung der jeweiligen Bedarfe geben. Diese Parameter treffen auch auf die Gruppe älterer Menschen mit Behinderungen zu, so dass die Unterschiede zwischen älteren Menschen und älteren Menschen mit Behinderungen viel kleiner als angenommen sind bzw. werden. In Zukunft werden sich diese Ausprägungen aufgrund der Differenzierung der Lebensstile noch weiter verkleinern (Skiba: 2006, S. 275). Jeder ältere Mensch wird auf seine Art seine „Lebensnische“ im Alter selbst entdecken, ausschmücken und gestalten (lernen).

Seitens der Anbieter und Dienstleister besteht somit die Notwendigkeit, Ansätze und Konzepte zu entwickeln, die darauf ausgerichtet sind, die jeweiligen Ansprüche, Wünsche

---

<sup>12</sup> Deutsche Fassung zum Übereinkommen zwischen Deutschland, Österreich Liechtenstein und der Schweiz [http://www.bmas.de/coremedia/generator/2888/uebereinkommen\\_ueber\\_die\\_rechte\\_behinderter\\_menschen.html](http://www.bmas.de/coremedia/generator/2888/uebereinkommen_ueber_die_rechte_behinderter_menschen.html) (Zugriff: 19.01.09)

und Bedarfe älterer Menschen erkennen und explizit ermitteln zu können, um effiziente, passgenaue, aber auch flexible Leistungen erbringen zu können. Die Zusammenführung und Auswertung von methodischen Anleihen aus anderen Disziplinen bzw. Kooperationen mit anderen Professionen sind dazu nicht nur unumgänglich, sondern bieten zugleich die Chance von beidseitigen progressiven Lern- und Entwicklungsprozessen.

Zum besseren Verständnis der Lebenswelten älterer Menschen, das die Grundlage eines kompetenz- und ressourcenorientierten Umgangs mit älteren Menschen bietet, greift das nächste Kapitel einige wichtige Aspekte aus der Lebenswelt von älteren Menschen und älteren Menschen mit Behinderungen heraus und gibt Einblicke in die jeweiligen Bedarfe und Anforderungen des Lebens im Alter.

## 2 Lebenswelten, Lebensbedingungen und Lebensstile im Alter

Der Begriff "Lebenswelt" geht zwar im Kern seiner Entwicklung auf den Sozialphänomenologen Alfred Schütz (2003, 1977, 1979) zurück, jedoch stützt er sich dabei auf die Annahmen Husserls. „Ausgehend von Husserls und seiner eigenen Analyse der menschlichen Orientierung in Zeit und Raum und von seinen Untersuchungen über die Erfahrung der Beteiligten an einer ‚face to face‘ Situation, deckte Schütz schrittweise jene elementaren Strukturen des Alltagslebens auf, die sozialer Erfahrung, Sprache, sozialem Handeln und der komplexen historischen Welt menschlichen Lebens überhaupt zugrunde liegen“ (Schütz; Luckmann: 2003, S. 18).

Der Gegenstand der Forschungsarbeit von Alfred Schütz liegt in der alltäglichen Wirklichkeit - der Lebenswelt des Menschen: „Die alltägliche Lebenswelt ist die Wirklichkeitsregion, in die der Mensch eingreifen und die er verändern kann, indem er in ihr durch die Vermittlung seines Leibes wirkt. Zugleich beschränken die in diesem Bereich vorfindlichen Gegenstände und Ereignisse, einschließlich des Handelns anderer Menschen, seine freien Handlungsmöglichkeiten. Sie setzen ihm zu überwindende Widerstände wie auch unüberwindliche Schranken entgegen. Ferner kann sich der Mensch nur innerhalb dieses Bereichs mit seinen Mitmenschen verständigen, und nur in ihm kann er mit ihnen zusammenwirken. Nur in der alltäglichen Lebenswelt kann sich eine gemeinsame kommunikative Umwelt konstituieren. Die Lebenswelt des Alltags ist folglich die vornehmliche und ausgezeichnete Wirklichkeit des Menschen“ (Schütz; Luckmann: 2003, S. 29). In dieser Wirklichkeit verdichten sich die

Erfahrungen zu Lebenserfahrungen – darunt auch die Erfahrungen, die in der Interaktion mit anderen Menschen entstehen.

Eine der Grundannahme ist, dass der Mensch immer im Austausch mit anderen steht: „Sozialität ist eo ipso von vornherein vorhanden. (...). Das bedeutet auch, dass die Welt der Alltäglichkeit keineswegs nur meine Privatwelt sein kann. Die menschliche Alltagswelt ist von Anfang an eine intersubjektiv geteilte Welt“ (Schütz: 1974 in: Dewe; Ferchhoff; Scherr: 1991, S. 647ebd.).

Der Blick richtet sich dabei vornehmlich auf die Bezüge zwischen Menschen und ihrer Umwelt und betrachtet diese urteilsfrei und unvoreingenommen. "Lebenswelt ist (...) die Bezeichnung für den Ort der "natürlichen Einstellung". Diese "natürliche Einstellung", (...) ist in der Welt des Alltags verankert, die eine gemeinsame Welt bezeichnet, die, (...), lange vor unserer Geburt bestanden hat, schon vorgeordnet ist und die unserem Erleben und Deuten vorgegeben ist. An dieser Welt haben wir als Alltagsmenschen ein vordringlich praktisches Interesse" (Kraimer, 1994, S. 66), denn wir erleben sie in einer dialektischen Beziehung. Diese Qualität ist einerseits gesellschaftlich durch normative Vorgehensweisen geprägt und entwickelt sich andererseits immer wieder neu und durch das, was Menschen die "Selbstverständlichkeit des Alltags" (ebd.) nennen, in dem sie ihre Erfahrungen machen, interagieren, handeln und sich orientieren.

In der Auseinandersetzung mit anderen Menschen zeigt sich dann, dass der Mensch in der Lage sein muss, sich deutend und interpretierend verhalten zu können, um Informationen in seiner Lebenswelt auch verorten und verarbeiten zu können. Dem Menschen erscheint die Lebenswirklichkeit des Alltags „als schlicht gegebene Selbstverständlichkeit“ (Dewe et al.: 1991, S. 648). Sie ist hinsichtlich dieser Selbstverständlichkeit und ihrer Intersubjektivität durch fünf verschiedene Merkmale charakterisiert, „die den Erlebnis- bzw. Erkenntnisstil in der alltäglichen Lebenswelt ausmachen“ (ebd.):

Sie ist 1. charakterisiert durch eine gesteigerte Aufmerksamkeit, die das Bewusstsein für alltägliche Prozesse schärft, 2. durch die Sicherheit, dass diese Welt existiert und die Probleme dieser Welt in der Lebenspraxis gelöst werden können, 3. durch ein Interesse des Menschen an der Welt, in der die Lebensanforderungen erfüllt werden können, 4. durch eine besondere Form der Sozialität, die Intersubjektivität als Selbstverständlichkeit versteht und



das Bewusstsein auf Verständigung bzw. Handeln in der Welt ausrichtet und 5. durch eine Zeitperspektive, die als kosmische Zeit bzw. Weltzeit aufgefasst wird (vgl. Dewe u.a.: 1991, S. 648f). Diese konstitutiven Merkmale sind für den jeweiligen Menschen in seiner Lebenswelt zu definieren, denn sie „besitzen ihre Gültigkeit nur in diesem Sinnbereich“ (ebd.). Damit steht der Mensch immer im Zentrum seiner Sinn-Welt und hat somit die Möglichkeit sie für sich zu definieren, sie zu verändern, zu intervenieren und sie für sich und andere zu nutzen.

Doch um ein Thema, einen Sinnbereich oder auch ein Lebenszentrum beschreiben zu können, muss es als relevant erscheinen – einen bestimmten Grad an Wichtigkeit erfahren haben. Doch welche Fragen, welche Situationen, welche Probleme, Interessen und Einstellungen sind wirklich relevant? Wie kann die Relevanz eines Themas oder einer Erfahrung überprüft werden? Dabei stellt sich naturgemäß auch die Frage, ob das Thema im richtigen Licht gesehen wird. „Damit befragen wir bewusst unsere eigenen Relevanzsysteme, die wir als selbstverständliche subjektive Gegebenheiten betrachten“ (Schütz; Luckmann: 2003, S. 252ff) und bestimmen, welche Dinge uns etwa interessieren, welche uns vertraut sind und welche eben nicht. „Alle Erfahrungen und alle Handlungen gründen in Relevanzstrukturen. Jede Entscheidung stellt außerdem den Handelnden mehr oder minder explizit vor eine Reihe von Relevanzen. Das Relevanzproblem ist vielleicht das wichtigste und zugleich schwierigste Problem, das es in der Beschreibung der Lebenswelt zu lösen gilt“ (ebd.).

Die verschiedenen Formen der Relevanzen (vgl. Schütz; Luckmann: 2003, Kap. III B) belegen eindrucksvoll wie Menschen sich in ihrer Welt bewegen und auf sie reagieren, wenn bestimmte Situationen auftreten. Beispielweise bewirkt die „motivierte thematische Relevanz“ (Schütz, Luckmann: 2003, S. 263), dass sich der Mensch freiwillig mit einem Sinnbereich seines Lebens beschäftigt. Das geschieht, wenn die Themen / Situationen „eine gewisse inhaltliche Bestimmtheit aufweisen“, die sich „von der in seinem Wissensvorrat angelegten Typik“ ableiten lassen (ebd.). Der Mensch weiß um den Sinnbereich, weiß um die Variationsbreite, weiß um typische Gegenstände, Gewohnheiten, Rituale und Handlungen. Andererseits ist es so, „dass je weniger vertraut die Gesamtsituation ist, umso größer (ist) die Aufmerksamkeit (...), mit der man sich ihr, sozusagen ‚von sich aus‘ zuwendet. (...). Mit anderen Worten, wenn man sich in einer Situation nicht routinemäßig orientieren kann, muss man sie auslegen“ (Schütz; Luckmann: 2003, S. 264), d.h. man muss sich erinnern, Zusammenhänge herstellen, diese interpretieren und sich mit der Situation auseinandersetzen. Dabei erweist es sich bei der Bewältigung der Situation als besonders hilfreich, das

„Sediment“ des Wissensvorrats abrufen zu können, um sich adäquat einstellen oder/und reagieren zu können. Diese Interpretationsleistung wird aufgrund des Abgleichs mit dem Wissensvorrat sozusagen ‚automatisch‘ und routinemäßig erbracht, d.h. es „erfolgt *keine* explizit urteilende Auslegung“ (Schütz, Luckmann: 2003, S. 273). Dagegen wird bei einer explizit zu beurteilenden Auslegung ein Thema zum Problem: „In diesem Fall handelt es sich um eine ‚motivierter‘ Interpretationsrelevanz“.

Menschen mit Beeinträchtigungen bedürfen dabei häufig der Unterstützung, um die Leistungen des Erkennens, Erinnerns und Interpretierens auf der Basis ihres eigenen Wissensvorrats und Wertesystems für sich richtig einschätzen zu können, denn gesellschaftlich normative Setzungen und Bedingungen erschließen sich ihnen häufig auf eine andere Weise oder auch gar nicht. Ein gutes Beispiel für diese Annahme bilden Menschen mit dem Asperger Syndrom, die sich zwar in der Alltagswelt nicht beeinträchtigter Menschen zurechtfinden und diesbezüglich über ein breites Wissen verfügen, doch häufig mit sozialen Situationen wie sie sich im Alltag bieten, völlig überfordert sind. Sich ihnen auf eine andere – sie unterstützende – Art zu nähern und ihnen eine Lebenswelt zu bieten, in der sie nach eigenen Werten und Bedarfen leben, einen eigenen Stil und ein stabiles Selbstwertgefühl entwickeln können, liegt in der sozialen Verantwortung der Gesellschaft. Diese Anforderung gilt nicht nur für Menschen mit Asperger Syndrom und für die Behindertenhilfe, besser zu Tage tritt sie noch mit der stetig wachsenden Anzahl demenziell erkrankter Menschen. In dieser Hinsicht zeigt sich an diesem Beispiel noch deutlicher, dass eine Gesellschaft nicht darüber hinweg sehen kann, dass es Erkrankungen, Behinderungen und altersbedingte Herausforderungen gibt, die eine eigensinnige Lebensführung und –gestaltung erfordern bzw. die die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben / an der gesellschaftlichen Produktivität nicht mehr von sich aus zulassen. Die Gestaltung der Lebenswelt bzw. die diesbezüglichen Orientierungshilfen müssen sich den Kompetenzen und Bedarfen der Menschen annähern und sich an diese anpassen, denn die Menschen selbst sind dazu nicht (mehr) in der Lage – auch wenn das Bedürfnis dazu (noch) da ist.

In sozialwissenschaftlicher Hinsicht erschließt sich der Auftrag der Sozialen Arbeit somit aus dem Verhältnis der Alltagswelt des Einzelnen und dem aktuellen Wissensstand. Damit die lebensweltliche Wirklichkeit des Einzelnen empirisch überprüfbar wird und auch bleibt, sind bestimmte Kriterien zu erfüllen, die sich naturgemäß aus den Sinnbereichen des Einzelnen ableiten und daher als sog. „Konstruktion zweiten Grades“ bezeichnet werden. Sie sind die

„Konstruktionen von Konstruktionen jener Handelnden“ im alltäglichen Feld (Schütz: 1971, 1968, 1972, 1991) und typisieren jene Handlungen, Verhaltensweisen und Sinnbereiche des Einzelnen in seiner Lebenswelt, die möglicherweise auch in anderen Lebenswelten Geltung besitzen und normative Bedeutsamkeit erlangen.

Aus diesen sog. *Konstruktionen zweiten Grades* lassen sich **Grundsätze Sozialer Arbeit** ableiten:

1. *Respekt*: Soziale Arbeit sichert nicht nur die Autonomie des Einzelnen in seiner alltäglichen Lebenspraxis, sondern findet darüber hinaus Ansatzpunkte und Zugänge, die diesem Grundsatz entsprechen;
2. *Konsistenz*: Soziale Arbeit sichert Präzision, Klarheit und logische, aufeinander aufbauende und zielorientierte Vorgehensweisen auf sozialwissenschaftlicher Grundlage nach dem aktuellen Wissensstand;
3. *Adäquanz*: Soziale Arbeit bleibt immer mit der Lebenswelt des Einzelnen verwoben, garantiert bedarfsgerechte Bezüge und unterstützt das Verständnis des Einzelnen zu seiner Welt (vgl. Dewe et al.: 1991, S. 649f).

Das Lebensweltkonzept hat eine besondere Relevanz für die Arbeit und den Umgang mit Menschen im Alter, denn es setzt in der Alltagswelt der Menschen an, dort, wo Menschen ihre Erfahrungen sammeln und in bereits in zurückliegenden Lebensphasen gesammelt haben. Der Zugang zu Menschen im Alter kann somit leichter über das Verstehen beispielsweise über das Aufgreifen früherer Lebenserfahrungen, erfolgen. Dem Erzählen kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, denn "das lebensweltlich orientierte Konzept erziehungswissenschaftlicher Forschung in der Sozialen Arbeit zielt u. a. darauf, die Perspektive des Subjekts in ihrer Spezifik und sozialen Konstitution zu rekonstruieren", wobei das Erzählen zur Erforschung der Lebenswelt einen besonderen Status gewinnt und interpretative Schlussfolgerungen zulässt. "Lebensweltliche Kasuistik" bietet die Möglichkeit zur ganzheitlichen Erfassung, Darstellung und Analyse der Lebensgeschichte eines Menschen durch die qualitativ-biographische Methode z.B. in Form des narrativen Interviews (vgl. Kraimer, 1994, S. 98f).

Darüber hinaus kann die Rekonstruktion früherer Lebenswelten dazu führen, dass Ängste und Verluste besser kompensiert werden können, die Selbstheilungskräfte aktiviert werden und die Chance auf eine positive Adaptation an neue Situationen gesteigert wird (vgl. Kipp;

Jüngling: 1994). Voraussetzung dafür ist eine Kenntnis der Biographie, die einen Rückgriff auf frühere Zeiten und Lebensabschnitte zulässt und Erfahrungen wieder erlebbar macht. Die dynamischen Zusammenhänge im Leben des alten Menschen müssen dabei erkannt und verstanden werden, erst dann ist ein Zugang möglich, der nicht auf die Defekte des Alters abzielt, denn erst "das Finden eines Sinnzusammenhangs ermöglicht einen verständnisvollen Umgang (...)" (Kipp; Jüngling: 1994, S. 151). Diese Maxime ist hilfreiche Weisung für das Verständnis und den Umgang mit Menschen im Alter. Kernbereiche dieser dynamischen Lebenszusammenhänge, die insbesondere das subjektive Befinden beeinflussen, sind im Alter nicht nur an lebensgeschichtliche Ereignisse gebunden, sondern auch eng an die Wohnsituation, die sozialen Kontakte im Umfeld, die Gesundheit, das Erleben der eigenen Kompetenz im Alltagsgeschehen und den perspektivischen Blick in die Zukunft gekoppelt.

## **2.1. Wohnen**

In den eigenen vier Wänden verwirklicht der Mensch i. d. R. seine ureigensten Bedürfnisse nach Sicherheit und Schutz, Geborgenheit und Distanz, Beständigkeit und Vertrautheit, Kontakt und Kommunikation sowie Tätigkeit und Selbstdarstellung. Diese Annahme wurde in den 1960er Jahren von A. Maslow untersucht, der herausfand, dass die Bedürfnisse des Menschen sukzessive aufeinander aufbauen und hinsichtlich ihrer Qualität und Stärke eine Pyramide bilden. An der untersten Stelle stehen die existentiellen Bedürfnisse, an der höchsten Stelle diejenigen, die - wenn sie erfüllt werden - Selbstverwirklichung und „ozeanische Gefühle“ bringen können (vgl. Maslow: 1962). Kennzeichnend für dieses Modell ist, dass zunächst eine Stufe, d.h. ein Grundbedürfnis, erfüllt sein muss, bevor die nächste höhere Instanz erreicht werden kann. Doch nicht jeder Mensch erreicht jede Stufe. Manche bleiben ihr Leben lang auf einer Stufe stehen. Und auch Rückstufungen – beispielsweise durch schwere Erkrankungen – sind möglich. Sind allerdings die grundlegenden Bedürfnisse der unteren Ebenen erfüllt, so schaffen Gewohnheiten, Routinen und die Umgebung Vertrauen und wirken beruhigend und vermitteln ein Gefühl von Lebensqualität (vgl. Schwarte; Oberste-Ufer: 1997, S. 44. In: Haveman; Stöppler: 2004, S. 158).

Wie Menschen wohnen, leben und eingerichtet sind, zeigt normalerweise, welche Bedeutung das nächste Umfeld für sie hat. „Wohnen ist von allgemeiner –anthropologischer – Bedeutung für die Existenz der menschlichen Persönlichkeit“ (Schulz-Nieswandt: 2006, S. 244). Diese Bedeutung nimmt im Laufe des Lebens noch zu, denn es „dient – wie andere Ressourcen auch

– der Optimierung des Passungsverhältnisses von Person und Umwelt“. Insbesondere für ältere Menschen wird die eigene Wohnung immer mehr zu einem elementaren Lebensraum: sie „verbringen durchschnittlich vier Fünftel des Tages in der eigenen Wohnung oder im Garten“ (Blonski: 1997, S. 9). Die Wohnung ist ein privater, sogar intimer Ort, der von der Öffentlichkeit abgeschirmt ist und der eine erste Aufwertung mit dem Wechsel aus dem Berufsleben in den Ruhestand erfährt. Lassen die körperlichen Kräfte und die psychosozialen Aktivitäten allmählich nach, so beschränkt sich der Aktionsradius immer mehr auf die eigene Wohnung/das Haus. „Da ältere Menschen im Vergleich zu früheren Lebensphasen mehr Zeit in ihrer Wohnung verbringen, gewinnt diese für die Lebensqualität sowie für das Gefühl der persönlichen Identität noch größeres Gewicht“ (ebd.: S. 38). Eine Wohnung - oder auch ein Zimmer - ermöglicht eine Privatsphäre, in der sich der ältere Mensch geborgen und geschützt fühlt. Der Stellenwert der eigenen Wohnung ist dabei für den alten Menschen als sehr hoch einzustufen. Zwar „dominieren (...) mitunter Fragen, wie das Wohnen zur Prävention von Pflege beitragen kann (...), aber das Problem altersgerechter Wohnformen ist grundsätzlicher und unabhängiger von spezifischen Gesundheitsrisiken zu formulieren. Es geht um Teilhabechancen des älteren und alten Menschen am gesellschaftlichen Leben. Insofern kommt die Gestaltung des Raumes (...) als menschlicher Kommunikationsraum in den Blick“ (Schulz-Nieswandt: 2006, S. 244). Darüber hinaus ist die eigene Wohnung mit vielerlei biografischen Erlebnissen verknüpft, wobei „der Stellenwert der emotionalen Verbundenheit mit einer Wohnung (...) leicht unterschätzt (wird)“ (Hirsch, R.-D.; Kastner, U.: 2004, S. 39).

Es verwundert daher nicht, dass ältere Menschen den Wunsch hegen, in der gewohnten Umgebung alt werden zu können, denn „viele leben schon seit vielen Jahren in dieser Wohnung und die gewachsenen sozialen Beziehungen und bekannten Einrichtungen in der Nähe erleichtern die Aufrechterhaltung eines selbstständigen Haushalts“ (BMFSFJ: 2001, S. 99). Darüber hinaus neigen ältere Menschen dazu - selbst wenn die Kinder ausgezogen und der Ehegatte oder die Gattin bereits verstorben ist - an Gewohntem festzuhalten. Blonski konstatiert eine sog. „Tendenz zum ‚Weiterleben wie bisher‘ (Blonski: 1997, S. 9). Der Umzug in eine kleinere bedarfsgerechtere Wohnung oder der altersgerechte Umbau der eigenen Wohnung wird nur ausnahmsweise vollzogen (vgl. ebd.). Der zunächst als angenehm empfundene Platz in der Wohnung, kann mit zunehmendem Alter zum Problem werden, insbesondere, wenn der damit verbundene Aufwand nicht mehr geleistet werden kann (ebd.).

Damit wird deutlich, dass mit dem Begriff „Wohnen“ nicht nur die bauliche Ausstattung bzw. der Wohnkomfort der Wohnung gemeint sein kann, sondern auch die informelle und formelle Infrastruktur im Wohnumfeld mit einzubeziehen ist. Es gilt zu bedenken, dass „die Wohnqualität (...) in Abhängigkeit dieser Faktoren sehr stark differieren (kann) und entsprechend Einfluss auf die Lebensqualität gewinnen (kann). Wohnen ist somit als Dimension der Lebenslage direkt mit deren materiellen Bedingungen verknüpft“ (Clemens: 1994. In: Backes; Clemens: 1998, S. 208).

„Wohnen“ kann somit Handlungsspielräume für den älteren Menschen öffnen, aber auch schließen; doch erst im Zusammenspiel mit anderen Faktoren wie der Lage der Wohnung, der Art, der rechtlichen Form, der sozialen und gesellschaftlichen Infrastruktur, der regionalen Gegebenheiten, der Möglichkeit zur selbstständigen Lebensführung und den gefährdenden Aspekten im direkten Wohnumfeld lässt es seine wahre Bedeutung erkennen. Doch damit kann das Wohnen für ältere Menschen auch zur Belastung werden, beispielsweise wenn das Haus für eine einzelne Person zu groß erscheint und die Bewältigung der damit verbundenen Aufgaben nicht mehr allein zu leisten ist. Andernfalls kann eine Begrenzung auf die eigene Wohnung auch zu Gefühlen der Einengung führen und ebenfalls Unzufriedenheit hervorrufen. Entscheidend dabei ist das *Wohngefühl*, denn darüber wird die eigene Zufriedenheit mit der Wohnsituation ausgedrückt.

Für die Mehrzahl älterer Menschen ist die eigene Wohnung Ausdruck ihrer Selbstständigkeit, Kompetenz und Autonomie, die es in jedem Fall so lange wie möglich zu erhalten gilt, weil sie im Verlauf des Lebens nicht nur Rückzugsmöglichkeiten sichert, sondern immer mehr zu einem ganz persönlichen und sozialen Lebensmittelpunkt geworden ist. „Die Wohnung und die direkte nachbarschaftliche Umgebung werden im Vergleich zu früheren Lebensphasen intensiver genutzt und werden zum Mittelpunkt der alltagsweltlichen Lebenserfahrung“ (Clemens; Backes: 1998, S. 210). Ältere Menschen organisieren ihren Alltag darin in einer für sie typischen Art und Weise und prägen so ihren eigenen Lebensstil.<sup>13</sup> Dieser wiederum

---

<sup>13</sup> Im höheren Alter sind zwei Lebensstile dominierend: sparsam-häuslich und konservativ-kleinbürgerlich, doch es werden bereits Umrisse einer neuen, innovativen Ausrichtung der Lebensstile bemerkbar (Hörl: 1998, S. 65)

Das Lebensstil-Konzept umfasst Merkmale, die den Alltag, das Leben, Situationen, Verhaltensweisen und die Person selbst beschreiben (vgl. Hörl: 1998, S. 69). Insgesamt ist dieses Konzept wenig präzise und weist eine „hohe interindividuelle Schwankungsbreite“ (Thomae: 1983, S. 9) auf. Gleichzeitig bietet es jedoch Hinweise „auf die Vielfalt – um nicht zu sagen Individualität – psychischer Alternsprozesse“ (Thomae: 1983, S. 176). „Kennzeichnend für Lebensstile ist offenbar, dass in ihnen sozial Typisiertes und unverwechselbar Individuelles miteinander verschweißt werden kann“ (Paris: 1987, S. 418).

schlägt sich auch in ihrem Anspruch an das Wohnen nieder, d. h. wie sie ihre Wohnsituation erfahren und wie sie Wohnen wollen. Eine unzureichend erfahrene Situation wird so leicht als schlecht erlebt und steigert die Bereitschaft, möglicherweise in eine andere - modernere bzw. barrierefreie - Wohnung umziehen zu wollen. Dabei haben auch hochbetagte Menschen noch ein Interesse an den Gegebenheiten in ihrem nahen Wohnumfeld (ebd., S. 212).

Es überrascht also nicht, dass 95 v. H. der über 65jährigen Menschen in ihrem gewohnten Lebensumfeld alt werden (Clemens; Backes: 1998, S. 212). Selbst wenn pflegerische Leistungen erbracht werden müssen, kann der überwiegende Anteil älterer Menschen noch auf die Hilfe und Unterstützung durch ihre Angehörigen hoffen. „Die familiäre und ambulante Pflege sind bis ins höchste Alter die dominierenden Versorgungsformen“ (BMFSF: Vierter Bericht, S. 21), wenn die Beschwerden – so muss einschränkend hinzugefügt werden – überwiegend im somatischen Bereich liegen. Die Pflege in der Familie stößt an ihre Grenzen, wenn eine demenzielle Erkrankung vorliegt, so dass ein Wechsel in eine vollstationäre Versorgung im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung dann wahrscheinlich wird.

Älteren Menschen fällt es häufig schwer, ihre gewohnte Umgebung zu verlassen, ihre unabhängige Lebensführung aufzugeben und sich auf eine völlig fremde Lebenswelt in einem Heim einzulassen und sich dieser anzupassen. Das Heim wird somit - psychologisch gesehen – als letzte Station des Lebens angesehen. Die Aufgabe der eigenen Wohnung und der Umzug in ein Heim sind aus diesem Grund für viele ältere Menschen gleichbedeutend mit einer Zäsur im Leben, die das Sterben bereits impliziert: Das Heim wird oft als Endstation gesehen. „Man kann in weiten Kreisen der Bevölkerung geradezu von einer generellen Ablehnung des Wohnens im Altenheim ausgehen (Lehr: 2007, S. 313). In der Folge gehen viele Menschen davon aus, dass ihre Lebensqualität unwiederbringlich sinkt, ihre Grundbedürfnisse und Eigenarten in Frage gestellt werden und sie sich in Abhängigkeiten begeben, in denen wenig Platz für Individualität bleibt. „Allerdings tritt bei jenen Personen, die bereits im Heim wohnen, das Gefühl des Abgeschobenseins zurück“ (zit: nach Herrera: 1994 in: Lehr: 2007, S. 313). Die meisten Befürchtungen finden sich bei Männern jedoch im Verlust der persönlichen Freiheit, bei Frauen sind es eher die Ängste in eine Art „Massenbetrieb zu geraten“ (vgl. Lehr: 2007, S. 314).

---

Die modernen Stile sind den herkömmlichen sozio-ökonomischen Statusgruppen allerdings nicht mehr klar zuzuordnen, „vielmehr sind sie situativ mit Alter, Kohorten- und Lebenslaufpositionen, Geschlecht, Region, Ethnizität und Bildung verbunden, vor allem hängen sie mit generationsspezifisch bestimmten Lebensgefühlen und der Orientierung an Werthaltungen in ‚Milieus‘ zusammen“ (Hörl: 1998, s. 66).

Die Gründe für den Einzug in ein Heim liegen sowohl bei Menschen mit Behinderungen als auch bei alten Menschen vorwiegend darin, dass

- sich die gesundheitliche Situation deutlich verschlechtert hat,
- die Versorgung durch die Betreuungspersonen nicht mehr aufrecht erhalten werden kann,
- die selbstständige Lebensführung nicht mehr möglich ist,
- der Wunsch nach geeigneter Betreuung und Abgabe von Verantwortung besteht, weil die eigenen Fähigkeiten nicht mehr ausreichen,
- der Wunsch besteht, den Angehörigen nicht zur Last fallen zu wollen und der Wunsch nach besserer sozialer Einbindung besteht (vgl. BMFSFJ: 2001, S. 126).

Es verwundert nicht, dass Menschen in dieser Lage eine besonders starke Disposition zu psycho-somatischen Veränderungen entwickeln. Möglicherweise war jedoch schon eine psychische Veränderung vor dem Einzug ins Heim vorhanden, so dass der Anlass die Erkrankung lediglich in Erscheinung brachte. Seit dem Erscheinen der Berliner Altersstudie ist bekannt, dass 65% der untersuchten 1120 Heimbewohner unter einer psychiatrischen Erkrankung nach den Kriterien des ICD-10<sup>14</sup> leiden. Dabei prognostizieren die meisten Untersuchungen, dass für die Zukunft von einer weiteren Zunahme psychischer Störungen bei älteren Menschen in den Heimen auszugehen ist. 3/4 der untersuchten Bewohner wiesen neben der psychischen Störung ebenfalls ein somatische Erkrankung auf, wobei es sich in erster Linie um Herzinsuffizienzen, Bluthochdruck oder Diabetes mellitus handelte (vgl. Hirsch, R.-D.; Kastner, U.: 2004, S. 17f).

Es ist nur allzu gut nachvollziehbar, dass ältere Menschen beim Einzug in ein Heim an die „Endstation in ihrer Wohnbiografie“ (ebd.) denken: Die Umwelt schrumpft auf die Größe eines Zimmers, bestenfalls auf ein Apartment. Andererseits gilt es zu bedenken, dass die „Hilfen, die zumindest potentiell im Heim möglich sind, zuhause weniger gegeben“ sind (ebd.: S. 41). Bislang sind Heime Einrichtungen, die zwar Schutz, Sicherheit und Pflege bieten, doch noch viel zu selten bieten sie auch Raum für Aktivitäten und Teilhabe an gesellschaftlichen Ereignissen, Festen und Veranstaltungen in der Gemeinde, in denen der soziale Austausch und die Begegnung zwischen Heimbewohnern und Gemeinde-mitgliedern aller Altersgruppen im Mittelpunkt stehen kann (vgl. Hummel, K.: 1991; Hummel, K.;

---

<sup>14</sup> International Classification of Diseases = International anerkanntes System zur Klassifizierung von psychiatrischen Erkrankungen. Es wurde von der Weltgesundheitsorganisation WHO erstmals im Jahr 1947 vorgestellt und eingeführt. Derzeit liegt die 10. Fassung vor.



Steiner-Hummel, I.: 1986). Die Erschließung und Unterstützung von bereits vorhandenen und neuen sozialen Ressourcen findet in diesem Rahmen noch zu wenig Berücksichtigung.

Das Leben im Heim gilt in der Bevölkerung bestenfalls als „Sonderform des Wohnens“ und findet lediglich dann Akzeptanz, wenn gesundheitliche Gründe dazu führen, dass eine Betreuung zu Hause nicht mehr gegeben ist. Und tatsächlich leben von den 11,6 Mio. älteren Menschen in Deutschland, die über 65 Jahre alt sind lediglich 5,3 % in Heimen (incl. des Betreuten Wohnens). Derzeit leben 655.000 Menschen in Deutschland in Einrichtungen der Altenhilfe. 57% von ihnen haben das 75. Lebensjahr bereits überschritten und sind durchschnittlich länger als ein Jahr in der Einrichtung. Überwiegend, d.h. zu 80% handelt sich um Frauen, die ihren Lebensabend in einer Einrichtung verbringen (Hirsch, R.-D.; Kastner, U.: 2004, S. 88). Die Forschungsbefunde zum Risiko eines Heimeinzugs und zu den dahinter stehenden Prädiktoren zeigen „ein hohes Risiko in der Altersgruppe der ‚alten Alten‘ bzw. der ‚Hochbetagten‘ aufgrund kumulativer Lebenslagenbeeinträchtigung“ (Schulz-Nieswandt: 2006, S. 242f). Aber sie zeigen auch, dass die Gefahr droht, „dass im Zuge der Erhöhung des Eintrittsalters und Verkürzung der Verweildauer die Heime immer mehr zu Orten der gerontopsychiatrischen Versorgung alter alleinstehender Frauen werden“ (ebd.). Daneben werden sich andere Wohnformen wie beispielsweise Mehrgenerationshäuser, betreute Wohngemeinschaften oder Kleinstheime etablieren, die sich durch das Zusammenwirken von bürgerschaftlich engagierten Menschen und professionellen Anbietern auszeichnen werden.

In der Gruppe von Menschen mit Behinderungen<sup>15</sup> zeigt sich derzeit ein anderes Bild: 60% leben in der Familie, 25% in Einrichtungen der Behindertenhilfe, etwa 8,5% in psychiatrisch orientierten Großeinrichtungen und 6,3% nutzen gemeindenahe Wohnformen (vgl. Haveman; Stöppler: 2004, S. 161f). Differenziert man darüber hinaus auch nach der Art der Behinderung, so stellt man fest, dass insbesondere jeder vierte Mensch mit einer geistigen Behinderung in einer Einrichtung lebt, wogegen aus der Gruppe von Menschen mit anderen Behinderungsformen lediglich jeder zehnte in einer Einrichtung lebt (vgl. Wacker: 2001, S. 51). Offenbar übt die Art und Schwere der Behinderung und der möglicherweise daraus resultierende Unterstützungsbedarf einen entscheidenden Einfluss darauf aus, in welcher Wohnform jemand versorgt und betreut wird.

---

<sup>15</sup> die zur Zielgruppe der Eingliederungshilfe zählen,

Zur Frage der Altersverteilung wurden im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (Wacker et. al: 1998) über 1000 Einrichtungen mit insgesamt 57200 Personen befragt. Ein Viertel der Teilnehmer (N = 14300) war über 55 Jahre alt und es fiel auf, dass im „Vergleich zu den jüngeren Bewohnern (...) mehr ältere Menschen in den großen Wohneinrichtungen mit mehr als 200 Betten (lebten). So wohnten 48% der 55-64-Jährigen und 55,3% der Personen von 65 Jahren und älter in großen Wohneinrichtungen. Für Jüngere war dies nur ein Drittel“(ebd.).

Für die Zukunft wird nicht nur eine Zunahme älterer Menschen mit Behinderungen in der Behindertenhilfe um 10% prognostiziert, sondern auch, dass diese Zielgruppe einer zunehmenden „Separierung in stationären Wohneinrichtungen unterliegen“ wird (Windisch; Böttner: 1997, S. 407). Von 10616 Menschen mit Behinderungen in Hessen, die 1997 in einer WfbM<sup>16</sup> arbeiteten, wohnten 51% in der Herkunftsfamilie, 45% in Heimen und 4% im Betreuten Wohnen. 85% der Heimbewohner lebten in Wohnheimen, wobei ältere überproportional häufiger als jüngere in Wohnheimen als in Außenwohngruppen anzutreffen waren (Windisch; Böttner: 1997, S. 410). Vermutlich wirkt sich der Wechsel zur Teilzeitbeschäftigung in der WfbM sowie der Übergang in den Ruhestand nachteilig für die Aufnahme/ den Umzug in eine Außenwohngruppe aus. Aus den Handlungsleitlinien des Normalisierungsprinzips (Thimm: 1995) leitet sich zwar der Anspruch ab, „bei der Wohnungsversorgung und Entwicklung von Wohnformen keine Altersgrenzen aufzubauen und den Grundsatz zu verfolgen, sich an den Bedürfnissen der älteren geistig behinderten Menschen zu orientieren“ (Windisch; Böttner: 1997, S. 409), doch ist dessen Realisierung<sup>17</sup> ebenso verbesserungswürdig wie die Umsetzung der Selbstbestimmung der Wohnform.

Den augenscheinlichen Zusammenhang zwischen Alter, Behinderung und Pflegebedarf belegt eine Untersuchung in Hessen: Er liegt bei 9% der unter 50jährigen, bei 31% der über 50jährigen und bei 67 % der über 60jährigen. „Danach trägt der Pflegebedarf zweifellos zusätzlich zum Alter wesentlich zur Benachteiligung Betroffener bei der Entscheidung über ihre Unterbringung in stationären Wohnformen statt im ambulant betreuten Wohnen bei“ (ebd.). Dieser enorme Pflegebedarf in der Gruppe von Menschen mit Behinderungen, der sich in der Gruppe der über 60jährigen zeigt, stellt eine Differenz zum Pflegebedarf der selben Altersgruppe in der Gesamtbevölkerung dar: Hier liegt die Pflegequote bei insgesamt 2 % im

---

<sup>16</sup> Werkstatt für behinderte Menschen

<sup>17</sup> auch nach 10 Jahren

Jahre 2005. Erst nach Vollendung des 70. Lebensjahres steigt der Bedarf (stetig) an: Die Quote liegt bei 7 % (Infratest Heimerhebung: 2005, S. 12).

Vermutlich wird sich die Quote der Menschen mit lebenslangen Behinderungen im Alter mit erhöhtem Pflegebedarf aufgrund der demografischen Entwicklungen vervielfachen. In dieser Gruppe werden zweifelsfrei auch altersspezifische Erkrankungen wie beispielsweise Diabetes mellitus, demenzielle Erkrankungen, Apoplex u.a. vermehrt auftreten, die alters- und bedarfsgerechte sozial-pflegerische Konzepte notwendig werden lassen. Gemäß der Annahme, dass ältere Menschen mit Behinderungen zu einer Teilgruppe älterer Menschen werden und ein bereits fundiertes Wissen um die Erkrankungen des Alters in der Altenhilfe bereits vorhanden ist, erscheint es nur konsequent, diesbezügliche „pflegerische Anleihen“ zu machen bzw. eine kooperative Zusammenarbeit anzustoßen, die auf die pflegerischen Kontexte in der Behindertenhilfe zugeschnitten werden können.

**Die Behindertenhilfe** ist durch die Hauptformen des stationären, teilstationären und ambulanten Wohnens geprägt. Für alle drei Formen lassen sich charakteristische Merkmale beschreiben:

Das *stationäre Wohnen* umfasst alle Bereiche des Lebens wie Arbeit, Freizeit, Therapie, Urlaub etc. Alle Angebote sind in einer Trägerschaft und können von allen Bewohnern gleichermaßen genutzt werden. Diese Einrichtungen werden auch als Komplexeinrichtungen bezeichnet. „Sie erheben den Anspruch „Orte zum Leben“ für alle Menschen mit Behinderung zu sein“ (Wacker: 2001, S. 52). Viele dieser Einrichtungen weisen eine über hundertjährige Tradition auf und gehen in ihrer Geschichte auf Stiftungen, Schenkungen oder Ordensgründungen zurück. Im Laufe der Zeit sind sie dann zu einer dorfähnlichen Gemeinschaft herangewachsen.

Das *teilstationäre Wohnen* ist typischerweise eine Einrichtung, die in erster Linie ein Wohnangebot bereitstellt, denn es ist durch eine Trennung von Arbeit und Wohnen gekennzeichnet. Vielerorts wird das Wohnangebot durch Freizeit und Urlaubsangebote ergänzt. Diese Angebote können von verschiedenen Trägern bereitgestellt werden. Mancherorts finden sich auch Mischformen, in denen Wohnen und Arbeit unter einer Trägerschaft stehen.

Das *ambulante Wohnen* bezeichnet Wohnformen unterschiedlicher Größe. Es ist für Paare und Einzelpersonen genauso geeignet wie für (Klein)Gruppen. Es gibt vielfältige Wohnangebote, die sich zunehmend ausweiten. Hier finden sich sowohl große Träger, die dezentrale Angebote aufgenommen haben, aber auch viele kleinere Vereine oder private Zusammenschlüsse und Initiativen, die vereinzelt Angebote bieten. Darüber hinaus entstehen auch Wohngruppen, die ambulant betreut werden oder aus einer Mischung von stationären und ambulanten Angeboten bestehen. Diese Wohnform ist für die Träger kostengünstiger als die stationäre Wohnform, denn im ambulant betreuten Wohnen leben i. d. R. Menschen, die einen höheren Grad an Selbstständigkeit aufwiesen als in den stationären Einrichtungen und die durch eine stundenweise Versorgung und Betreuung begleitet werden können.

Auf den ersten Blick scheinen sich die Strukturen der Alten- und Behindertenhilfe wenig zu unterscheiden, doch im näheren Vergleich stößt man auch auf Unterschiede in den Systemen. Das Aufnahmealter für die Übersiedlung in eine Einrichtung der Behindertenhilfe liegt bei über 65% der Menschen mit Behinderungen bei 18 Jahren (Wacker et al.: 1998, S. 72). Dabei fallen zwei entscheidende Faktoren zusammen: mit der Volljährigkeit fällt auch der Abschluss der Werkstufe in der Sonderschule zusammen, so dass in diesem Zusammenhang nicht nur eine berufliche Perspektive entwickelt werden muss, sondern auch über den Verbleib in der Einrichtung / dem Wohnheim / zu Hause nachgedacht werden muss. Viele Absolventen wechseln dann in eine Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). Die Träger bieten dazu gleichermaßen auch verschiedene Wohnformen an, in die die ehemaligen Schüler dann von zu Hause oder aus dem Kinderwohnheim übersiedeln können. Manche Menschen mit Behinderungen entscheiden sich selbst – für andere wird entschieden. Die Gründe für einen Heimeinzug sind vielfältig: Einige entscheiden sich wegen der Nähe zwischen Werkstatt und Wohnheim dazu, andere verfolgen Pläne, sich verselbständigen zu wollen und manchmal sind es auch die selbst älter werdenden Eltern, die sich zu diesem Schritt für ihr Kind entscheiden. Dass die überwiegende Anzahl der Bewohner von Einrichtungen im mittleren, d.h. erwerbstätigen Alter ist, scheint die folgende Studie zu bestätigen. In einer Untersuchung von Schneekloth und Müller (1995) wurde festgestellt, dass 75% der Bewohner in Einrichtungen der Behindertenhilfe zwischen 18 und 59 Jahren alt sind, 18% sind 60 Jahre und älter und 7% sind jünger als 18 Jahre. Das Konzept „Werkstatt und Wohnen“, das mit der Einrichtung der ersten Werkstätten für behinderte Menschen Anfang der 1970er Jahre entstanden ist, scheint damit weiterhin von Bedeutung zu sein. In einer neueren Befragung lag der Anteil der über 60jährigen in 7 großen Einrichtungen der Behindertenhilfe mit bis zu 850 Bewohnern

zwischen 10 und 35%. „In allen Einrichtungen wird eine beträchtliche Zunahme der über 60jährigen in den nächsten Jahren erwartet“ (Tews: 2001, S. 28). Diese neue Zielgruppe wird das Konzept „Werkstatt und Wohnen“ zunehmend in Frage stellen, so dass hier neue Versorgungs- und Betreuungsformen gefunden werden müssen.

„Ein wesentlicher Aspekt der Wohnsituation behinderter Menschen (...) ist die eingeschränkte Freiheit bei der Wahl des Wohn- und Lebensortes“ (Wacker: 1998, S. 22. In: Wacker: 2001, S. 52). Viele ältere Menschen mit Behinderungen kamen schon als Kind die Einrichtung, wurden einfach abgegeben oder kamen „als Kriegsflüchtling“ (Tews: 2001, S. 28). Andere kommen nun im Alter in eine Einrichtung, weil sie in ihrer Familie mit ihren Eltern alt geworden sind und dort nicht mehr bleiben können. Diese Beispiele zeigen, dass insbesondere ältere Menschen mit Behinderungen bisher nur in Ausnahmefällen mitbestimmen konnten, wo sie wohnen wollen, wer mit ihnen in derselben Wohngruppe lebt, wer sie betreut und mit wem sie ggf. das Zimmer teilen (müssen), was i. d. R. nicht dem eigenen Wunsch entspricht. Dennoch haben sie sich häufig an die Wohnsituation derart gewöhnt, dass sie regelrecht mit ihre verwachsen zu sein scheinen.

Ein weiteres Merkmal kennzeichnet die Situation der (älteren) Bewohner von Einrichtungen der Behindertenhilfe in besonderer Weise, denn 79% von ihnen leben Zeit ihres Lebens als Singles. Die Gründe dafür liegen darin, dass die Einrichtungen in früheren Zeiten nach Geschlechtern getrennt geführt wurden und diese Tradition vielerorts noch spürbar ist.

In den **Einrichtungen der Altenhilfe** sind die Bewohner wesentlich älter: 95% sind 60 Jahre und älter, lediglich 5% sind jünger als 60 Jahre. Der überwiegende Anteil der Bewohner (50%) ist zwischen 80 und 89 Jahren alt (Schneekloth; Müller: 1995. In: Wacker: 2001, S. 53). Fast 80% der Bewohner sind weiblich und erst nach dem Tod (und meist auch der Pflege) ihres Mannes in das Heim eingezogen, denn 79% von ihnen haben zuvor in einer festen Partnerschaft/Ehe gelebt. In der Regel ist es ihnen (oder den Angehörigen) möglich, ein Heim und auch die Art und den Umfang der Betreuung selbst auszuwählen.

Auch wenn ein älterer Mensch mit Behinderung sein Leben bisher zu Hause verbracht hat, kann er i. d. R. im Alter auf keine eigene Familie zurückgreifen. Die engeren Verwandten der Herkunftsfamilie, die selbst mitgealtert sind, bzw. betreut werden müssen, sind mit der neuen Situation nach dem Wechsel in den Ruhestand oftmals überfordert. So bleibt die

Heimaufnahme häufig als letzte Lösung. Einige Menschen mit Behinderungen wechseln sofort nach dem Eintritt in Ruhestand, andere erst nach dem Tod der eigenen Angehörige, d.h. meist aus einer akuten Notsituation in eine Einrichtung, wenn sich keine anderen, ambulanten oder teilstationären Unterstützungsmöglichkeiten mehr anbieten. Im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sind Menschen mit Behinderungen bei der Aufnahme in ein Heim 20 Jahre jünger als ältere Menschen, die in ein Altenheim übersiedeln.

In den **Einrichtungen der Behindertenhilfe** hingegen treffen die „Neulinge“ auf diejenigen, die schon seit längerer Zeit in der Einrichtung leben. In Zusammenhang mit dem „Prinzip des lebenslangen Verbleibs“ in der Einrichtung (und möglichst auch in derselben Wohngruppe), erhält diese Dimension - die in der Altenhilfe keine besondere Bedeutung hat, da alle Bewohner diese Möglichkeit für ihr Lebensende antizipiert und manchmal auch geplant haben - eine völlig neue Qualität. Entweder wird sich in den Einrichtungen der Behindertenhilfe in Zukunft ein neuer interner Typ behindertengerechter, altersangepasster und separierter Wohnbereiche für ältere Menschen etablieren oder dezentrale Wohngemeinschaften werden vermehrt auf die besonderen Bedarfe<sup>18</sup> von alten Menschen hin ausgerichtet. In jedem Fall werden sich die Wohnbereiche konzeptionell auf eine neue Altersgruppe einstellen müssen (vgl. Wacker: 2001, S. 57, 62).

Die Entwicklung neuer Konzepte zum Ausbau der Betreuungszeiten, die Schaffung personeller sowie materieller Unterstützungsleistungen und altersadäquater Angebote sind somit nur noch eine Frage der Zeit, nicht zuletzt um die Kontinuität der Betreuung im Alter - wo auch immer - aufrecht erhalten und sichern zu können. „Man kann mit einem gewissen Recht argumentieren, dass in unserem Land alternde Geistigbehinderte quasi erst entdeckt wurden, als die (...) Einrichtungen an ihre konzeptionsbedingten Grenzen stießen, als deutlich wurde, dass vor allem das Wohnheim für Geistigbehinderte durch seine faktische Kopplung an die Werkstatt für Behinderte, als „Werkswohnung“ (Bradl: 1987, S. 143), für nicht mehr arbeitende ältere Geistigbehinderte nicht gedacht ist bzw. nicht zur Verfügung steht“ (Wieland: 1991, S. 96).

Langfristig werden quantitativ mehr ältere Menschen in den Einrichtungen leben, die Anzahl der jüngeren Bewohner wird sich reduzieren. Es wird zu einer Verschiebung innerhalb des

---

<sup>18</sup> sowohl räumlich, strukturell und organisatorisch als auch im Hinblick auf die Betreuung und Begleitung dieser Zielgruppe.

vielerorts praktizierten „familialen Modells“<sup>19</sup> in den Wohnheimen/-stätten kommen, so dass bereits „in einem Jahrzehnt (...) voraussichtlich mehr als ein Drittel (der Bewohner in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe) im Ruhestandsalter sein wird“ (vgl. Wacker: 2004, S. 9f). Konzeptionelle Neu- bzw. Umorientierungen werden dabei unumgänglich sein, denn es ist belegt, dass „die Risiken der Multimorbidität mit steigendem Lebensalter auch bei Menschen mit Behinderung wachsen werden“. Dieser steigende Bedarf zeigt, dass ältere Menschen ein Wohnumfeld<sup>20</sup> benötigen, das ihren individuellen Bedürfnissen angepasst ist, denn „seine Ausgestaltung bestimmt die Möglichkeiten und Grenzen ihrer selbstständigen Lebensführung wesentlich mit“ (Wacker: 2001, S. 59f).

Vermutlich wird der „Feminisierungseffekt“ auch in der Behindertenhilfe auftreten, so dass „die Formen des Alters und die Formen des Wohnens (...) passungsgerecht in Korrespondenz gebracht werden (sollen), um – psychologisch gesehen – Wohlfahrt und Wohlbefinden der Menschen zu steigern. Dabei geht es – wie bei allen alten Menschen – auch darum, die Institutionalisierung zu vermeiden oder hinauszuzögern. Gleichwohl muss gerade diese immer noch als ‚Sonderwohnform‘ bezeichnete Form des Lebens und Wohnens (...) zu einer unabdingbaren Normalform für das hohe Alter gezählt werden“ (Schulz-Nieswandt: 2006, S. 245). Diese Maxime gilt sowohl für hochbetagte Menschen als auch für betagte Menschen mit Behinderungen, die vermutlich einen ähnlich hohen Unterstützungsbedarf aufweisen werden.

Die Bereitstellung und Förderung von alternativen Wohnformen wird dabei die Alten- wie auch Behindertenhilfe gleichermaßen beschäftigen. Zudem werden der in den letzten Jahren vordergründig betriebene Ausbau der Früh- und Jugendförderung sowie der Aufbau verbesserter beruflicher Möglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt neue Generationen von älteren Menschen mit Behinderungen hervorbringen, die andere Erwartungen, Ansprüche und Wünsche an das Altwerden haben als diejenigen, die heute alt sind. Auch darauf wird verstärkt einzugehen sein. Der Schwerpunkt der Entwicklungen in Alten- und Behindertenhilfe wird dennoch annähernd gleich sein: der Ausbau von ambulanten und auch teilstationären Angeboten mit dem Ziel des Erhalts der Selbstständigkeit zur Verhinderung eines Einzugs in ein Heim, wird Priorität haben. Andererseits werden die Bemühungen um die Ambulantisierung dazu beitragen, dass ältere Menschen mit Behinderungen möglicherweise

---

<sup>19</sup> „Familiales Modell“: die Zusammensetzung der Wohngruppen erfolgt altersheterogen, so dass Menschen aus verschiedenen Generationen in einer Gruppe zusammen leben - so, wie es auch üblicherweise auch in Familien der Fall ist (war).

<sup>20</sup> technisch, baulich, personell und konzeptionell

erstmal im Alter selbstständiger und selbstbestimmter leben können und ein Leben nach ihren Wünschen führen können.

„Wohnen und Wohlbefinden – ein Begriffspaar, das die Bedeutung des Wohnens für den Menschen knapp umreißt. Der Bereich des Wohnens ist der Ort, an dem die menschlichen Grundbedürfnisse nach Geborgenheit, Schutz und Sicherheit und der Wunsch nach freier Gestaltung des persönlichen Bereichs und des Alltags realisiert werden können“ (Seifert: 2006, S. 376). Unter der Prämisse des Lebensweltkonzepts konstituiert sich ein Bereich, in dem sich der Mensch seinen Mitmenschen mitteilt und so eine „gemeinsame kommunikative Umwelt“ (Luckmann; Schütz: 2003, S. 29) schafft. Die alltägliche Lebenswelt als intersubjektive Welt ist dabei „sowohl Schauplatz als auch das Zielgebiet meines und unseres wechselseitigen Handelns. Um unsere Ziele zu verwirklichen, müssen wir Gegebenheiten bewältigen und sie verändern. Wir handeln und wirken folglich nicht nur innerhalb der Lebenswelt, sondern auch auf sie zu“ (Luckmann; Schütz: 2003, S. 32). Doch zur Verwirklichung ihrer Ziele und Bedürfnisse und bei der Gestaltung ihres intersubjektiven Lebensraumes benötigen viele Menschen mit Beeinträchtigungen die Unterstützung und Anleitung von anderen Menschen. Andererseits erfahren sie hierdurch auch Begrenzungen, Hemmnisse, Widerstände oder geraten in einseitige Abhängigkeiten. Diese Aspekte sind für Menschen mit Beeinträchtigungen im Einzelnen bedeutsam, denn ihre Lebenswelt ist häufig eine fremde und auch eine fremdbestimmte Welt. Umso wesentlicher ist es, dass sich professionelle Interventionen entlang der Bedarfe und Wünsche von Menschen mit Beeinträchtigungen bewegen und dass sich die „schlicht gegebene“ Lebenswelt der „natürlichen Einstellung“ (Luckmann; Schütz: 2003, S. 29f) vielmehr an den Möglichkeiten von Menschen ausrichtet, die vielfach selbst nicht in der Lage sind, auf die Situationen des Alltags adäquat zu reagieren. Wenn sich jedoch die Bedingungen und Gegebenheiten der alltäglichen Lebenswelt hinsichtlich der kommunikativen und intersubjektiven Strukturen ganzheitlich auf die Bedarfe von Menschen mit Beeinträchtigungen ausrichten, so kann institutionelles und betreutes Wohnen in den Einrichtungen der Alten – und Behindertenhilfe dennoch „Heimat“ für den einzelnen Menschen sein. Die Nähe zum Lebensweltkonzept und zum personenzentrierten Ansatz ist hier nicht zufällig, sondern sie bietet einen handlungstheoretischen Rahmen, in dem Autonomie und Partizipation realisiert werden können.



## **2.2. Kontakte im sozialen Netzwerk**

Das alltägliche Leben von Menschen spielt sich mehrdimensional, auf verschiedenen gesellschaftlichen und sozialen Ebenen ab, die sich hinsichtlich ihrer Anforderungen und in ihrer Komplexität unterscheiden. In allen Lebensräumen ergeben sich Überschneidungen zu anderen: Daher kann die "Lebenswelt als faktisch gegebener Raum, in dem man miteinander lebt und handelt als wahrgenommene Realität, in der man sich über die unterschiedlichen Formen der Wahrnehmung verständigen muss - seien es die Wahrnehmungen einzelner oder sozialer Gruppen, aus denen und durch die sich private und kollektive soziale Welten konstituieren" (Petzold; Petzold: 1992, Vorwort), beschrieben werden.

Lebensweltliche Erfahrungen werden durch den Austausch und durch die Kommunikation der Menschen untereinander gemacht. Die soziale Realität gestaltet sich durch Auseinandersetzung und Begegnung, die intersubjektive Verständigung und die Entstehung und Konstruktion einer jeweils eigenen Welt ermöglichen, denn "jedes Verhältnis, zu Menschen, zu Dingen, wie zu Ideen, ist immer auch durch soziale Wechselwirkung bedingt und geprägt: Sozialität ist ein wesentliches Merkmal jeder Situation" (Graumann, 1992, S. 95). Tatsächlich sind es die Begegnungen der Menschen und die Erfahrungen untereinander in den jeweiligen Lebenssituationen, die die Geschichte des Menschen in Raum, Zeit und Gefühl entscheidend prägen, denn „in der natürlichen Einstellung ‚wissen‘ wir im Normalfall, was der Andere tut, warum er es tut und wieso er es jetzt und unter diesen Umständen tut“ (Schütz; Luckmann: 2003, S. 44). In dieser Hinsicht liefern interaktive Prozesse liefern nicht nur Informationen und ermöglichen eine Austausch mit anderen Menschen, sondern sie sind auch existenziell: Darüber vergewissern wir uns in unserer Normalität zu sein, in der ‚richtigen‘ Zeit zu sein, das richtige zu tun und können die Bedingungen der jeweiligen Handlungen einschätzen.

Tagtäglich erleben, fühlen und nehmen Menschen Dinge, Situationen, Menschen und sich selbst in ihren Lebenszusammenhängen wahr. "In jede Situation, in die wir eintreten, reicht das hinein, was wir aus unserer Biographie mitbringen, wie das, was andere aus der ihren mitbringen, und das, was schon vorher da war. Mit jeder Begegnung werde ich Teil der Geschichte eines anderen Menschen, wie er ein Teil meiner Biographie" (ebd.). Die alltäglichen Lebenserfahrungen bilden demnach die soziale und selbstverständliche Wirklichkeit des Menschen und gliedern sich in sie ein.

Hellerich spricht vom "Urtypus menschlicher Lebenserfahrungen" (vgl. Hellerich, 1990, S. 619), in dem sich der Mensch entwickelt und bewegt. Menschen konzipieren ihre Lebenswelt, d.h. sie haben eine Vorstellung von dem, worauf sie sich beziehen und versuchen ihre "inneren Bilder" zu verwirklichen. "Dabei hat ein Konzept stets auch etwas Skizzenhaftes und Einfallartiges, es enthält also Momente, die es weiter auszuformen gilt und die somit zukunfts offen sind" (Kraimer, 1994, S. 63).

In dem Menschen miteinander in Kontakt treten, beziehen sie ihre Handlungen aufeinander (sie interagieren), die eigene subjektive Welt wird in einen größeren übergreifenden Zusammenhang gestellt (z.B. in Arbeit, Schule, Beruf,...). "Die menschliche Alltagswelt ist von Anfang an eine intersubjektiv geteilte Welt" (Dewe, Ferchhoff, Scherr: 1991, S. 647) und gleichzeitig durch normativ-gesellschaftliche Regulationsmuster, die das Leben als "geordnetes Leben" (Hellerich, 1990, S. 619) erscheinen lassen, bestimmt. Es gibt demnach eine dynamische "Kopplung von Realität und Subjektivität" (Graumann, 1992, S. 97), die dem Menschen immer neue Anreize bietet und sein Verhalten herausfordert, denn der Mensch ist von Geburt an ein soziales Wesen und auf seine Mitwelt und Mitmenschen angewiesen. Er wird also in eine Kultur hineingeboren, die sich letztlich als seine soziale Wirklichkeit formiert und durch die er sich sozialisiert. Dieser typisch menschliche Lern- und Entwicklungsprozess wird durch subjektive und normative Faktoren beeinflusst verankert sich folglich individuell im Lebenslauf, in der Biographie und in der Entwicklung des Menschen. Dabei vermittelt die Mitwelt nicht nur ein Gefühl der Zugehörigkeit und bestenfalls der Zufriedenheit, sondern eröffnet gleichzeitig auch die Möglichkeit des Austausches und die Weitergabe von Erfahrungswissen. Zusätzlich empfinden Menschen auch die Möglichkeit potentielle Unterstützer bei Schwierigkeiten im Alltag zur Seite zu haben als hilfreich. Dem alltäglichen sozialen Netzwerk eines Menschen kommt somit ein zentrale Stellung ein (vgl. BMFSFJ: 2001, S. 16).

Der fünfte Altenbericht zeigt auf, dass diese Unterstützung im „kleinen Generationenvertrag“, d.h. in den Familien gelingt. Die jeweiligen Leistungen beziehen sich auf kognitive, emotionale, instrumentelle und finanzielle Bereiche, wobei „alte Eltern (...) ihre erwachsenen Kinder (...) vor allem mit finanziellen Transfers und erwachsene Kinder ihren alten Eltern im Haushalt und bei Behördengängen (helfen)“ (BMFSFJ: 2006, s. 184). Es überrascht daher kaum, dass das soziale Netzwerk älterer Menschen überwiegend durch familiäre Beziehungen und deren Möglichkeiten geprägt ist, immer getragen von der Hoffnung, diese Kontakte bis

ins hohe Alter hinein auch erhalten zu können. „Ein funktionierendes soziales Netzwerk ist im Alter von besonderer Bedeutung, da häufiger Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auftreten und soziale sowie generationale Beziehungen unterstützend wirken“ (Backes, G.; Clemens, W.: 1998, S. 71). Dabei spielt auch die Struktur und Qualität der Familienbeziehungen eine besondere Rolle. Dies gilt umso mehr, da die nachwachsenden Generationen an Umfang verlieren und die Vielfalt und Dynamik ihrer Lebensstile zunimmt. Dieser Aspekt ist besonders relevant, wenn man bedenkt, dass die Kontakte zur Familie für ältere Menschen höchste Priorität besitzen, jedoch in vielen Fällen nicht regelmäßig - zumindest persönlich - zu realisieren sind. Allein die Flexibilisierung der Arbeitswelt, die von jedem Arbeitnehmer ein hohes Maß an Initiative und Engagement erfordert, ist häufig auch mit der Bereitschaft verbunden, an anderen Standorten als der Heimatstadt zu arbeiten.

Der Wandel in der familialen Binnenstruktur sowie die steigende Anzahl der Scheidungen führen außerdem dazu, dass sich stetig neue Formen des Zusammen-, „living-apart-together“ oder Alleinlebens etablieren. Frauen sind in diese Veränderungen in besonderer Weise involviert, da sie „bis heute traditionell weitaus stärker als die Männer in die Unterstützungsleistungen für die älteren Generationen eingebunden sind und zudem in der Gruppe der Älteren zahlenmäßig überwiegen“ (Fooker, I.: 1997, S. 6). Durch die veränderten Familienbeziehungen, sinkenden Geburtenraten, die vermehrte Berufstätigkeit von Frauen und die Emanzipationsbewegung drohen diese selbstverständlichen Versorgungs- und Unterstützungsleistungen zunehmend verloren zu gehen.

Dennoch erweist sich das soziale Netz eines älteren Menschen dichter als vermutet: Sofern Kinder vorhanden sind, wohnen sie zu 68% im selben Haus oder zumindest im selben Ort, 23% von ihnen leben maximal 2 Stunden vom Elternhaus entfernt und 9,0% wohnen weiter weg (vgl. BMFSFJ: Dritter Bericht, S. 221). Und: „Je mehr Kinder vorhanden sind, desto eher wohnt eines in der Nähe der Eltern. Bei den älteren Menschen mit zwei erwachsenen Kindern außerhalb ihres Haushalts fällt auf, dass das nächstwohnende Kind überdurchschnittlich oft in unmittelbarer Nähe wohnt, während das andere Kind - verglichen damit - relativ weit von den Eltern entfernt lebt. Es scheint darauf geachtet zu werden, dass eines der Kinder in der Nähe bleibt, was zugleich dem anderen eine größere regionale Distanz und Mobilität erlaubt“ (ebd., S. 222). Doch auch zu ihrem weiter entfernt lebenden Kind hat knapp die Hälfte der Eltern mindestens einmal in der Woche Kontakt. Die Konsequenz aus diesen Untersuchungen ist: „Zumindest für die nächsten beiden Jahrzehnte lässt sich aus der zahlenmäßigen Entwicklung

der Partnerschafts- und Familienkonstellationen der ins Alter kommenden Bevölkerung noch kein Abbau des familialen Hilfe- und Unterstützungspotenzials vorhersagen. Insofern ergibt sich aus der familiendemografischen Entwicklung nicht zwangsläufig ein höherer Bedarf an staatlichen oder privaten Dienstleistungen; zumal sich abzeichnet, dass auch bei den künftigen Alten meist mindestens eines ihrer Kinder nicht weit von den Eltern entfernt wohnt“ (ebd.).

Objektiv gesehen ist diese Folgerung zwar logisch, doch sagt das Vorhandensein von Kindern, noch nichts über die Qualität der Familienbeziehungen untereinander aus: „So kann von der potenziell vorhandenen Unterstützungsmöglichkeit nicht auf das künftige Abfrageverhalten alter Menschen geschlossen werden“ (ebd., S. 223). Und dennoch werden 90% aller Unterstützungsleistungen gegenüber älteren Menschen von nahen Verwandten erbracht. Diese erhalten im Gegenzug häufig materielle Zuwendungen von den Älteren. „Das Geben und Nehmen in den Familienbeziehungen lässt sich nicht allein einer zentralen Logik, einem Leitmotiv unterordnen“ (ebd., S. 224). Vielmehr ist das Engagement durch unterschiedliche Motivationen wie Zuneigung, Altruismus, normative Verpflichtung und Verantwortung, Liebe u. a. geprägt.

Neben der Familie und den Verwandten gehören Freunde, Bekannte, Nachbarn und die Vereinskollegen zum sozialen Netzwerk eines älteren Menschen. Je stärker und vielfältiger diese Beziehungen im Netzwerk ausdifferenziert sind und je besser sie hinsichtlich der o. g. Unterstützungsbereiche „funktionieren“, desto besser sind auch die Voraussetzungen für mögliche Unterstützungsleistungen im Alter - mal ganz abgesehen von der Zufriedenheit und dem anregenden Charakter, die durch die Interaktion mit anderen entstehen können.

Die Funktion der Netzwerkmitglieder insbesondere, wenn es sich um freundschaftliche Beziehungen zur Gestaltung der Freizeit, die zusätzlich für soziale Anerkennung und zum Austausch von Gedanken und Gefühlen sorgen, empfinden ältere Menschen mehrheitlich als bereichernd. Ebenso werden Nachbarn als wichtig erachtet, wenn es um kleinere Hilfen im Alltag geht oder darum, ein paar unverbindliche Worte zu wechseln, eine Tasse Kaffee zusammen zu trinken oder gemeinsame Themen wie beispielsweise die Pflege des Gartens im Sommer zu besprechen. Andere Bekannte, wie etwa „die Kegelschwestern“, nehmen oft eine wichtige Funktion hinsichtlich der Ausübung von Freizeitinteressen wahr. Die Gruppe zentriert sich gemeinsam auf einen Themenbereich, zu dem jeder etwas beitragen kann, so dass das Gefühl der Zugehörigkeit im Erleben des Einzelnen verstärkt wird.

Hinsichtlich der Zusammensetzung und der Größe der Netzwerke bei den über 75jährigen unterscheidet der Vierte Altenbericht zur Lage der älteren Generation (BMFSFJ: 2002, S. 208) vier Typen, die für die Art und den Umfang von Unterstützungsleistungen in Frage kommen:

- das diffuse Netzwerk (42%), das durchschnittlich aus 11 Personen besteht und das überwiegend mit Personen aus verschiedenen Funktionsbereichen besetzt ist. Die Personen pflegen eher lockere Kontakte untereinander,
- das Freundesnetzwerk (28%), das durchschnittlich aus 9 Personen besteht und in dem die Freunde neben den Verwandten und Kindern einen besonderen Stellenwert einnehmen. In diesem Netz werden ebenfalls eher lockere Beziehungen gepflegt,
- das Angehörigenetzwerk (22%), das aus durchschnittlich 10 Personen besteht und in dem Verwandte und Kinder überwiegen, zu denen sehr enge Beziehungen gepflegt werden und
- das familienintensive Netzwerk (8%), das durchschnittlich aus 4 Personen besteht, zu denen zwar weniger enge emotionale Beziehungen gepflegt werden, das jedoch in instrumenteller Hinsicht von hoher Bedeutung ist.

Der Umfang der Unterstützung aus diesen Netzwerken ist dabei von seiner Konfiguration abhängig, dennoch verwundert die Tatsache, dass in einem familienintensiven Netzwerk weniger enge Beziehungen zu finden sind. Die Gründe dafür liegen möglicherweise genau in diesem Gesichtspunkt, denn hinsichtlich der zu erwarteten Leistung und Unterstützung werden eher die Nachbarn und Freunde gefragt als die eigenen Kinder.

Offenbar spielt die Größe eines Netzwerks für ältere Menschen auch eine gewisse Rolle: Größere Netzwerke bergen eher die Gefahr, dass die Beziehungen in ihm eher unverbindlich und locker sind und sich im Falle notwendiger oder gewünschter Unterstützung niemand wirklich verantwortlich fühlt. Dagegen können kleinere Netzwerke Abhängigkeiten und kontrollierende Verhaltensweisen fördern, die in ihrer Ausschließlichkeit nur wenig soziale Alternativen bieten. „Interessanterweise finden sich bei einer mittleren Größe des sozialen Netzwerkes am ehesten Lebenszufriedenheit und soziale Integration“ (vgl. Minnemann: 1994). Bei der Auswahl der Kontakte zu Netzwerkpartnern legen ältere Menschen - im Rahmen ihrer Möglichkeiten - besonderen Wert darauf, dass ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Geben und Nehmen besteht (Fooker: 1997, S. 26f).

Auch bei der Erbringung von direkten Leistungen von anderen achten ältere Menschen bevorzugt darauf, dass diese auf Gegenseitigkeit beruhen. Transferleistungen zwischen jüngeren und älteren Menschen sind somit bereits zu Lebzeiten in vielen Familien die Regel. Die Art der Leistungen betreffend, erhalten ältere Menschen überwiegend instrumentelle und emotionale Unterstützung, während jüngere Menschen häufiger materiell unterstützt werden. Ein Beispiel dazu ist das vielerorts praktizierte „Rasenmähen der Enkel“ für ihre Großeltern. „Diese Ergebnisse können als austauschbezogene Kompensation interpretiert werden“ (Backes, G.; Clemens, W.: 1998, S. 73).

Dennoch verringern sich mit zunehmendem Alter naturgemäß die Qualität und der Umfang der Beziehungen im Netzwerk. Das Potential von Unterstützern sowie von möglichen (Gegen-)Leistungen nimmt stetig ab, wobei einzelne Kontakte wie beispielsweise zu den eigenen Kindern, Nachbarn oder Verwandten stabil bleiben können. „Freundschaften und Verwandtschaftsbeziehungen aus der eigenen Generation nehmen in späteren Jahren quantitativ allerdings deutlich ab“ (ebd.).

„Befragt man ältere Menschen nach ihrem „idealen sozialen Netzwerk“ (...), dann erwähnen sie zum einen Verstorbene, die sie vermissen, zum anderen Personen, die sich in einer der eigenen ähnlichen Lebenssituation befinden (vgl. Minnemann: 1994). Daraus wird der Wunsch nach mindestens einer Person deutlich, zu der es - aufgrund welcher Gemeinsamkeiten auch immer - eine „biografische Nähe“ gibt“ (Fooker, I.: 1997, S. 26).

Auch Kinderlose können im höheren Alter seltener auf ein persönliches Netzwerk mit ausgewogenen Kontakten zwischen jüngeren und älteren Menschen zurückgreifen. Wogegen die Netzwerke von älteren Menschen mit Kindern durch diese Beziehungen und in erster Linie durch den Partner geprägt sind, besetzen die Geschwister im Netzwerk von Kinderlosen die zentralen Stellen. Kinderlose vertrauen dreimal häufiger auf ihre Geschwister als ältere Menschen mit Kindern. „Als emotionale Stütze und intellektuelle Hilfe kommen sie gleich nach dem Partner auf Rang 2 und als Quelle instrumenteller Hilfe rangieren sie nach dem Partner und den Nachbarn auf Rang 3“ (ebd., S. 230). Spätestens ab dem Jahr 2020 wird die Zahl der Kinderlosen älteren Menschen deutlich ansteigen, wenn die geburtenstarken Jahrgänge der 60iger Jahre des letzten Jahrhunderts, alt werden. Doch diese Jahrgänge verzeichnen nicht nur weniger Geschwisterkinder, sondern auch bis zu 30% Kinderlose. Das

soziale Netzwerk wird diesbezüglich noch mehr als bisher über Seitenverwandtschaft getragen: Sie kommt zum Tragen, wenn die Mitglieder der Kernfamilie ausfallen.

Für die Gestaltung der eigenen Lebenssituation scheint es ausschlagend zu sein, wie zufriedenstellend ein älterer Mensch seine sozialen Kontakte im Alter erlebt, sich an seine Situation angepasst hat und wie er den Anforderungen begegnet, denn "das Klima sozialen Rückhalts ist lebenslang von Bedeutung" (Siegrist, 1989, S. 74).

Eine zusätzliche Einschränkung der Mobilität bedeutet für den alten Menschen gleichzeitig eine Einschränkung der täglichen Kontakte und eine "Verarmung der gesellschaftlich und kulturell vermittelten Lernprozesse" (Reimann, 1994, S. 121). Die Anpassung und kommunikative Auseinandersetzung mit der Lebenswelt gerät ins Wanken und beschränkt sich in der Folge auf einige wenige Kontakte, auf die der alte Mensch dann angewiesen ist. In der Regel sind dies 5-8 Personen, wobei die Familie bzw. die Verwandtschaft in der Besuchshäufigkeit und in ihrer Bedeutung an erster Stelle steht.

Neben den familiären Kontakten, sind es die Kontakte in der Nachbarschaft und im Freundeskreis, die Rückzugstendenzen alter Menschen aufhalten und Lebensqualität sichern helfen. Reimann stellt auf dem Hintergrund der sozialen Isolation das Konzept der "Insulation" vor, das alten Menschen das "Bewusstsein der Gruppenidentität" geben soll. "Die Bildung von Wohn-, Haus- und Nachbarschaftsgemeinschaften älterer Menschen, begünstigt durch geringe räumliche Distanz und sozialkulturelle und sozioökonomische Homogenität, könnte wesentlich zur Integration von alten Menschen beitragen" (Reimann, 1994, S. 128). Das Konzept der Insulation richtet sich vornehmlich an alte Menschen, die nicht (oder nur unzulänglich) in soziale bzw. familiäre Netzwerke eingebunden sind. Insulationsgemeinschaften sind sicherlich zunächst als Form einer Option in der Alterselbsthilfe einzuordnen, sollten jedoch nicht verschleiern, dass die Homogenität der Gruppe für die Integration alter Menschen in die Gesellschaft nicht förderlich ist, selbst wenn sie die Identität des einzelnen Menschen stärkt und ihm Sicherheit verleiht, muß doch bedacht werden, dass der Zusammenschluss Gleichgesinnter auch Ausgrenzungen nach sich ziehen kann.

Insbesondere depressive alte Menschen zeigen häufig autistische Symptome, die durch gezielte kommunikative Angebote und Fördermaßnahmen positiv beeinflusst werden können.

Kommunikation schärft die Wahrnehmungsfähigkeit und bereichert die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenswelt, gibt Denkanstöße, regt zu neuen Ideen an, vertreibt die Eintönigkeit und Langeweile des Alltags. In dem der Mensch mit anderen Menschen in Kontakt tritt, drückt er in seiner für ihn typischen Art seine Interessen und Bedürfnisse aus. Hier kann auch über gezielte Insulation nachgedacht werden beispielsweise im Zusammenhang mit dem Konzept der therapeutischen Wohngemeinschaften. Es ist wichtig, daß das Interesse an der Umwelt erhalten bleibt, denn es sichert einen Platz in der Gemeinschaft, erhält den "Draht zur Welt" und verhindert das Versinken in Verzweiflung und Resignation, selbst wenn die Fähigkeit zur Kommunikation eingeschränkt ist, besitzt sie eine starke Aussagekraft und ist sichtbares Zeichen der Persönlichkeit des Menschen, denn es ist dem Menschen unmöglich nicht zu kommunizieren (vgl. Watzlawik, 1990), denn Zuhören und angehört werden sind sichtbare Zeichen der Menschenwürde.

Ältere Menschen mit Behinderungen der heutigen älteren Generation, die in institutionellen Kontexten leben, sind es seit langem gewohnt, sich anpassen zu müssen: viele von ihnen konnten bereits „goldene Heim-Jubiläen“ feiern. Unbestritten hält der Standard der heutigen Heime keinem Vergleich zu früheren „Anstalten“ stand. Viele Ältere können sich noch sehr gut an damalige Zustände und Umgangsformen erinnern. Dagegen sind die heutigen institutionellen Lebensbedingungen sicherlich als fortschrittlich zu bezeichnen. Diese Tatsache sollte aber nicht darüber hinweg täuschen, dass auch weiterhin Menschen in Gruppen zusammenleben (müssen), die sie nicht frei gewählt haben. Und auch das Gruppenleben war unter den „insgesamt ungünstigen räumlichen Voraussetzungen“ (Wacker: 2001, S. 72f) häufig von Spannungen und Missverständnissen begleitet. Freundschaften sind eher selten anzutreffen. In diesem Zusammenhang macht die Aussage der „Vereinsamung in der Menge“, in der „die Bewohnerinnen und Bewohner (...) zwar in Gemeinschaft, aber ohne innere emotionale Bindung“ leben, Sinn (ebd., S. 73).

Verständlicherweise wurden ältere Menschen mit geistiger Behinderung im Laufe ihres Lebens zu „Experten“ in Sachen Anpassung: sie lernten, die Veränderungen im Heimalltag ganz selbstverständlich und mit Gleichmut hinzunehmen. Diese Strategie war möglicherweise in Kriegszeiten überlebenswichtig. Und auch danach verlangte das Leben in den Einrichtungen in meist sehr großen und heterogenen Gruppen Ordnung, Disziplin und Fügsamkeit. Es verwundert nicht, dass ältere Menschen mit Behinderungen erstaunt oder gar verunsichert sind, wenn sie nach ihrer eigenen Meinung gefragt werden. Sie haben sich in



ihrer „institutionellen Nische“ - zumindest bis zum Wechsel in den Ruhestand - gut eingerichtet und es scheint, dass sie für sich auf ihre Weise eine Passung zwischen ihrem persönlichen Bedarf, ihren Bedürfnissen und den institutionellen Ansprüchen gefunden haben. Und so empfinden sie trotz der objektiv überwiegend einengenden Lebenssituationen diese selbst nicht (unbedingt) als veränderungsbedürftig.

Hinsichtlich ihrer sozialen Kontakte sind Menschen in Heimen nicht nur deshalb benachteiligt, weil sie meistens alleinstehend sind, sondern auch, weil sich der häufig stark eingeschränkte Mobilitätsgrad und der jeweilige Gesundheitszustand auf die eigenständige Gestaltung von außerhäuslichen Kontakten negativ auswirken. Daher sind Menschen in Heimen vermehrt von zugehenden Kontakten abhängig. Bei mobileren Bewohnern konnte dennoch nachgewiesen werden, dass „Bewohnerinnen in zentral gelegenen Häusern (...) ihre bisherigen Lebensvollzüge zumindest teilweise aufrechterhalten können und auch häufiger besucht wurden. Eine periphere Lage des Heims erwies sich als ungünstig für die Aufrechterhaltung von Außenkontakten“ (BMFSFJ: 2001, S. 229).

Die häufigsten Kontakte (70%) entstehen jedoch zu Mitbewohnern. Darüber hinaus erhält fast jeder 2. Heimbewohner ein- bis zweimal wöchentlich Besuch von Verwandten oder den eigenen Kindern. 10% der Heimbewohner bekommen nie Besuch und pflegen keine Kontakte zu Mitbewohnern. In vielen Fällen zählen jedoch auch Professionelle zum sozialen Netzwerk der Heimbewohner: sie übernehmen in mehrfacher Hinsicht instrumentelle, alltagspraktische und manchmal auch emotionale Funktionen (ebd.). Ingesamt kann das Fazit lauten: „Das soziale Netzwerk der Heimbewohner ist reduziert, jedoch nicht so stark, wie früher behauptet wurde. Es kann nicht von einer Isolation dieser Menschen gesprochen werden. Im Vergleich zur Normalbevölkerung kann eher von einem ‚reduzierten Normalnetzwerk‘ mit einigen alters- und lebensformbedingten Ausfällen, dagegen aber einer relativ hohen emotionalen Dichte und Fehlen von Belastungsbeziehungen, gesprochen werden. Auch der Bereich der Unterstützungsressourcen ist nur geringfügig reduziert und verändert sich kaum mit dem steigenden Alter. Die sozialen Netzwerke der Heimbewohner weisen somit im peripheren Bereich eine stärkere Reduktion auf, sind jedoch im subjektiv bedeutsamen Zentrum in ihren Größenverhältnissen nur leicht eingeschränkt (Enzberger et al. 1992: in BMFSFJ: 2002, S. 208).

### **2.3. Biografische Erfahrungen**

Die jeweilige Zeit, in der Menschen altern, nimmt für sie eine ordnende Funktion ein, „mit deren Hilfe es möglich wird, eine Standortbestimmung im Lebenslauf vorzunehmen“ (Filipp: 1996, S. 4). Unterschieden werden zwei Zeitdimensionen: die subjektiv erlebte Zeit und die objektiv messbare Zeit.

Objektiv prägen historische und soziokulturelle Einflüsse den persönlichen Alternsprozess. Über die jeweiligen Ereignisse, Erfahrungen und Eindrücke kann der Mensch feststellen, welcher Generation er angehört und welche spezifischen Anforderungen die Lebensbedingungen „seiner Zeit“ an ihn stellten. Neben den individuellen Erfahrungen sind daher auch kollektive Erfahrungen einer Generation für die Altersforschung von großem Interesse. „Indem Menschen einer bestimmten Generation durch die allgemeinen Lebensbedingungen ihrer Zeit (...) mit spezifischen Ausschnitten des Lebens konfrontiert werden, erfährt ihre individuelle Lebensgeschichte eine historische Verortung“ (Filipp: 1996, S. 19). Die historische Dimension erzeugt umgekehrt ein Gefühl der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe: Meiner Generation. Im positiven Sinne kann diese Identifikation eine selbstwertstärkende Funktion übernehmen.

Entscheidend ist, wann und in welcher Zeit im Lebensverlauf, die jeweilige Generation auf historische Ereignisse und ihre jeweiligen Anforderungen trifft. „Ob man beispielsweise 1910 oder im Jahr 1940 geboren wurde, macht in einem Land wie Deutschland, das dramatischen zeitgeschichtlichen Ereignissen ausgesetzt und massiven Wandlungen unterworfen war, natürlich einen gewaltigen Unterschied“ (Filipp: 1996, S. 20). Sicherlich spielt es auch heute noch eine Rolle, ob man die Kaiserzeit, die Weimarer Republik, die 20iger Jahre und die Zeit des Dritten Reiches als Kind, Jugendlicher oder junger Erwachsener miterlebt hat. Der Mehrheit der Menschen, die in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts geboren worden sind, ist gemeinsam, dass sie durch Werte wie Sauberkeit, Pünktlichkeit, Sparsamkeit, Hörigkeit, Fleiß, Anstand und Ehrlichkeit elementar geprägt worden sind. In allen Bereichen des täglichen Lebens galt es in erster Linie, seine Pflicht zu tun: am Band, in der Werkstatt, im Büro, im Haushalt oder beim Militär. Neben rigiden beruflichen und persönlichen Ausrichtungen an Leistung und Ordnung, standen ebenso Respekt und Gehorsam gegenüber staatlichen und kirchlichen Autoritäten im Vordergrund (Wingchen: 2001, S. 267).

Während sich die Erziehungsmethoden in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts entschieden wandelten und die heutige Jugend einige dieser „alten Werte“ z. T. wieder neu lernen muss, erscheint es vor diesem historischen Hintergrund besonders bedeutsam, die jeweiligen Aufwuchsbedingungen differenzierter zu betrachten.

- Die heute 90jährigen sind in der Kriegszeit des ersten Weltkrieges geboren, in der Weimarer Republik aufgewachsen, haben die wechselhaften zwanziger Jahre als Jugendliche erlebt und sind als junge Erwachsene mit dem Dritten Reich konfrontiert worden. „Den zweiten Weltkrieg erlebten sie (...) in der aktivsten Form“ (Wingchen: 2001, S. 267). Und auch nach dem Krieg war es für beide Geschlechter oft schwer, ein Familien- oder Berufsleben aufzubauen.
- Die heute 80jährigen absolvierten die Schul- und Ausbildungszeit in der Zeit des Nationalsozialismus. Als junge Erwachsene zogen sie entweder noch in den Krieg oder wurden zu Wiederaufbauarbeiten herangezogen. „Ihre sogenannten besten und aktivsten Jahre wurden völlig von den politischen Geschehnissen überschattet und beeinflusst“ (Wingchen: 2001, S. 268).
- Die heute 70jährigen erlebten den zweiten Weltkrieg als Kinder. Der Schulbesuch in dieser Zeit war häufig erschwert oder fand gar nicht statt. Viele von ihnen konnten nur wenige Jahre eine Schule besuchen. Darüber hinaus waren „deren Lerninhalte aus heutiger Sicht teilweise fraglich und nur in geringem Maße brauchbar (...)“ (ebd.). Den Zusammenbruch des Dritten Reiches und den Wiederaufbau erlebte diese Generation als Jugendliche.
- Die heute 60jährigen wuchsen nach dem Krieg oftmals ohne Vater auf. Ihre Kindheit war häufig von Entbehren - oder von Fluchtbewegungen - geprägt. Allerdings hatten sie danach schon bessere schulische Entwicklungsmöglichkeiten als die vorhergegangenen Generationen.

Jede dieser Generationen weist hinsichtlich der vorherrschenden Lebensumstände Gemeinsamkeiten auf, die beschreiben, wie und was in der jeweiligen Zeit geschehen ist. Diese Beschreibung sind generationsübergreifende Konstrukte, die den jeweiligen normativen Bewertungen von Menschen unterliegen, die unter denselben objektiven Bedingungen gelebt haben. Schon aus diesem Grund können sie sehr unterschiedlich ausfallen. „In unserer Bevölkerung gibt es kaum eine Altersgruppe, die so differenziert, so heterogen und so stark im Umbruch begriffen ist wie die der Älteren“ (BMFSJF: 2002, S. 19). Und so sind es nicht nur die äußeren Umstände und Ereignisse, die biografisch bedeutsame Eindrücke hinterlassen,

sondern insbesondere ihre Bewertung und ihre Bewältigung durch den Einzelnen. Die Erfahrungen innerhalb bestimmter Zeiträume sind dabei „sowohl Prozess als auch Produkt: (sie) erfahren ihre Umwelt, sammeln Erfahrungen und Eindrücke, um sie in einer ganz persönlichen Art und Weise zu verarbeiten, wobei sie versuchen, ihnen sowie ihrem Leben insgesamt einen „Sinn“ zu geben, in dem sie alles in einen Bedeutungszusammenhang bringen“ (ebd.). Die gesammelte Lebenserfahrung verdichtet sich in diesem Sinn zu einer Art „Expertentum in Lebensfragen“ (ebd.), das vornehmlich der älteren Generation zu eigen ist. „Das Besondere an dem Aufbau von Lebenserfahrung ist nun, dass nicht nur die Sinne, das Wahrnehmungs- und Denksystem beteiligt sind, sondern in hohem Maße auch Emotionen, Bedürfnisse, Pläne und Ziele“ (Filipp: 1996, S. 11).

Die Lebensphase Alter muss nicht per se durch persönliche Verluste gekennzeichnet sein, sondern ist bestenfalls von der Akzeptanz bestimmt, dass sich Lebensereignisse wie beispielsweise Krieg, Unfälle, Trennungen oder Mißgeschicke ereignet haben, die nicht zu beeinflussen gewesen sind: Sie strömten oder stürzten auf den Menschen ein, ohne, dass ein Handlungsspielraum vorhanden gewesen wäre. Für jede Lebensgeschichte ist charakteristisch, „dass der Mensch sein Leben nicht immer in der Hand hat, sondern dass ihm Leben auch ‚geschieht‘“ (Hirt: 2004, S. 4). Lebenserfahrung ist demnach eine „hochkomplexe Mischung aus scheinbar zufälligen Ereignissen, Begebenheiten, und Ergebnissen des eigenen Handelns“ (ebd., S. 12). Jeder Einzelne versucht, aus diesem ihm vom Leben angebotenen „Cocktail“ ein Muster, d.h. eine Logik oder einen Sinn herauszulesen, der ihn verstehen lässt, warum ihm dieses oder jenes widerfahren ist. Folglich können Krisen, die ein Mensch durchläuft, unterschiedliche Bewältigungsmuster auslösen. Möglicherweise wird in Krisen nicht nach neuen Verarbeitungsmustern gesucht, sondern auf alte Bewältigungsmuster zurückgegriffen.

Die Art der Bewältigung hängt dabei entscheidend von den eigenen Möglichkeiten und der Wirksamkeit bisheriger Bewältigungsstrategien ab, denn Lebenskrisen sind immer Schwellensituationen, aus denen der Mensch anders hervorgeht als er hineingekommen ist (vgl. Wingchen: 2001, S. 271). Erlebt der Mensch die anstehende Aufgabe bzw. das Problem zwar als unangenehm, aber dennoch als geringe Abweichung von der Norm, wird es als Herausforderung verstanden und ihn zu aktiver Auseinandersetzung motivieren. Dagegen verbreiten zu große Abweichungen Angst und Schrecken und führen zu Abwehr oder Blockierung (Breloer: 1981, S. 141). Zu problematischen Krisen kommt es, wenn der Mensch sich nicht mehr in der Lage sieht, die aufgetretenen Probleme auch selbst zu lösen.

Ein Weg zur Lösungsfindung kann das Erzählen sein: Es schafft Struktur, hilft die Gedanken und Gefühle zu ordnen und neue Lösungsmuster zu ergänzen (vgl. Wingchen: 2001, S. 272ff). Dabei stimmen die Bilder, manchmal mehr, manchmal weniger, mit den originalen Ereignissen überein. In ihrer emotionalen Intensität hingegen können sie unterschiedliche Grade erreichen. Ein Rückblick auf das Leben stützt sich sowohl auf die Gedächtnisleistung - die ganz nebenbei auch noch trainiert wird - als auch auf die Emotionen, die derjenige dabei empfindet. „Ältere Menschen, (...), erfahren nicht nur als Erzähler (...) eine Stärkung der personalen Identität, sondern sie können darüber hinaus durch die Auseinandersetzung mit ihrer Biografie jene persönlichkeitsinternen Reflexionen bei sich selber vollziehen, die eine Art (selbst-) therapeutischen Heilungsprozess beinhalten“ (Hirt: 2004, S. 10), denn die „Lebensgeschichte stellt eine Vergegenwärtigung des Erlebten dar“ (ebd., S. 11).

Alle Erlebnisse und Erfahrungen zusammengefügt haben Einfluss auf den Umfang und die Art des Wissens, auf Einstellungen und Überzeugungen und auf zukünftige Handlungen. Beispielsweise stellt so der Übergang in den Ruhestand oder der Beginn der Altersphase ein Lebensergebnis dar, das im Rückblick vertiefende Einsichten in die eigenen Lebenszusammenhänge anbietet (vgl. Fillip: 1996, S. 12) und darüber hinaus als neuer Ausgangspunkt für weitere Entwicklungsmöglichkeiten gesehen werden kann.

Die Vielfalt der Lebensstile und – philosophien in der heutigen Zeit verweisen nicht nur darauf, dass das Leben heute individualisierter und selbstbestimmter als früher ist, sondern auch, dass ältere Menschen heute „aktive Gestalter ihrer Entwicklung“ (Filipp: 1996, S. 14) sind. Die Anzahl der Lebensjahre sagt demnach wenig darüber aus, was den Menschen ausmacht, denn der „Alterszustand und Alternsprozesse sind das Ergebnis des eigenen Lebenslaufes, ureigenster individueller Erlebnisse und Erfahrungen und der ganz persönlichen Art sich damit auseinander zu setzen“ (Lehr: 2005).

So bietet die Bewertung der eigenen Lebensgeschichte älteren Menschen ob ohne oder mit Behinderungen noch vielfältige Möglichkeiten an:

- sie kann eine (therapeutische) retrospektive Lernhilfe sein, die die eigene Geschichte als Selbstbildungsprozess erkennt und nutzt (biographische Bildung),
- sie kann lehren, die Hilfen der professionell Tätigen als Unterstützung bei der eigenen Lebensgestaltung anzunehmen (biographische Begleitung) und

- sie kann Lösungen anbieten, wie Krisen und Konflikte selbstbewusst angegangen und zukunftsorientiert gelöst werden können (biographische Therapie), (vgl. Buchka:2003, S. 279f).

Der Ausgangspunkt ist der einzelne Mensch und seine Lebensgeschichte selbst, d.h. seine „Stärken und Schwächen (...), um ihn dort abzuholen, wo er in seinem Biographielernen steht“ (ebd.). Eine in diesem Sinne verstandene Biographiearbeit ermöglicht den Zugang zu Verhaltens- und Erlebensweisen des älteren Menschen und bedeutet, Rückschau zu halten, auf das, was erlebt wurde. „Denn nicht die Bilanzierung von Problemen, Misserfolgen oder negativen Erinnerungen, sondern von Erfolgen und positiv erlebten Ereignissen stiftet Vertrauen in die eigenen Ressourcen, Zuversicht, Lebensmut und Lebenskraft“ (Theunissen: 2000, S. 79). Die Aufgaben der biographischen Arbeit liegen deshalb nur bedingt in der Rekonstruktion von vergangenen Erfahrungen und Ereignissen, schon eher in der Gegenwart und ihren aktuellen Gegebenheiten nämlich im Entwurf einer Zukunft, die eine weitgehende Lebensautonomie verspricht (vgl. Herriger:1997, S. 97).

Die Relevanz des biographischen Arbeitens in diesem Sinne erschließt sich insbesondere für Menschen mit Behinderungen, die in einer Einrichtungen leben und ihren professionellen Begleitern, häufig nicht sofort. Eher werden die potentiellen Chancen des Übergangs in den Ruhestand verkannt und man neigt dazu, in der gewohnten Position zu verharren, dass alles so weiter geht wie bisher und lediglich rein organisatorische Regelungen für die nachberufliche Zeit getroffen werden müssen. Doch auch für Menschen mit Behinderungen hat „die Lebensgeschichte so viel Einfluss auf das Lebensgefühl, dass dadurch die Zukunftserwartungen und die Zukunftsperspektive bestimmt werden. Es ist diese persönliche Geschichte, die es verständlich machen kann, warum der eine Senior noch joggt und auf Festen sein Tanzbein schwingt, während ein Gleichaltriger nicht von seinem Stuhl loskommt, lieber allein ist und wenig Initiative zeigt“ (Haveman; Stöppler: 2004, S. 63). Diese Geschichten und Verhaltensweisen machen Menschen erst zu dem was sie sind: „Menschen mit einer großen Verschiedenheit in individuellen Merkmalen und Charakterzügen“ (ebd.), die in der Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte - wie alle anderen Menschen auch - den Sinn ihres Lebens erkennen, deuten und interpretieren wollen, um zu neuen Entwürfen zu kommen.

Der Einfluss der Biografie auf den Alternsprozess ist unumstritten. Mit Blick auf die Lebensgeschichten von Menschen mit Behinderung häufen sich insbesondere bei der heutigen älteren Generation Faktoren, die eine solche Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte erschweren. Die leitende Frage ist jedoch, was Menschen mit Behinderung in ihrer Lebensgeschichte geformt hat und welche Faktoren dabei eine Rolle spielen. Haveman und Stöppler (2004: S. 53) schlagen dazu anhand eines sozial-gerontologischen Modells vier Faktorengruppen vor, die zur Beantwortung hilfreich eingesetzt werden können. Sie unterscheiden dabei zwischen

1. *altersbezogenen Faktoren*, die sich auf biologische, mentale und körperliche Prozesse beziehen,
2. *zeitbezogenen Faktoren*, die sich auf soziale Gruppen und Prozesse in einem bestimmten Zeitraum beziehen (Kohorten- und Periodeneffekte)
3. *personen-bezogenen Faktoren*, die sich auf individuelle Erfahrungen und Erlebnisse beziehen und
4. *individuellen Reaktionen*, die sich auf die Anpassung an die anderen Faktoren beziehen (ebd., S. 53).

Vielfach ist jedoch die Recherche erschwert, da häufig nur wenige fragmentarische Aufzeichnungen aus früheren Lebenszeiten existieren oder „vorhandene Kranken- oder medizinische Akten (...) so gut wie keinen Aufschluss über Lebensgeschichten (geben)“ (Skiba: 2006, S. 214). Ein lückenloser Überblick über die Lebensgeschichte eines älteren Menschen mit Behinderung lässt sich daher nur in seltenen Fällen erstellen, auch fehlt vielen „die Fähigkeit zur zeitlichen Strukturierung“ (Skiba: 2006, S. 214). Wichtiger als die Rekonstruktion erscheint es hingegen, älteren Menschen einen Zugang zu ihren eigenen Erlebnissen zu schaffen, „den erforderlichen Raum zu gewähren, die eigenen Erinnerungen wiederzufinden und zu ordnen, sie anzunehmen und sich mit ihnen zu identifizieren. Auf dieser Grundlage können dann Einsichten gewonnen und vertieft werden“ (Skiba: 2006, S.215), denn für viele „hat die Lebensgeschichte so viel Einfluss auf das Lebensgefühl, dass dadurch die Zukunftserwartungen und die Zukunftsperspektive bestimmt werden“ (Haveman und Stöppler (2004: S. 53).

Sicherlich bringt die Gruppe der heute älteren Menschen mit Behinderungen ihre ganz individuellen Problemlagen mit, die aufgrund ihrer historischen Entstehungskontexte weiterhin brisant und als schicksalhaft gelten. Doch die vermeintliche biografische

Andersartigkeit und ganz besondere Spezifik des Alter(n)s von Menschen mit Behinderungen, ist nicht vorhanden, so dass es sicherlich keiner besonderen Gerontologie für diese Zielgruppe bedarf. Vielmehr müssen Konzepte und Dienstleistungen so weiter entwickelt werden, dass sie dem individuellen Bedarf dieser stetig größer werdenden Gruppe älterer Menschen angepasst und gerecht werden. „Für altgewordene Menschen mit einer geistigen Behinderung gilt sicherlich auch die gleiche Grundaussage wie für die meisten Menschen im Alter, dass sie nämlich von ihrer eigenen Lebensgeschichte geprägt sind und dass die Lebenserinnerungen jenen erfahrungsbezogenen Horizont darstellen, nach dem im Alter bestimmte Ereignisse bewertet und eingeordnet werden“ (Skiba: 2006, S. 44).

#### **2.4. Gesundheit**

Lange Zeit galt das Altern in der Medizin als degenerativer und daher auch pathologischer Prozess: Der Organismus nutzt sich im Laufe des Lebens einfach ab. Zunehmend treten verschiedene funktionelle Beeinträchtigungen auf, in dessen Folge der Mensch letztlich verstirbt. Diese Betrachtungsweise war sehr verbreitet, bis Untersuchungen bewiesen; „dass das Alter ein ganz normales quasi universelles Phänomen ist, welches sehr stark mit dem Prozess der Differenzierung und des Wachstums verbunden ist. Dermaßen folgen Wachstum und Rückbildungsphase zeitlich nacheinander und bilden die sukzessiven Etappen des ‚Entwicklungsprogramms‘ eines jeden Organismus“ (Boulière: 1990, S. 40). Deshalb finden sich innerhalb einer Altersgruppe nicht nur interindividuelle Unterschiede und Geschwindigkeiten im Alterungsprozess, sondern auch von einer Population zu einer anderen. Boulière führt zur Erklärung dieser Abweichungen genetische Gründe, die physische Aktivität, die Ernährung und den Gesundheitszustand an. Diese Kategorien verallgemeinern zwar den differentiellen Charakter des Alterns, doch implizieren sie gleichzeitig Ansatzmöglichkeiten für ein gesundes Alter(n) im physiologischen Sinne.

Der Alterungsprozess ließe sich in physiologischer Hinsicht noch relativ einfach beschreiben, doch führen „nicht alle morphologischen Organveränderungen auch zu Veränderungen der Organfunktion“ (ebd.). Innerhalb der Gruppe der organbezogenen Alterungsprozesse nehmen die sog. „primären Alterserkrankungen“ eine besondere Stellung ein. Sie heben sich dadurch von anderen Prozessen ab, dass sie vorzugsweise erst im Alter in Erscheinung treten. Eine gutartige „Vergrößerung der Prostata“, die Entstehung eines „grauen Stars“ oder die



Erkrankung „Diabetes mellitus Typ II“ sind einige Beispiele dafür (vgl. BMFSFJ: 2001, S. 72).

Das Thema „Gesundheit“ erfährt – allein aus biologischer Sicht – einen immer höheren Stellenwert, denn je gesünder ein Mensch ist und bleibt, desto unabhängiger ist er von anderen Menschen, Dienstleistungen oder Institutionen. Die Gefahr, zu erkranken bzw. immobil oder gar bettlägerig zu werden, ist im Alter besonders hoch, so dass der Erhalt der Gesundheit für ältere Menschen ein hohes, ganz persönliches Gut darstellt, das es stetig in ihrem Alltag zu erhalten gilt.

Menschen im hohen Alter sind besonders anfällig für Krankheiten, da der Organismus nur noch unter großer Anstrengung die nötige Abwehrkraft und stabile Immunität aufbringen kann. Andererseits begünstigt ein kranker Organismus den Prozeß des Alterns. Auch können Krankheiten, die lange latent waren, plötzlich ausbrechen, bereits bestehende Erkrankungen zeigen im Alter eher die Tendenz zur Chronifizierung und kumulieren sich mit anderen Erkrankungen. Multimorbide Erkrankungsbilder sind im Alter keine Seltenheit, kennzeichnend dafür ist "das gleichzeitig(e) Auftreten mehrerer Krankheiten, die behandlungsbedürftig sind " (Füsgen: 1988, S. 45).

In einer WHO-Studie in elf Ländern wurde festgestellt, "dass bei über 75 Jahre alten Personen in der Bundesrepublik im Durchschnitt fast 10 Krankheiten pro Person diagnostiziert wurden" (Lehr, 1991, S. 310). "Multimorbidität" zeigt einerseits ein hohes medizinisch-diagnostische Niveau auf und auf der anderen Seite die Anfälligkeit der hochbetagten alten Menschen für pathologische Störungen.

Grundsätzlich werden drei verschiedene Arten von Erkrankungen im Alter unterschieden:

1. *alternde Krankheiten*, die den Menschen aus einer früheren Lebensphase bis ins Alter hinein begleitet haben und
2. *primäre Alterskrankheiten*, die im Alter zum Ausbruch gekommen sind und denen von daher besondere Bedeutung zukommt z.B. Altersdiabetis, spezifische psychiatrische Krankheitsbilder etc. und
3. *Krankheiten im Alter*, die allgemeiner Art sind, die also auch bei jüngeren Menschen auftreten können, jedoch andere i. d. R. ungünstigere Krankheitsverläufe zeigen. Ein klassisches Beispiel ist die Appendizitis, die gemeinhin als

„Blinddarmentzündung“ bekannt ist und die im Alter stärkere Symptome auslösen und einen schwereren Verlauf nehmen kann als in jüngeren Jahren (vgl. Lang in Reimann und Reimann, 1994, S. 284f).

Vermeehrt wird darauf aufmerksam gemacht, dass Erkrankungen im Alter vorbeugend begegnet werden kann, um chronische und multimorbide Krankheitsverläufe möglichst zu vermeiden bzw. zu mildern.

Menschen erleben ihr Alter selten ganz frei von Krankheiten, so dass die Verknüpfung von „Alter“ und „Krankheit“ nahe liegt. „Dennoch ist es unzulässig, Alter und Krankheit gleichzusetzen oder Alter als Krankheit aufzufassen“ (Steinhagen-Thiessen; Worbelt; Borchelt: 1996, S. 7), denn bis heute gibt es wenig gesicherte Daten über einen Zusammenhang dieser Faktoren. „In jedem Fall ist anzunehmen, dass an der Häufung von Krankheiten im letzten Lebensabschnitt verschiedene Faktoren beteiligt sind. Neben den biologischen oder „normalen“ Alterungsvorgängen des Organismus und seiner Regulationspotentiale und –geschwindigkeit, die die Anfälligkeit gegenüber akut auftretenden Gefährdungen wie Infektionen und Verletzungen erhöhen, sowie den bereits oben erwähnten „primären“ Alterskrankheiten, die fast ausschließlich erst im Alter auftreten (...), sind es vor allem auch die „mit-alternden“ Erkrankungen, die bereits früher im Leben erworben wurden“ (Steinhagen - Thiessen et al.: 1996, S. 8). Zu diesen Erkrankungen zählt die chronische Bronchitis, die sich - in früheren Jahren erworben - zu einem Lungenemphysem ausweiten kann. Dabei kann die eingeatmete Luft nur unter größter Anstrengung wieder ausgeatmet werden: Die Lungenfunktion ist deutlich eingeschränkt. Es kommt zu Atemnot und Entzündungen.

Neben den mit-alternden und primären Erkrankungen, treten auch akute Erkrankungen auf wie beispielsweise Infektionen, Entzündungen, Frakturen, Intoxikationen u.a. , die i. d. R. anders als in jüngeren Jahren verlaufen. Manchmal empfinden Menschen selbst bei einem Herzinfarkt keine Schmerzen oder sie bekommen trotz schwerer Infektionen kein Fieber. „Andererseits haben akute Erkrankungen im Alter häufiger einen schwereren Verlauf und werden schwerer bewältigt, das heißt, der Organismus braucht mehr Zeit zur vollständigen Genesung oder Rekonvaleszenz“ (Steinhagen - Thiessen et al.: 1996, S. 9). Begründet wird dieses Phänomen durch die altersbedingte Abnahme der Regulationsgeschwindigkeit der Regelkreise im Körper. Bei einer Störung des Gleichgewichts der Organe und seiner

funktionalen Systeme gilt: Ein Körper im Alter ist leichter zu stören als wiederherzustellen. Für einen alten Menschen, kann deshalb ein Sturz zu einer Verkettung von weiteren Erkrankungen führen und lebensbedrohliche Folgen haben. Wenn der Sturz beispielsweise zu längerer Bettlägerigkeit führt, erhöht sich gleichzeitig das Risiko von Druckgeschwüren, Muskelabbau und Sepsis. Gleichzeitig beschleunigt die Immobilität durch mangelnde geistige Anregungen und Beweglichkeit sowie fehlende soziale Kontakte geistige Abbauprozesse. Vergleichsweise würde sich ein Sturz in jüngeren Jahren nicht zu einer solchen Verkettung von Folgeerkrankungen aufbauen. Doch gerade deshalb sind sie für die geriatrische Medizin - nicht zuletzt zur Entwicklung von Programmen zur Sturzprophylaxe - von besonderer Bedeutung.

Die exemplarische Fallgeschichte von Frau Elli Feser verdeutlicht die im Alter häufig anzutreffende Verkettung von anfänglich medizinischen Problemen, die eine Reihe von psychosozialen Fragestellungen nach sich ziehen.

Frau Elli Feser ist 84 Jahre alt und seit 10 Jahren verwitwet. Sie lebt in ihrer Zweizimmerwohnung in der 4. Etage. Das Rheuma in Kreuz, Armen und Beinen hat sie nämlich zunehmend „steifer“ werden lassen. Frau Feser ist stolz darauf, dass sie ihre Wohnung noch tadellos in Schuss halten kann. Sie kocht leidenschaftlich gern und achtet dabei peinlich genau auf ihre „Broteinheiten“. Seit 15 Jahren ist sie zuckerkrank. „Alterszucker“ hatte ihr Arzt gesagt. Das Spritzen wird von einer Pflegerin erledigt, die jeden Morgen vorbeikommt, den Blutzucker und -druck misst und die notwendigen Einheiten verabreicht. Trotz ihrer vielen „Zipperlein“, wie sie es nennt, ist sie ganz zufrieden. Doch manchmal stören sie die Schmerzen in den Knien und in den Waden mehr als die Herzstiche beim Treppensteigen. Dann bleibt sie stehen und macht eine Pause. Frau Feser ist oft allein, aber das stört sie nicht. Täglich telefoniert sie mit ihrer Tochter, die einmal in der Woche vorbei kommt und ihr beim Einkaufen, Putzen und Waschen hilft. Vor sechs Wochen erlitt Frau Feser einen Schlaganfall. Ihre Tochter fand sie auf dem Boden ihrer Wohnung vor. Sie war stutzig geworden, weil sich Frau Feser nicht wie üblich telefonisch gemeldet hatte. „Schlaganfall mit Halbseitenlähmung und Sprachstörung“ lautete die Diagnose. Doch Frau Feser hatte Glück und konnte frühzeitig in eine geriatrische Rehabilitationsabteilung verlegt werden. Dort wurde mit ihr das Laufen geübt. Die Lähmung im Arm ist nicht ganz verschwunden und auch die Sprache ist bisweilen

etwas unverständlich. Manchmal fehlen ihr die richtigen Worte. Aber: dank ihres eisernen Willens konnte Frau Feser in ihre Wohnung zurückkehren. Sie kann sich selbst an- und ausziehen, zur Toilette gehen und sich verköstigen. Das Leben ist nun viel mühseliger geworden; das nimmt sie jedoch gern in Kauf. Sie möchte lieber in ihrer eigenen Wohnung alt werden als im Heim (vgl. Steinhagen - Thiessen et al.: 1996, S. 6).

Offensichtlich leidet Frau Feser an Symptomen, die auf mehrere Erkrankungen schließen lassen und die als „Multimorbidität“<sup>21</sup> bezeichnet werden. Betroffen sind fast alle Systeme des Körpers: Das Herz-Kreislaufsystems, das Skelett, der Bewegungsapparat und der Stoffwechsel. In ihrer Summe fällt dieses Gesamtbild bei vielen Menschen im höheren Lebensalter ganz ähnlich aus: unabhängig vom Schweregrad leiden 88% der älteren Menschen zwischen dem 70. und 100. Lebensjahr unter Multimorbidität (vgl. Steinhagen-Thiessen: 1996, S. 11).

In der Regel bleiben die Erkrankungen, die ein multimorbides Krankheitsbild prägen, bis an das Lebensende bestehen. Sie bilden eine Art „Sample“, das sich außerdem noch wechselseitig beeinflussen kann und prädisponiert für akute Erkrankungen wie beispielsweise Infektionen. Innerhalb des Spektrums der Erkrankungen bilden sich „zwei große Krankheitsgruppen heraus, die im Häufigkeitsspektrum an erster Stelle stehen: die Erkrankungen des kardio- und zerebrovaskulären Systems und die Erkrankungen des Bewegungsapparates“ (BMFSfJ: 2001, S. 73). Eine differenzierte Untersuchung der einzelnen Krankheitsbilder in Bezug auf verschiedene Altersgruppen ergab, dass „zwar nahezu alle 70jährigen und Älteren aus medizinischer Perspektive auf die eine oder andere Art „krank“ sind, aber nur etwa ein Drittel lebensbedrohlich erkrankt ist“ (ebd.).

Allerdings ist der weitaus größte Teil älterer Menschen in der Lage, ein weitgehend selbstständiges Leben zu führen. In der Berliner Altersstudie (vgl. Mayer; Baltes: 1996) wurde dieses Phänomen untersucht und festgestellt, dass die Pflegebedürftigkeit vornehmlich nach dem 80. Lebensjahr entscheidend ansteigt (vgl. BMFSJ: 2001, S. 82) „Daraus ergibt sich, dass für den größten Teil der älteren Bevölkerung erst ca. 15 bis 20 Jahre nach dem Austritt aus dem Erwerbsleben Hilfebedarf mehr und mehr zur Regel wird. Die Jahre davor

---

<sup>21</sup> Multimorbidität wird definiert als Mehrfacherkrankung, bei der mindestens fünf körperliche Erkrankungen zu diagnostizieren sind (vgl. Steinhagen - Thiessen et al.: 1996, S. 11).

sind für die meisten von weitgehender Unabhängigkeit von Hilfe und Alltagskompetenz gekennzeichnet“ (BMFSfJ: 2001, S. 71).

Die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands wird in der Altersforschung seit langer Zeit beobachtet. Untersuchungen belegen, dass das Empfinden um die eigene Gesundheit einerseits hoch mit der objektiven Bewertung durch Fachpersonen korreliert und andererseits aber auch relativ unabhängig davon sein kann. So zeigten Idler, Kasl und Lemke (1991) beispielsweise, dass ältere Menschen, die ihren Gesundheitszustand eher als schlecht bewerten, i. d. R. früher sterben. Mit den einflussnehmenden Faktoren auf die subjektive Bewertung der Gesundheit hat sich die Berliner Altersstudie (Mayer; Baltes: 1996) ebenfalls befasst. Man fand Hinweise darauf, dass Krankheiten, die zu Funktionsverlusten führen, das Empfinden stärker beeinträchtigen als lange bestehende chronische Erkrankungen. Offenbar haben sich Menschen mit chronischen Erkrankungen mit der Zeit an ihre Krankheit gewöhnt bzw. gelernt, mit ihr zu leben. Dagegen werden plötzliche Funktionsbeeinträchtigungen quasi als „negativer Anschlag auf die Gesundheit“ gewertet. Weiterhin haben die Anzahl der verordneten Medikamente, ein geringerer Bildungsgrad, die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht und das Vorhandensein bzw. die Entwicklung von psychischen Erkrankungen einen negativen Einfluss auf die Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes (vgl. Steinhagen - Thiessen et al.: 1996, S. 12).

Ob das hohe Alter einen Einfluss ausübt, konnte bislang noch nicht vollständig aufgeklärt werden. Doch ein Ergebnis ist bemerkenswert: „Die Daten der Berliner Altersstudie, die sich besonders auf das sehr hohe Alter beziehen, zeigen, dass die Angaben älterer Menschen auf die Frage „Wie schätzen Sie zur Zeit Ihre körperliche Gesundheit ein?“ nicht mit dem Alter variieren, das heißt, im Mittel unterscheiden sich die Antworten der 70jährigen nicht von denen der über 90jährigen“ (ebd.). Ebenso eindrucksvoll ist der Vergleich des eigenen Empfindens, mit dem der Gleichaltrigen. „Dies bedeutet, dass mit zunehmendem Alter der subjektive Vergleich zu Gleichaltrigen bei befragten Personen sogar immer häufiger zugunsten der eigenen Gesundheit ausfällt“ (ebd.). In der Folge wirkt sich dieser Vergleich positiv und stärkend auf das Selbstwertgefühl aus. Das „gesellige Beisammensein“ mit Gleichaltrigen wirkt demnach stimulierend auf das eigene Gesundheitsempfinden. Der Vergleich mit Gleichaltrigen, denen es möglicherweise schlechter geht, kann die eigenen Erkrankungen sogar zeitweilig in den Hintergrund treten lassen.

In den nächsten Jahr(zehnt)en ist auch hier ein neuer Trend in der Bewertung der eigenen Gesundheit zu erwarten, denn die größer werdende Gruppe älterer Menschen wird vermehrt eigene Kriterien im Hinblick auf ihr gesundheitliches Befinden entwickeln..

Der erkrankte Mensch erlebt sich und seine Krankheit subjektiv und individuell, er *fühlt* sich krank. "Die Art des Erlebens und der Auseinandersetzung ist beeinflusst von Erfahrungen, die der Patient in der Auseinandersetzung mit früheren Krisen und Belastungen gewonnen hat" (vgl. Kruse in Hirsch u.a., 1992, S. 72). Die biographischen Erfahrungen und die Art der Verarbeitung und Bewältigung von Erlebnissen und Krisen und das Wissen um Fähigkeiten werden im Alter besonders deutlich und bilden den Hintergrund für die Auseinandersetzung, denn jeder Mensch eignet sich im Leben unterschiedliche Problemlösestrategien an, die er in kritischen Situationen des Lebens anwendet.

Wird im Sinne der WHO „Gesundheit (definiert) als ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und (...) weit mehr als die bloße Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO: 1984), dann ist das Wohlbefinden des Menschen in seiner Lebenssituation das maßgebliche Kriterium, denn "jede Krankheit wird auch lebensstiltypisch erlebt“ (Dörig-Hug, 1988, S. 39). In diesem Rahmen kann Krankheit im Alter auch als Herausforderung verstanden werden, die die Möglichkeit bietet, neue Erfahrungen zu machen und Perspektiven zu entwickeln. Einer multiperspektivischen Sichtweise entsprechend ist Gesundheit als "ein Prozess sich ständig entwickelnder Erfahrung, als lebendige Kontaktaufnahme des Menschen mit sich selbst und mit seiner Umwelt, (und) ein Prozess, den jeder Mensch letztlich selbst fördern oder behindern kann" (Teegen, 1994, S. 47) zu verstehen. Er muss "als dynamisches Gleichgewicht gesehen, das sich immer wieder ändern kann" (Dörig-Hug, 1988, S. 34) verstanden werden. Körperliche, psychische und soziale Faktoren wirken aufeinander und intensivieren bzw. blockieren sich.

Auch Menschen mit Behinderungen sind von diesen altersbedingten Veränderungsprozessen betroffen und haben sich mit ihnen – auf ihre Weise – damit auseinanderzusetzen, denn „die biologischen Altersveränderungen unterscheiden sich (...) bei leichter und mittlerer geistiger Behinderung nicht wesentlich von den Altersprozessen bei Menschen ohne Behinderung“ (Bartels: 1989, S. 14 In: Skiba: 2006, S. 59).

Allerdings ist bei Menschen mit langjährigen Behinderungen von „Unruhe oder Unbehagen über eine sich nähernde Altersphase (...) bei 50 - 70jährigen kaum etwas zu merken“ (Haveman; Stöppler: 2004, S. 100). Somit scheiterte in der Vergangenheit auch das Vorhaben, eine feste Altersgrenze für den Wechsel in den Ruhestand ausmachen zu wollen ebenso wie das Bestreben älteren Menschen mit Behinderungen ein vorzeitiges Altern oder gar eine „Alternsspanne“ zuschreiben zu wollen (Ern: 1992, Beermann; Reischuk:1987, S. 69). Bei Befragungen von Menschen mit Behinderungen fand sich ein deutliches Ergebnis: Lediglich die über 70jährigen stuften sich als alt ein. „Es war nicht das chronologische Alter, durch das sie sich alt fühlten, sondern der Verlust körperlicher Fähigkeiten, der Verlust der Selbstständigkeit und die Meinung, sich nicht mehr gesund zu fühlen“ (Haveman; Stöppler: 2004, S. 100).

Wie Menschen mit Behinderungen ihre eigene Gesundheit im (hohen) Alter bewerten, ist dagegen nicht belegt, denn in ihrem Leben waren es i. d. R. häufig wechselnde Bezugspersonen, die sich um ihre Gesundheit gekümmert haben. Es ist daher zu vermuten, dass sie zwar über wenig objektives Gesundheitswissen verfügen, aber viele von ihnen an körperliche Beeinträchtigungen und Veränderungen oder sogar Schmerzen „gewöhnt“ sind. Es ist zwar zu erwarten, dass auch in der Gruppe älterer Menschen mit Behinderungen chronische Krankheitszustände, Multimorbidität und psychische Störungen sowie der Pflegebedarf ansteigen wird (vgl. Wacker: 2001, S. 107). Doch möglicherweise können Menschen mit Behinderungen diesbezüglich auf ein breites Spektrum von Ressourcen und Bewältigungsstrategien zurückgreifen, das sie Zustände des Wohlbefindens und der Geborgenheit bewusster erleben und diese in den eigenen Lebensentwurf integrieren lässt, „da ihnen ein Leben mit wesentlichen Einschränkungen vertrauter ist als den meisten Altersgenossinnen (ebd.)“.

### **Pflegebedürftigkeit und Versorgungssituation**

Die Erwartungen alter Menschen an ihre Familie hinsichtlich Versorgung und drohender Pflegebedürftigkeit decken sich häufig nicht mit denen ihrer Kinder, die in ihren Lebenszusammenhängen stetig neue Beziehungs- und Kontaktfelder entdecken, während bei alten Menschen die bestehenden Beziehungen eher stagnieren oder abnehmen. Dennoch nimmt die Familie einen wichtigen Stellenwert innerhalb des Versorgungssystems ein, denn ca. 80-90% der pflegebedürftigen alten Menschen werden von ihren Familien versorgt. Damit

ist die Versorgung ein zentrales Thema der Beziehungen innerhalb der Lebenswelt "Familie", trotz der sich verändernden gesellschaftlichen Werte und Normen. Die familiären Ressourcen sind für die Altenhilfe weiterhin unverzichtbar und werden versorgungsstrategisch mitkalkuliert. Sie werden deswegen Gegenstand der familienpolitischen Diskussion der nächsten Jahre sein, denn die "Versorgung alter Menschen in der Familie" wird fraglich und wird sich brisant darstellen und neue konzeptionelle Grundlagen erfordern. Hörl und Rosenmayr sprechen in diesem Zusammenhang von einem drohenden "sozialen Notstand"; denn wenn die pflegenden Angehörigen ihre Dienste einstellen würden, wäre das soziale Dienstleistungssystem nicht in der Lage, die Versorgung - weder ökonomisch noch personell - zu garantieren.

Professionelle Dienste leisten in der ambulanten und teilstationären Betreuung pflegebedürftiger zu Hause lebender Menschen eher ergänzende Dienste in Form von Information, Beratung, administrativen Aufgaben, Vermittlung von Diensten, Grundpflege, die die häusliche Versorgung durch die pflegenden Angehörigen lediglich entlasten sollen, aber das Ausmaß der verbleibenden familiären Belastung ist immens: die Erwartungen alter Menschen hinsichtlich Pflege und Versorgung sind gestiegen und die Phase der Betreuung hat sich in der Regel verlängert. Konflikte innerhalb der Familie durch die Pflegesituation sind dabei schon fast vorprogrammiert, denn "die Konfliktwahrnehmung dürfte gestiegen, die ‚Frustrationsbereitschaft‘ (hingegen) gewachsen sein und die Toleranzgrenze für die Verarbeitung von Beziehungshärten ist vermutlich seit 60 Jahren stark gesunken, so dass Menschen mittleren Alters Belastungen gegenüber überhaupt eine andere Haltung einnehmen" (Strawbridge; Wallhagen: 1991. In: Hörl, Rosenmayr, 1994, S. 92).

Frauen – insbesondere Töchter und auch Schwiegertöchter – waren von dieser Erwartungshaltung zur Pflege ihrer alt gewordenen (Schwieger-)Eltern lange Zeit betroffen. „Nicht nur erwarten alt gewordene Mütter in besonderer Weise Zuwendung von ihren Töchtern und reagieren mit Kränkung, wenn sie diese nicht in erwartetem Umfang erhalten (von den Söhnen wird meist weit weniger erwartet und die Zuwendung mit größerer Anerkennung honoriert) – auch tatsächlich liegen Versorgung und Betreuung der Älteren zumeist auf den Schultern der Frauen, die zu dem Zeitpunkt, in die Hilfe für die Eltern notwendig wird, meist selbst im mittleren Alter stehen oder dieses überschritten haben“ (Rosenmayr: 1992 In: Hörl, Rosenmayr: 1994, S. 92).



In jedem Fall ist die Grenze der Belastbarkeit der Frauen und auch der Familien schnell überschritten, denn viele übernehmen die Pflege des alten Menschen ohne jegliche Vorbereitung und ohne Vorkenntnis über das, was sie tatsächlich erwartet. Das Ausmaß und die Belastung der Pflegebedürftigkeit für die pflegenden Angehörigen ist oft nicht vorausschauend bedacht worden, so dass die familiären Probleme erst in der Pflegesituation selbst auftreten. Die Konflikte entladen sich dann meistens mit Verzögerung, wobei lange Aufgestautes und Erfahrungen aus früheren Lebensphasen mit den aktuellen Konflikten kumulieren können. Pflegende Angehörige sind mit kranken alten Menschen derart belastet, daß sie kaum Zeit für sich selbst zur Regeneration finden, da sie eine ständige Präsenz sichern und die Aufsichtspflicht einhalten müssen.

Die Pflegesituation ist psychisch und emotional belastend, da sie sich unausweichlich gestaltet und die ständige Nähe an den Kräften zehrt und gleichzeitig den psychischen Druck erhöht. Erschwerend kommen bei psychisch kranken alten Menschen die oft unverständlichen Reaktionen und Verhaltensweisen hinzu, die ihn nicht mehr als den früher gekannten Menschen erkennen lassen wie beispielsweise beim Fortschreiten einer demenziellen Erkrankung (Gutzmann, Zank: 2005).

Der überwiegende Teil der Pflegenden besteht aus Frauen, die die Pflege und Betreuung des alten Menschen zu Hause übernehmen und damit der Doppelbelastung Familie - Pflege bzw. Dreifachbelastung Familie-Beruf-Pflege ausgesetzt sind.

Die Familie als alleiniger klassischer Zuständigkeitsort für Frauen existiert und funktioniert insbesondere im Bedarfsfall in dieser traditionellen Form zwar im wesentlichen noch immer, sie ist jedoch erheblichen Veränderungen unterworfen. Veränderte Lebensformen lassen neue gesellschaftliche Rollenmuster entstehen. Junge Frauen entwickeln andere Lebensperspektiven und sichern sich in erster Linie ihre eigene berufliche Existenz und lösen sich aus dem Muster des "Daseins für andere" (vgl. Beck - Gernsheim, 1992), "während der Mann auf Selbstbehauptung trainiert wurde, um im Konkurrenzkampf bestehen zu können, wurde der Frau das "Dasein für andere" zugedacht, für Mann und Kinder, nicht zuletzt für Alte" (Beck-Gernsheim, 1993, S. 166).

Dennoch wird die Pflege und Betreuung alter Menschen derzeit noch überwiegend von Frauen übernommen, mit allerdings fraglich gewordener Perspektive. Die Frage der nächsten Jahre wird sicherlich sein, wo und wie alte Menschen gepflegt werden können, wenn sich die

familiären, weiblichen und gesellschaftlichen Lebensformen verändern. Es wird über innovative Konzepte jenseits der familiären oder innerhalb dieser neuen Strukturen nachgedacht werden müssen. Die Grenze der Belastbarkeit der Familie ist offensichtlich erreicht und eine Entlastung in dieser Situation unbedingt erforderlich.

Hörl und Rosenmayr schlagen in diesem Zusammenhang einen neuen Funktionsbereich vor, der sich auf die Vermittlung von Diensten bezieht, die dann mit den Familien zusammenarbeiten. "Es kommt darauf an zu erkennen, dass Organisationen und Familien nur in einer koordinierten Anstrengung bestimmte gemeinsame Ziele (Bedürfniserfüllung für alte Menschen) erreichen können" (Hörl, Rosenmayr, 1994, S. 99).

Die Pflegesituation langjährig behinderter Menschen ist entweder durch die Versorgung in einer Einrichtung oder die Versorgung im häuslichen Kontext der Herkunftsfamilie geprägt. Durch den Ausbau der ambulanten Wohnformen sind mittlerweile auch weitere Arrangements hinzugekommen. Insbesondere ältere Menschen mit Behinderungen, die in stationären Einrichtungen leben, können im Pflegefall auf Lösungen hoffen, die ihren Bedarfen entsprechen, denn viele Anbieter stellen bereits heute sicher, dass Menschen mit Behinderungen in ihrem gewohnten Lebensraum alt werden und sterben werden dürfen. Die Situation für ambulant betreute Menschen scheint hingegen noch weitgehend ungelöst: weder kann die Zusicherung des Altwerdens in den eigenen vier Wänden gegeben werden, noch ist geklärt, welche finanziellen Rahmenbedingungen dafür gelten könnten.

Die derzeitige Diskussion entfacht sich an den gesetzlichen Vorgaben der Pflegeversicherung (SGB XI) und der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen (SGB IX und SGB XII). Die Hauptfragen dazu lauten: Können Menschen mit Behinderungen nach dem Wechsel in den Ruhestand ganz generell noch Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen? Und: Können sie zusätzlich zu diesen Leistungen auch Leistungen nach dem SGB V (Krankenversicherung) oder auch dem SGB XI (Pflegeversicherung) in Anspruch nehmen? Welche Bedingungen müssen dazu erfüllt sein? Die Meinungen darüber gehen auseinander, denn die Kostenträger favorisieren zwar bedarfsgerechte Lösungen, doch müssen diese kostengünstig sein. Somit erscheint im Falle der Pflegebedürftigkeit ein Wechsel von den Leistungen nach der Eingliederungshilfe in die Leistungen der Pflegeversicherung günstig, der jedoch für den Betroffenen vermutlich mit einem Wechsel in ein Pflegeheim verbunden wäre. Die Anbieter und Dienstleister der Behindertenhilfe sehen sich hier als Anwälte ihrer

Bewohner und suchen diesbezüglich nach sozialverträglichen – manchmal auch integrativen<sup>22</sup> – Lösungen, die den Bedürfnissen ihrer Bewohner entsprechen und nur wenige Veränderungen für den Einzelnen mit sich bringen.

Ganz anders stellt sich die Situation der Menschen mit Behinderungen dar, die in häuslichen Kontexten leben. 50% derjenigen, die eine Werkstatt für Behinderte besuchen, leben in der Herkunftsfamilie<sup>23</sup>. Mit dem Übergang in den Ruhestand verändert sich die häusliche Situation und die hochbetagten Eltern sind häufig mit der Betreuung überfordert. Allerdings kommt es manchen Fällen auch vor, dass nun die älteren Menschen mit Behinderungen selbst pflegerische Aufgaben für ihre Eltern übernehmen, so dass eine Art symbiotisches Geflecht entsteht, das sein jähes Ende mit dem Tod der Eltern erfährt. In beiden Fällen – und im Falle des Eintritts von eigener Pflegebedürftigkeit – ist es möglich, dass sich die Lebenssituation für den Menschen mit Behinderung drastisch verändert, in dem er kurzfristig in ein Heim aufgenommen wird. Eine Untersuchung eines Instituts der Universität Hannover aus dem Jahr 2008<sup>24</sup> hat gezeigt, dass nicht nur die Belastung der Familien, die einen Menschen mit Behinderung begleiten, sehr hoch ist, sondern diese auch durch die Einstellung und Haltung gegenüber anderen Menschen und dem Umfeld geprägt ist. Diesbezüglich wurden vier Familientypen ermittelt. Die Ergebnisse waren – neben dem allgemeinen Wunsch, eine gute Zukunft für den Menschen mit Behinderung sichern zu wollen – gleichzeitig von Ratlosigkeit in Bezug auf Betreuung und Begleitung im Falle von Pflegebedürftigkeit / Tod geprägt. In dieser Situation holten sich einige Familien Unterstützung ins Haus, andere hingegen bewerteten diese schwierigen Situationen als eigene Niederlage und verharrten weiterhin darin – hielten diese unter extremem Einsatz und immer nahe der eigenen Belastungsgrenze aus.

Darüber hinaus bemängelten viele Teilnehmer der Untersuchung, dass zwar viele offene Fragen bestehen würden, doch das Beratungsangebot entweder nicht zur Verfügung stehen würde oder die Qualität und Intensität der Beratung nicht ausreichend, d.h. sich nicht explizit auf die Fragen der Nutzer richtet, sondern eher einen informativen Charakter aufweist.

---

<sup>22</sup> Beispielsweise durch die Einrichtung einer Pflegestation in der eigenen Einrichtung oder die Einstellung einer Pflegefachkraft in der Wohngruppe o.a.

<sup>23</sup> Bestands- und Bedarfserhebung, Werkstätten für Behinderte Menschen (Stichtag 31.12.2001) Einsehbar und Bericht unter: [http://www.consens-info.de/index.php?cccpage=veroeffentlichungen\\_berichte](http://www.consens-info.de/index.php?cccpage=veroeffentlichungen_berichte) (Stand: 11.08.2008).

<sup>24</sup> Der Bericht ist einsehbar und herunterzuladen unter: [www.ies.uni-hannover.de](http://www.ies.uni-hannover.de) (Stand: 11.08.2008)

## 2.5. Alltagskompetenz

Die stetige Auseinandersetzung mit den Anforderungen des Alltags fördert eine aktive Gestaltung des Alters. Dabei sind Fähig- und Fertigkeiten gefragt, die den Austausch zwischen Mensch und Umfeld ermöglichen. Ein Mensch ist dann kompetent, wenn er über spezifische individuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügt, die er im Laufe seines Lebens entwickelt und zu einer ganz eigenen Komposition verdichtet hat (= personorientierte Perspektive). Betrachtet man auch die Anforderungen, die das Leben dabei an ihn gestellt hat, so wird von einer umweltorientierten Perspektive gesprochen (vgl. Kruse, A.; Lehr, U.: 1996, S. 9). „Die Integration dieser beiden Perspektiven kommt in dem Begriff der „Passung“ zum Ausdruck: Inwieweit stimmen die im Lebenslauf entwickelten Fähigkeiten und Fertigkeiten mit den aktuellen Anforderungen der Umwelt überein, inwieweit besteht also eine Passung zwischen Person und Umwelt? Die Beantwortung dieser Frage ist nicht nur von theoretischem, sondern auch von praktischem Wert: Denn der Erhalt bzw. die Förderung der Kompetenz ist nicht nur Aufgabe der Person, sondern entsteht erst durch den Austausch mit ihrer Umwelt. Vermehrte Anregungen durch die Umwelt können dazu beitragen, dass vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten auch tatsächlich eingesetzt oder erweitert werden“(ebd.).

Auf der Suche nach einer neuen Rolle im Alter ist die erste Zeit nach dem Wechsel in den Ruhestand besonders bedeutsam, wenn es gilt, persönlich ansprechende Anforderungen zu finden. Diese Suche ist nicht nur von äußeren Bedingungen abhängig, sondern basiert auf der Bereitschaft, sich auf eine veränderte Lebensweise einlassen zu wollen und die damit verbundenen Chancen zu erkennen und anzunehmen. Eng damit verbunden ist auch die Fähigkeit, sich im Leben so einzurichten, dass es möglichst individuell gestaltet werden kann. Dabei erscheint es für den Betroffenen und seine Begleiter hilfreich, sich näher mit der Vergangenheit zu beschäftigen. Sie gibt Aufschluss darüber, wie sich ein Mensch im Laufe seines Lebens in Bezug auf die eigene Kompetenz entwickelt hat: Welche Vorlieben und Gewohnheiten hat er gepflegt? Welche Interessen und Wünsche hat er umgesetzt? Welche hegt er schon sein Leben lang? Welchen Lebensstil hat er entwickelt?

Der Übergang in den Ruhestand markiert eine Zäsur im Lebenslauf: Die Gestaltung des Tages ändert sich und es „ müssen neue soziale Rollen und Tätigkeiten gefunden werden, die persönliche Zufriedenheit und das Gefühl vermitteln, von anderen Menschen gebraucht zu werden (Kruse, A. ; Lehr, U.: 1996, S. 4). Der Erhalt von Selbstständigkeit bis ins hohe Alter

hinein und der Umgang mit sich verändernden Bedingungen sind Fragen, denen sich die psychologische Forschung seit langem widmet. Einerseits befasst sie sich mit der Nutzung von Möglichkeiten und Potentialen und andererseits wird die Bewältigung von Grenzen, Beeinträchtigungen und Einschränkungen im Alter untersucht. Das gewonnene Wissen, wie Menschen ihr Leben im Alter gestalten „eröffnet einen Weg zum Verständnis von Kreativität und Reife im Alter“ (ebd., S. 6).

Zunehmend wird im Kontext der Gestaltung eines gelingenden Alterns in gesellschaftlicher wie subjektiver Hinsicht von „produktivem Altern“ gesprochen. Dabei geht es darum, Erfahrungen und Wissen jeglicher Art an die nachfolgenden Generationen zu transferieren. Ein klassisches Modell bietet die Übergabe oder Übernahme eines Handwerksbetriebes. Mittlerweile bieten die regionalen Handwerkskammern dazu einen Experten-, Vermittlungs-Service an, der einerseits Kontakte zu älteren Handwerksmeistern vermittelt und andererseits Nachfolger für deren Betriebe sucht. Jüngeren Existenzgründern stehen dazu sog. „Mentorennetzwerke“ zur Verfügung: „Hier stellen erfahrene Unternehmer, die ihren Betrieb in jüngere Hände gelegt haben und aus jahrzehntelanger Erfahrung wissen, wie man mit den Problemen des betrieblichen Alltags umgeht, den Jungunternehmern ihre Erfahrung zur Verfügung. Dies kann in einem Gespräch oder auch über telefonische Ratschläge geschehen. So haben junge Unternehmerinnen und Unternehmer die Chance, ihre Entscheidung mit einer erfahrenen außen stehenden Person zu diskutieren, um ihre eigene Leistungsfähigkeit stets weiter zu verbessern. Die Tätigkeit der Mentoren ist ehrenamtlich und verursacht dem jungen Unternehmer somit keine zusätzlichen Kosten. Die Vertraulichkeit wird gewährleistet und vertraglich zugesichert.“ (Handwerkskammer Münster: 2005). Auch in Entwicklungsländern sind die älteren Experten mit ihrem Wissen als Berater und Fachleute vor Ort gefragt. Ebenso in sozialen, ökologischen und kulturellen Projekten, in denen das Bürgerschaftliche Engagement traditionell genutzt wird. Das Potential scheint nahezu unerschöpflich. Lehr und Späth (1990) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, „dass die Politik institutionelle Rahmenbedingungen schaffen sollte, durch die die Umsetzung dieser Potentiale gefördert wird“ (Kruse, A.; Lehr, U.: 1996, S. 8). Verschiedene Ansätze wie beispielsweise die Einrichtung von regionalen Seniorenbüros, ZWAR-Gruppen<sup>25</sup> und lokalen Freiwilligen-Agenturen sind in NRW bereits umgesetzt.

---

<sup>25</sup> ZWAR = Zwischen Arbeit und Ruhestand. Ein Projekt des Ministeriums für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW, das auf die Initiative von Hoesch-Stahl entstand. Zur Gestaltung ihres Ruhestandes organisieren sich ältere Arbeitnehmer und Ruheständler in Interessensgruppen, denn „ZWAR heißt in sozialen Netzen gemeinsam alt zu werden“. Einige Gruppen haben Schwerpunkte in Aktivitäten wie beispielsweise „Computer“, „Wandern“ und „Radfahren“ oder gestalten eigene Projekte. Dazu auch: [www.zwar.org](http://www.zwar.org)

Das Hauptkriterium zur Bewertung der jeweiligen Lebenssituation bleibt jedoch die eigene Zufriedenheit. Selbst wenn es darum geht, Belastungen, Beeinträchtigungen oder gesundheitlichen Risiken zu trotzen, nimmt die Verwirklichung von eigenen Interessen und Wünschen einen herausragenden Stellenwert ein, denn sie „stellt hohe Anforderungen an die psychischen Ressourcen eines Menschen, und deshalb ist die Aufrechterhaltung eines persönlich zufriedenstellenden und selbstverantwortlichen Lebens als eine „psychologische Leistung“ zu bewerten. Bemüht sich ein alter Mensch trotz körperlicher Einbußen um Selbstständigkeit, ist die psychologische Leistung um so höher einzuschätzen“ (Kruse, A.; Lehr, U.: 1996, S. 10).

Neben den Fähig- und Fertigkeiten des Einzelnen entscheiden die äußeren Bedingungen wie und in welchem Ausmaß ein selbstbestimmtes Leben möglich ist. Hierbei werden vier Bereiche relevant:

- *die räumliche Umwelt:* Wohnqualität, Ausstattung der Wohnung, Haushaltsgröße, Wohnlage und -umfeld
- *die soziale Umwelt:* persönliches Netzwerk, soziale Partizipation und Anerkennung. Erreichbarkeit von Angeboten. Aktuelle Verpflichtungen (Bsp. Pflege des Partners)
- *die materielle Umwelt* Eigentum, Besitz, Ersparnisse
- *institutionelle Umwelt:* ambulante und stationäre Dienste, kulturelle und soziale Angebote, medizinische Versorgung (Kruse, A.; Lehr, U.: 1996, S. 13).

Alle Bereiche zusammen bilden den Rahmen, der dem Einzelnen Stabilität und Sicherheit vermittelt. Auf der Basis einer person- und umweltbezogenen Perspektive definiert sich der Begriff „Kompetenz“ nun als „Gesamtpaket der Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen zur Aufrechterhaltung eines selbstständigen, selbstverantwortlichen und persönlich zufriedenstellenden Lebens in seiner räumlichen, sozialen, (materiellen<sup>26</sup>) und institutionellen Umwelt“ (Kruse, A.; Lehr, U.: 1996, S. 12).

Die Alltagsgestaltung und das Aktivitätsniveau eines älteren Menschen ist somit auch ein Gradmesser für seine Selbstständigkeit und seine Selbstverantwortlichkeit. Auf der anderen Seite sind diese eher auch das Resultat geeigneter und förderlicher Rahmenbedingungen „So können z. B. Abhängigkeit, eingeschränkte Beweglichkeit und vor allem Pflegebedürftigkeit zu Überforderung und zum Zusammenbruch psychischer Ressourcen älterer und alter

---

<sup>26</sup> Anmerkung der Autorin

Menschen führen. Vorhandenes Verarbeitungspotential der Betroffenen kann nur bei Unterstützung durch die soziale Umwelt aktiviert werden“ (Backes; Clemens: 1998, S. 95). Bei dieser Verarbeitung ist der Einfluss von positiven sowie negativen Lebensbedingungen von entscheidender Bedeutung. Viele ältere Menschen erleben es bei Beeinträchtigungen schon als hilfreich, sich mit anderen - ebenfalls betroffenen - Menschen auszutauschen (ebd.). In einer Untersuchung von Smith und Baltes konnte gezeigt werden, dass diese selbstregulativen Strategien bis ins hohe Alter genutzt werden (Smith; Baltes: 1996, S. 221f).

In einer Studie befragte Kruse (1996) 480 Personen im Alter von 68 - 103 Jahren zu ihren Tätigkeiten und Aktivitäten im Alltag. Er nutzte dazu ein Kategoriensystem, in dem 20 verschiedenen Tätigkeiten wie Besuche machen, ein Kino oder Theater besuchen, Fernsehen, Gartenarbeit, ein Café besuchen u. a. aufgeführt waren.

Gruppe	Größe	Aktivitätsniveau	Soziodemographische Merkmale und Gesundheitszustand
1	N = 128	Hohe Aktivität in zahlreichen Tätigkeiten. Das Spektrum von Aktivitäten ist breit. Besonderes Gewicht wird auf Kontakte sowie auf Tätigkeiten außer Haus gelegt.	Eher „jung“, eher gute Gesundheit, eher mittlere bis höhere Bildungsschicht, eher mittleres bis höheres Einkommen, eher gute Wohnbedingungen
2	N = 154	Unterschiedlich aktiv in den einzelnen Tätigkeiten; im Durchschnitt besteht ein mittlerer Aktivitätsgrad. Ein mittleres Tätigkeitsspektrum ist erkennbar. Besonderes Gewicht wird auf Lesen und Kontakt gelegt.	Breites Altersspektrum, eher mittlere bis gute Gesundheit, eher mittlere Bildungsschicht, eher mittleres Einkommen, eher gute Wohnbedingungen.
3	N = 57	Eher geringe Aktivität in den Tätigkeiten, mit Ausnahme der Tätigkeit Lotto- und Totospielen. Enges Tätigkeitsspektrum.	Breites Altersspektrum, mittlere Gesundheit, mittlere bis untere Bildungsschicht, mittleres bis geringes Einkommen, eher zufriedenstellende Wohnbedingungen.
4	N = 141	Geringe Aktivität in allen Tätigkeiten, sehr enges Tätigkeitsspektrum.	Breites Altersspektrum, eher schlechte Gesundheit, eher niedrige Bildungsschicht, eher geringes Einkommen, zufriedenstellende bis schlechte Wohnbedingungen.

Abb. 3: Kruse, A.; Lehr, U.: 1996, S. 15: Charakterisierung der vier Gruppen in Bezug auf Form der Alltagsgestaltung, soziodemographische Merkmale und Gesundheit.

Die Auswertung der Daten ergab 4 Gruppen, die sich in Bezug auf ihre Alltagsgestaltung, ihre sozio-ökonomischen Merkmale und ihre Gesundheit unterschieden (s. Abb.4). Ein wesentliches Ergebnis der Untersuchung war, „dass eine Person im Lebenslauf ein Interessens- und Tätigkeitsspektrum entwickelt, welches auch von den Möglichkeiten und Grenzen ihrer Lebensbedingungen bestimmt wird. Doch ist zu bedenken, dass die größere Anfälligkeit für Krankheiten im Alter zunehmend von den objektiv gegebenen Lebensbedingungen abhängig macht (so z.B. von den Wohnverhältnissen)“ (Kruse, A.; Lehr, U.: 1996, S. 15). Mit Blick auf die vierte Gruppe ist darüber hinaus auch die Möglichkeit, mit körperlichen Beeinträchtigungen umzugehen und diese zu kompensieren, herabgesetzt.

Weitere Untersuchungen von Olbrich, Kruse und Schmitt aus dem Jahr 1995 widmeten sich der Frage, wie selbstständig ältere Menschen in ihrer Alltagsgestaltung sind. Insgesamt wurden 1092 ältere Menschen zu ihrer Selbstständigkeit befragt. Ihre Aufgabe bestand darin, 23 verschiedene Aktivitäten wie Essen zubereiten, Medikamente stellen, Wäsche waschen, die Toilette benutzen u. a. mit einer 3stufigen Skala zu bewerten. „In dieser Studie waren ausschließlich Personen einbezogen worden, die mindestens eine Aktivität des täglichen Lebens nur mit Schwierigkeiten oder gar nicht ausführen konnten. Diese Spezifizierung war notwendig, weil die Studie Auskunft darüber geben sollte, bei welchen Aktivitäten besonders häufig Einschränkungen zu beobachten sind und auf welche Weise Menschen versuchen, trotz vorliegender Einschränkungen ihre Selbstständigkeit aufrechtzuerhalten. Die Konzentration auf Menschen mit Einschränkungen hat zu einem höheren Anteil von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen in der Untersuchungsstichprobe geführt“ (Kruse, A.; Lehr, U.: 1996, S. 16). Eine Übertragbarkeit der Daten auf eine gleichaltrige Stichprobe in der Gesamtbevölkerung ist somit nicht möglich. Doch kristallisierten sich aus den Ergebnissen drei Gruppen heraus, die sich deutlich voneinander unterscheiden:

In der „Gruppe der relativ Selbstständigen“ (63% der Teilnehmer) traten nur bei einigen wenigen Aktivitäten Probleme auf. Jedoch zeigten sich hier klassisch geschlechtsspezifische Unterschiede: Männer hatten häufiger Schwierigkeiten bei der Ausführung von haushaltsbezogenen Aktivitäten und gaben an, „dass diese Aufgaben von den Ehefrauen wahrgenommen würden und sie sich auch früher nicht um den Haushalt gekümmert hätten“ (ebd.). Dieser Mangel führt in vielen Fällen zu einem Umzug zu den Kindern oder zu einer Heimaufnahme – „und zwar unabhängig davon, welche Leistungen sie in Intelligenz-, Lern- und Gedächtnistests erbracht hatten“ (Lehr; Thomae: 1987).

In der „Gruppe der Hilfsbedürftigen“ (23% der Teilnehmer) wurden die Aktivitäten differenziert: 1/3 wurde ohne große Schwierigkeiten bewältigt. Dazu gehörten im Wesentlichen das Bett verlassen, Allein bleiben, die Nahrungsaufnahme und der Gang zur Toilette. Dagegen machten alle Tätigkeiten im Haushalt, die mobile Einsätze erforderten, schon deutlich größere Schwierigkeiten: das Treppensteigen, in der Wohnung umhergehen, sich das Essen zubereiten und Waschen und Duschen. Die größten Probleme stellten sich allerdings, wenn es darum ging, sich zu baden, die Wohnung zu putzen, Besuche zu machen oder ein öffentliches Verkehrsmittel zu benutzen. „Ein Großteil dieser Menschen konnte aufgrund der eingeschränkten Beweglichkeit Angehörige und Freunde nur unter großen



Schwierigkeiten oder gar nicht mehr besuchen; dieser Befund weist auf die Bedeutung der Nachbarschaftshilfen und Besuchsdienste für die Erhaltung der sozialen Integration hin“ (Kruse, A.; Lehr, U.: 1996, S. 17).

14% der Teilnehmer konnten der „Gruppe der Pflegebedürftigen“ zugeordnet werden: Sie konnten einen Großteil der aufgeführten Aktivitäten gar nicht mehr ausführen. Trotz dem die Aktivitäten nur unter aller größten Schwierigkeiten verrichtet werden konnten, war es möglich, sich zu kämmen, sich auf einen Stuhl zu setzen, in der Wohnung umzugehen, die Toilette zu benutzen, Getränke und Nahrung zu sich zu nehmen, das Bett zu verlassen u. a. Dieses Ergebnis „stützt die Forderung bei der Betreuung schwerstkranker Menschen noch größeres Gewicht auf die Verbesserung der Beweglichkeit und Selbsthilfetraining zu legen“ (Kruse, A.; Lehr, U.: 1996, S. 18).

Selbst wenn die Aktivitäten des alltäglichen Lebens nur noch mit Mühe ausgeführt werden können, unterscheiden sich die Menschen darin, wie sie mit belastenden Situationen umgehen und diese bewältigen können. Die jeweilige Strategie ist dabei abhängig

- von der Persönlichkeit des Menschen und seinen Motivationen,
- von den Erfahrungen im Lebenslauf,
- von der Form der psycho-sozialen Unterstützung, die aus dem persönlichen Netzwerk oder durch professionelle Unterstützer kommt,
- von den Lebensbedingungen - beispielsweise der Ausstattung der Wohnung oder der Erreichbarkeit von Kirche, Geschäften, den finanziellen Mitteln, der medizinischen Versorgung

(vgl. Kruse, A.; Lehr, U.: 1996, S. 20). Aus diesen Faktoren leitet sich schließlich eine ganz persönliche Strategie ab, anhand derer ein Bewältigungsstil entwickelt wird, der der Situation angemessen erscheint (vgl., S. 21). Erlebt der ältere Mensch seine Situation jedoch als besonders belastend und verlustreich, so besteht die Gefahr, dass sich negative Einschätzungen verfestigen. In der Folge bringen ältere Menschen oft ihre Sorge zum Ausdruck, anderen nur noch zur Last zu fallen.

Kompetenz im Alter besteht darin, dass trotz des erhöhten Risikos im Alter Beeinträchtigungen, Grenzsituationen und Verluste verkraften und bewältigen zu können, Fähigkeiten und Fertigkeiten nutzen zu können, die jeweilige Situation erträglich zu machen und die sich zudem beim Aufbau einer tragfähigen Zukunftsperspektive als hilfreich

erweisen. Der Zugriff auf solche persönliche - insbesondere alltagspraktische - Kompetenzen trägt zur Gestaltung eines weitgehend selbstständigen und selbstverantwortlichen Lebens bei.

Die Zielperspektive ist also eine Persönlichkeitsentwicklung im Alter, die sowohl den Umgang mit Verlusten als auch mögliche Entwicklungschancen impliziert. Es ist jedoch notwendig, zu betonen, dass das Alter nicht automatisch zu solcher Reife führt, „sondern diese (...) sich in der lebenslangen bewussten und verantwortlichen Auseinandersetzung mit den Anforderungen aus(bildet), die an einen Menschen gestellt werden“ (Kruse, A.; Lehr, U.: 1996, S. 7). Dieses Wissen, das sich aus den gesammelten Erfahrungen des Lebens zusammensetzt, kann schließlich im Alter angewendet werden. Ein älterer Mensch denkt immer „kontextuell“, d. h. er betrachtet ein Problem/eine Aufgabenstellung aus verschiedenen Blickwinkeln, berücksichtigt verschiedene Aspekte und bewertet es vor dem Hintergrund seiner Erfahrungen. „In Bezug auf die Einstellung zum Leben und den Umgang mit Anforderungen des Lebens ist eine hohe Kontinuität über den gesamten Lebenslauf erkennbar. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit eines biografischen Verständnisses der psychischen Situation im Alter“ (ebd.).

Die Effekte, die sich aus den gesammelten Lebenserfahrungen ergeben, sind durch unterschiedliche Lebenskontexte im Laufe des Lebens entstanden, denn „der lebensweltliche Wissensvorrat ist in vielfacher Weise auf die Situation des erfahrenden Subjekts bezogen. Er baut sich auf aus Sedimentierungen ehemals aktueller, situationsgebundener Erfahrungen. Umgekehrt fügt sich jede aktuelle Erfahrung je nach ihrer im Wissensvorrat angelegten Typik und Relevanz in den Erkenntnisablauf und in die Biografie ein. Und schließlich wird jede Situation mit Hilfe des Wissensvorrats definiert und bewältigt“ (Schütz; Luckmann: 2003, S. 149).

Die Bearbeitung von alltäglichen Anforderungen in kontextueller Weise, in dem auf die Erfahrungen im Lebenslauf zurückgegriffen wird (s.o.), erscheint besonders für Menschen mit langjährigen Behinderungen wichtig und notwendig, denn in „der sonderpädagogischen Arbeit hat die Lebensgeschichte eine doppelte Funktion (vgl. Bertling; Schwab: 1995). Auf der einen Seite geht es darum, den Menschen durch die Begegnung mit seiner Geschichte besser zu verstehen. Auf der anderen Seite geht es darum, mit dem behinderten Menschen an dessen Lebensgeschichte zu arbeiten und sie voranzubringen“ (Haveman, M.; Stöppler, R. : 2004, S. 62), denn: Wenn die Lebensgeschichte bekannt ist, kann die Gegenwart besser

verstanden und den Anforderungen effektiver begegnet werden. Auch die Zukunft kann realistischer geplant werden.

Bei der Umsetzung dieser Aufgabe brauchen viele Menschen mit Behinderungen Unterstützung. Strategien zur Lösung von Problemen, die zu einer eigenständigen und selbstverantwortlichen Lebensführung gehören, konnten sie nur bedingt und begrenzt entwickeln. So blieb ihnen auch vielfach - insbesondere wenn sie im Heim leben - lange Zeit eine aktive Persönlichkeitsentwicklung verwehrt. Doch viele ältere Menschen mit Behinderungen erreichen trotz alledem ein Niveau, auf dem sie nicht nur zufrieden und sicher leben können, sondern auch – sofern sie entsprechende Bedingungen vorfinden - ihr Erfahrungs- und Lebenswissen anwenden können. Vielleicht gelingt es ihnen sogar leichter und eher einen Zustand zu erreichen, den Thomae (1966) „Reife“ nennt: „wo die mannigfaltigen Enttäuschungen und Versagungen, welche das Leben dem Menschen in seinem Alter bringt, weder zu einer Häufung von Ressentiments, von Aggression und Resignation führen, sondern wo aus dem Innewerden der vielen Begrenzungen des eigenen Vermögens die Kunst zum Auskosten der gegebenen Situation und dem, was sie bietet, entsteht“ (Thomae: 1966, S. 116).

Neben dieser biografischen Orientierung erscheint es daher bedeutsam, nicht nur lebenslange Förder- und Unterstützungsprogramme auch nach dem Übergang in den Ruhestand weiter fortzuführen und in Verbindung damit „eine Kontinuität der persönlichen Beziehungen und der Umweltbedingungen“ (Lempp: 2001, S. 133) sicher zu stellen. Älteren Menschen ist oftmals ein erzwungener Abbruch der Förderung und (Orts) Wechsel häufig nicht verständlich zu machen „und wird daher auch innerlich nicht akzeptiert. Er bedeutet aber einen Abbruch vieler persönlicher Bindungen und ist damit eine zusätzlich und grundsätzlich vermeidbare Belastung, die einen Verlust der erworbenen Fähigkeiten begünstigt“ (ebd.).

Vor diesem Hintergrund lassen sich viele potentielle Gefahren, die durch den Wechsel in den Ruhestand hervorgerufen werden können, aus pädagogischer Sicht, gezielt abwenden. Viele Einrichtungen und Dienste sind auf der Suche nach geeigneten Programmen und Unterstützungsmöglichkeiten für ältere Menschen mit Behinderungen und sollten hierbei zunächst klären, welche Methoden und Programme, die einrichtungsspezifisch und z.T. mit viel Eigeninitiative entwickelt und erprobt wurden, sich bewährt haben und fortgeführt werden können.

Lempp (2001, S. 134) schlägt vor, diese Programme auf vier Dimensionen hin zu überprüfen:

1. Erhalt und Aktivierung motorischer Fähigkeiten,
2. Erhalt und Anregung kognitiver, psychischer und psychosozialer Fähigkeiten,
3. Vorbereitung auf den Ruhezustand und
4. Anregung und Unterstützung zu individueller Freizeitgestaltung.

Eine institutions- und (bestenfalls auch eine) personbezogene Evaluation der Erfahrungen mit den Programmen, dient nicht nur der eigenen Reflexion und der Optimierung, sondern sollte auch zum Austausch zwischen verschiedenen Institutionen und auf (über-)regionaler Ebene eingesetzt werden. Sie könnte helfen, gute Ideen zu verbreiten, Inspirationen weiterzugeben und Veröffentlichungen anzustoßen. Als Beispiel kann der Lehrgang „Selbstbestimmt älter werden“ (Haveman: 1998) genannt werden, der die Vorbereitung und Planung eines Programms für ältere Menschen mit Behinderungen in den Blick nimmt.

## **2.6. Lebenszufriedenheit**

Die Bedingungen, unter denen ein Mensch alt wird, üben einen entscheidenden Einfluss auf die subjektive Befindlichkeit im hohen Alter aus. In der Berliner Altersstudie (Smith et al.: 1996, S. 497 – 523) stellte sich jedoch heraus, dass diese Behauptung mit zunehmendem Alter immer weniger zutrifft: Es ergab sich eine deutliche Diskrepanz zwischen den Lebensbedingungen und den Angaben älterer Menschen zu ihrer Befindlichkeit. Trotz objektiv schlechter Lebensbedingungen in den Bereichen „Wohnen, Kontakte, Gesundheit, finanzielle Situation, soziale Teilhabe und Mobilität sowie Sehvermögen und Mobilität“ gaben viele alte Menschen an, sich gut zu fühlen und zufrieden zu sein. Dieses Ergebnis entspricht in erster Linie nicht den Vermutungen, die erwarten liessen, dass sich mit zunehmendem Alter neben den objektiven Verschlechterungen auch die Befindlichkeit verschlechtert. Zum einen „könnte (es) auch sein, dass beträchtliche Veränderungen, besonders der Bereiche ‚körperliche Gesundheit, Wohlstand und Liebe‘ vor dem 70. Lebensjahr stattfinden“ (Smith et al.: 1996, S. 517). Möglicherweise haben schmerzhaftes Anpassungsprozesse vorher stattgefunden und verändern daher diese Faktoren und die Lebensbedingungen im Alter und hohen Alter nur noch wenig. Folglich wirken „sich objektive Lebensbedingungen (...) hauptsächlich indirekt auf das subjektive Wohlbefinden (aus). Selbst wenn unter diesen Gegebenheiten sich die objektiven Bedingungen tatsächlich verschlechtern, werde die Auswirkungen auf das subjektive Wohlbefinden durch interne selbstregulative Prozesse aufgefangen bzw. moduliert“ (ebd., S. 518).

Zum anderen ist es natürlich denkbar, dass ältere Menschen auf ihr sog. „Rezeptwissen“ (Schütz; Luckmann: 2003, S. 158) zurückgreifen. Dieses Wissen ist nicht mehr unmittelbar an den ‚sedimentierten Wissensvorrat‘ (vgl. S. 149 ebd.) gebunden, denn es weist lediglich Überschneidungen mit ihm auf, sondern ist vielmehr auf automatisierte und standardisierte Prozesse hin ausgelegt. „Dies bedeutet, dass es als selbstverständliche Implikation im Horizont gerade noch in Situationen mit vorhanden sein kann, ohne thematisiert zu werden: Spuren lesen für einen Jäger, sich auf Wetterveränderungen einstellen für einen Seemann...“ (Schütz; Luckmann: 2003, S. 158). Das Rezeptwissen ist stetig griffbereit, abruf- und einsetzbar und bietet standardisierte Lösungspakete an, „ohne, dass man (der Situation) Aufmerksamkeit zu schenken braucht“ (ebd.). Sicherlich richtig ist auch, dass es sich stets um eine Kombination von Gebrauchswissen, Fertigkeiten und Rezeptwissen handelt, die im eigentlichen Sinne eine „paradoxe Relevanzstruktur“ (Schütz; Luckmann; S. 160) aufweist, denn für die Bewältigung des Alltags ist das Rezeptwissen zwar von hoher Relevanz, doch kein bewusster Vorgang. Vermutlich greifen ältere Menschen gewohnheitsmäßig auf ihr Gebrauchs- und Rezeptwissen zurück, ohne die sich verändernden objektiven Bedingungen zu beachten und ohne zu bemerken, dass es notwendig wäre, sich mit der Situation bewusst auseinanderzusetzen, um neue Ergebnisse zu erzielen oder neue Anpassungsprozesse zu erzeugen. Ein Grund liegt sicherlich darin, dass das Rezept- und Gebrauchswissen nicht nur eine hohe biografische - einzigartige - Bedeutung hat, sondern ihnen der Rückgriff auf bewährtes gesammeltes Wissen Sicherheit, Vertrauen und Routinen verschafft und somit Schutz vor unbekanntem oder überfordernden Situationen bietet. Auf andere Menschen wirken ältere Menschen, die sich stetig auf dieses Wissen beziehen und ihr Leben nach einmal aufgestellten Regeln und sozialen Vorgaben ausrichten, häufig rigide in ihren Handlungen und Haltungen. Ein reflexiver, d.h. interpretierter Umgang mit den Situationen des Alltags, in denen Entscheidungen bewusst gefällt werden, die in ihrer Bedeutung für den Alltag eine hohe Relevanz aufweisen, würde in dieser Hinsicht vermutlich zu mehr Zufriedenheit führen, – könnte andererseits jedoch auch dazu führen, dass sich Unsicherheiten und ein hohes Maß an Unzufriedenheit einstellen würde, weil gewohnte Orientierungen und Entscheidungsgrundlagen fehlen. Natürlich kann man ebenfalls fragen, ob ein vermehrter Rückgriff auf das Gebrauchs- und Rezeptwissen im Alter als eine typische Strategie zu werten ist. Damit würde ein Gegenpol geschaffen, der ältere Menschen zunächst von den Anforderungen des Alltags und der Erfordernis zu stetig neuen Anpassungsleistungen befreien würde.

Diese Frage und auch warum Menschen im hohen Alter trotz körperlicher und sozio-ökonomischer Beeinträchtigungen mit ihrem Leben zufrieden sind, sollte im Rahmen der BASE Untersuchung geklärt werden. Es konnte gezeigt werden, dass das Selbstwertgefühl und die persönliche Selbsteinschätzung kaum mit dem Faktor Alter korrelieren (Staudinger: 1996, S. 321). Sowohl die Wahrnehmung, das Erleben und das Handeln, die allesamt für die Auseinandersetzung mit der Umwelt kennzeichnend sind, erweisen sich bezogen auf den Faktor Alter als stabil. Offenbar sind in diesen Bereichen selbstregulative Prozesse aktiv, die das Selbstwertgefühl stärken und das subjektive Wohlbefinden fördern, so dass altersabhängige körperliche Erscheinungen sowie schlechtere Umweltbedingungen, nur wenig Veränderungen bewirken können. Dieses Phänomen – gerontologisch als „protektive Illusion“ oder „Altersparadox“ (vgl. Baltes und Baltes: 1990, Brandstädter und Greve: 1992 in: Staudinger et al.: 1996, S. 322; Leppert, K. et al.: 2005; Schmitt, E.: 2003) bezeichnet – weist darauf hin, dass ältere Menschen über Ressourcen verfügen, die es ihnen erlauben, auch unter scheinbar widrigen Bedingungen zufrieden zu sein.

Das Konzept der „psychischen Widerstandsfähigkeit“ oder „Resilienz“ (Garmezev: 1991, Rutter: 1987; Staudinger, Marsiske & Baltes: 1995 in: Staudinger et al.: 1996, S. 322) „steht für zwei Arten von Phänomenen: zum einen die Aufrechterhaltung normaler Entwicklung trotz vorliegender Risiken und Beeinträchtigungen und zum zweiten die Wiederherstellung normaler Funktionsfähigkeit nach erlittenem Trauma. In der Literatur wird Resilienz sowohl zur Bezeichnung des Ergebnisses als auch zur Kennzeichnung des Prozesses der Auseinandersetzung mit Risiken verwendet“ (Rutter: 1987 in: Staudinger et al.: 1996, S. 323). Die Modelle psychischer Widerstandsfähigkeit zeigen Faktoren auf, die protektiv wirken und das Ausmaß möglicher depressiver Symptomatiken herabsetzen bzw. verhindern helfen. Beispielsweise wirken sich bestimmte Persönlichkeitscharakteristika wie „Offenheit für neue Erfahrungen“ und „Extraversion“ positiv auf die Widerstandsfähigkeit aus. Weniger positiv wirken sich labile und neurotische Persönlichkeitsdimensionen aus. Diesbezüglich wurden fünf weitere Faktoren (*Emotionen, Bewältigungsstile, Zielsystem, Zeiterleben und Selbstdefinition*) untersucht (vgl. Staudinger et al.: 1996, S. 323ff).

In der Studie konnten Altersmuster herausgefiltert werden, die verdeutlichen, dass einzelne Persönlichkeitsfaktoren und der Faktor Zufriedenheit mit der Bewertung des eigenen Alters eng zusammenhängen und als Indikatoren für die psychische Widerstandsfähigkeit gelten können. Innerhalb der Gesamtstichprobe zeigte sich dabei „folgendes korrelativ-protektives

Muster: Neurotische Personen sind weniger und extravertierte alte Personen mehr zufrieden. Weiterhin wurde deutlich, dass Personen mit einem größeren Überschuss an erlebten positiven Gefühlen und solche, die nach eigenen Aussagen die Dinge mit Humor nehmen, nicht aufgeben und in schwierigen Situationen wissen wollen, woran sie sind, sowie optimistischer mit Plänen in die Zukunft blicken und die Zeit als schnell vergehend erleben, auch angeben, mit dem Altern zufriedener zu sein“ (Staudinger et al.: 1996, S. 346).

Die Bewältigung dieser Veränderungen beruht darauf, das Menschen im Alter ihre Lebenswirklichkeit als alltägliche Welt (s. Beginn Kap 2) erleben. „Diese Kontextabhängigkeit dessen, welcher Mechanismus oder welches Charakteristikum korrelativ-protektive Wirkung zeigt, weist darauf hin, dass es nicht sinnvoll ist, von dem protektiven oder dem Risikofaktor im Kanon selbstbezogener Prozesse und Charakteristiken zu sprechen. Vielmehr zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass sich Protektivität nur in Abhängigkeit von spezifischen Entwicklungskontexten (intern und extern) bzw. individuellen Entwicklungskonstellationen bestimmen lässt“ (ebd., S. 347). Im hohen Alter hat die Adaptation an diverse Veränderungen hinsichtlich der o. g. Faktoren offensichtlich bereits stattgefunden; neue Einflüsse werden - soweit irgendwie möglich - in den Zustand des Wohlbefindens integriert. Möglicherweise existiert somit keine Diskrepanz, da die „primären objektiven Lebensbedingungen (...) ziemlich ähnlich für Alte und sehr Alte (sind)“ (Smith et al.: 1996, S. 518).

Offenbar ist eine Stabilität in der Lebenszufriedenheit und eine Flexibilität in Bezug auf neue ( auch negative ) Veränderungen vorhanden, die bis ins hohe Alter anhält und als „Ergebnis ‚psychologischer Widerstandsfähigkeit‘ (Resilienz)“ gewertet werden kann (BMFSFJ: 2002, S. 352). Von gravierenden Lebensveränderungen abgesehen, führt diese Strategie zu einer tendenziellen Loslösung der subjektiven Befindlichkeit von den objektiven Bedingungen. Alte Menschen scheinen hinsichtlich der Bewertung ihrer Lebensverhältnisse und ihrer Alltagswelt eine Art „inneres Arrangement“ getroffen zu haben, mit dem sie ihr Leben meistern können. Diese Haltung kann damit auch als Strategie fungieren, Faktoren zu integrieren, die rein objektiv betrachtet eher negative Auswirkungen haben würden wie beispielsweise bösartige oder degenerative Erkrankungen. Vermutlich kann hier der Einsatz einer resilienten Fähigkeit die Form eines psychologischen Abwehrmechanismus' annehmen.

Darüber hinaus kann diese Fähigkeit auch als sog. adaptive Kompetenz zu einer Persönlichkeitseigenschaft werden und als Form der Intelligenz gesehen werden, die es erlaubt, „sich an Herausforderungen der Umwelt und an einschränkende Bedingungen anzupassen“ (Featherman: 1989, S. 11). Hiermit bietet sich eine „beträchtliche Ressource für Hilfs- und Unterstützungsangebote“ (Staudinger et al.: 1996, S. 322 – 323), denn die meisten Menschen im Alter sind bereit, sich mit ihrer Situation zu arrangieren, sofern ihnen nicht allzu große Veränderungen zugemutet werden. Der Weg, die Veränderungen auch als Herausforderung zu verstehen und adäquate Handlungen daraus abzuleiten, erfolgt wiederum über die Wirklichkeitsregion des Einzelnen: die Alltagswelt.

Ältere Menschen mit Behinderungen sind zu ihrem Wohlbefinden und zu ihren Lebensbedingungen bislang kaum gefragt worden. Man kennt weder ihre adaptiven Strategien noch weiß man wirklich, wie sie den Herausforderungen des Alter(n)s begegnen. „Eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen der älteren Heimbewohnerinnen und – bewohner mit geistiger Behinderung, insbesondere durch eine direkte Erforschung ihrer Meinung, liegt bislang aber kaum vor und müsste dringend systematisch erfolgen“ (Wacker: 2001, S. 65). Allenfalls stützen Fallstudien oder einrichtungsinterne Befragungen die Aussagen über Bedürfnisse älterer Menschen mit Behinderungen und deren Zufriedenheit. Doch ihre Bedürfnisse und Wünsche treten immer mehr – insbesondere vor dem Hintergrund der Diskussion um das Persönliche Budget und die verbreitete Umsetzung von Empowermentkonzepten - in den Vordergrund, so dass davon ausgegangen werden kann, dass „ihre subjektiven Wahrnehmungen, ihre Lebenswelten (...) mehr und mehr ins Spiel (kommen)“ (Wacker: 2001, S. 66).

Nach den Bedingungen befragt, die zur Verbesserung ihrer Lebenszufriedenheit führen, äußerten in einer Studie von Wacker (1998) viele der 300 befragten Menschen mit Behinderungen den Wunsch nach besseren sozialen Kontakten, gefolgt von dem Wunsch, eine Aufgabe zu haben und sich gebraucht zu fühlen sowie den Wunsch nach mehr Entscheidungsfreiheit und Mitbestimmung. Darüber hinaus fanden sich höhere Zufriedenheitswerte bei älteren Heimbewohnern, die bereits viele Jahre im Heim leben (Wacker: 1998, s. 291 – 295). Offenbar nutzen sie eine ähnlich „resiliente“ Strategie wie die o.g. älteren Menschen in der Gesamtbevölkerung oder haben ein hohes Maß an adaptiver Kompetenz erreicht.



Zu ähnlichen Ergebnissen kommt das Forschungsprojekt „Den Ruhestand gestalten lernen“<sup>27</sup>. Im Rahmen der Studie, die von 2006 – 2008 an der Westfälischen-Wilhelms-Universität durchgeführt wurde, konnten über 100 ältere Menschen mit Behinderungen nach ihren Wünschen, Interessen und Plänen für die Zukunft/für den Ruhestand befragt werden. Die zweite Zielgruppe der Studie bildeten die Mitarbeiter aus Einrichtungen / Diensten der Behindertenhilfe, von denen über 150 nach ihren Aktivitäten, Angeboten, bewährten Strategien und Plänen für die Zukunft für ältere Menschen mit Behinderungen befragt werden konnten bzw. diese in bundesweiten Workshops vorgestellt haben. Ziel der Erhebung war einerseits eine Bestandsaufnahme bzw. Zusammenführung der bestehenden Praktiken und Ansätze, die sich bereits zur Gestaltung des Ruhestands bewährt haben und andererseits die Entwicklung von Modellen, die zukünftig an Bedeutung gewinnen werden. Dazu war es insbesondere notwendig, diejenigen als Experten zu befragen, die von der Situation / dem Wechsel in den Ruhestand betroffen sind.

In der Gruppe der älteren Menschen mit Behinderungen, die auch zu ihrer Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation befragt wurde, berichtete die überwiegende Mehrheit darüber, dass sie gut bis sehr gut mit ihrem Leben zufrieden seien. Dabei nimmt das eigene Zimmer/Apartment, das durch Bilder, Möbel und persönliche Gegenstände individuell ausgestattet ist, einen besonders hohen Stellenwert ein. Mit zunehmendem Alter, zunehmender Morbidität und den sehr wahrscheinlich eintretenden Mobilitätsbeeinträchtigungen, wird dieser eigene Bereich für den Bewohner immer wichtiger: Das Zimmer oder Apartment verleiht nicht nur Sicherheit und Schutz, sondern ist gleichzeitig der Ort, an dem die persönliche Autonomie nach eigenen Vorstellungen gelebt werden kann. Bis vor kurzem wird „der Rückzug auf den Wohnraum als Element der Lebensgestaltung (...) in der Behindertenhilfe derzeit aber eher als Notprogramm bewältigt, denn als Aufgabe betrachtet, einen neuen Lebensmittelpunkt für sich zu entdecken und zu gestalten“ wie Wacker (2001, S. 107) kritisch anmerkt. Diese Perspektive sollte in jedem Fall eingenommen werden, denn vielen Bewohnern kommt dabei eine sog. „Dopplung der Privatsphäre“ zu Gute (vgl. Prost: 1993 In: Jansen; Klie: 1999, S. 524). Einerseits bietet sich ihnen die Möglichkeit des Rückzugs und andererseits können die infrastrukturellen und sozialen Vorzüge der Wohngruppe/-stätte bzw. der Einrichtung in Anspruch genommen werden. „Das Umfeld des älteren behinderten Menschen muss sowohl durch persönliche Beziehungen als auch durch

---

<sup>27</sup> Auf der Homepage <http://egora.uni-muenster.de/ew/ruhestand> finden sich eine ausführliche Projektbeschreibung und der Forschungsbericht. Eine weitere Print-Publikation mit dem Titel „Segel setzen“ ist über die Fachverbände der Behindertenhilfe zu beziehen.

kulturelle und weltanschauliche Bindungen vertraut werden. Nachdem es mit zunehmendem Alter schwerer wird, Beziehungen aufzubauen, ist darauf zu achten, dass solche gepflegt werden können und erhalten bleiben. (...) Nur der behinderte Mensch selbst kann über die Bedeutung einer Beziehung für ihn Gütiges aussagen“ (Bruckmüller: 1992, S. 76).

Die Mehrheit der Teilnehmer des Projekts ist mit der Lebenssituation ganz zufrieden. Diese Zufriedenheit ist maßgeblich von mehreren Faktoren abhängig:

1. von der Art des Zusammenlebens in der Wohngruppe,
2. vom Kontakt der Bewohner untereinander,
3. vom Verhältnis zu den einzelnen Mitarbeitern und
4. von der eigenen Privatsphäre innerhalb der Wohngruppe.

Die meisten Teilnehmer vermittelten den Eindruck erstaunlich hoher „psychischer Resilienz“. Sie haben sich mit ihrem Leben und seinen vielleicht - noch bestehenden - widrigen Umständen ausgesöhnt und eine Kongruenz mit der aktuellen Lebenssituation hergestellt. Die Stabilisierung habitueller Fähigkeiten (manchmal auch negativ als ‚Altersrigidität‘ bezeichnet), die Verlangsamung bzw. Entschleunigung des Lebensrhythmus, die bewusste Reduzierung des Aktionsradius auf Wesentliche, aber persönlich wichtige Dinge (nach dem SOK-Prinzip<sup>28</sup>), geben alten Menschen die Sicherheit, die sie benötigen, um ihr Leben unter den gegebenen Bedingungen möglichst selbstbestimmt und möglichst lange meistern zu können (vgl. Mayer; Baltes: 1996).

### **Exkurs: Die Entstehungsgeschichte und das Konzept des „Erfolglichen Alterns“**

In den 50er Jahren wurde der Begriff des „Erfolglichen Alterns“ erstmals durch Havighurst und Albrecht geprägt (Havighurst; Albrecht: 1961) und Anfang der 60er Jahre durch den V. Kongress der International Association of Gerontology verbreitet (ebd.). Im Mittelpunkt dieser Tagung stand die Thematik des „successful aging“ und ihre Verbindung zur Lebenszufriedenheit im Alter, die hier zwar theoretisch und methodisch diskutiert, aber nicht wesentlich weiterentwickelt und veröffentlicht wurde. Erst Kuypers und Bengtson (1973) erweiterten den Begriff „des erfolgreichen Alterns im Sinne der Lebenszufriedenheit im Alter (...) durch den der „kompetenten Bewältigung“ von schwierigen sozialen Situationen, die dann zu einem „social break down“ und damit zu einem psychischen Zusammenbruch führen müssten, wenn das soziale Umfeld dem älteren Menschen jede Kompetenz absprechen würde

---

<sup>28</sup> SOK = Selektive Optimierung durch Kompensation. Dieses Prinzip wurde von den Psychologen Baltes und Baltes als Strategie erfolgreichen Alterns entwickelt. Baltes, P.; Baltes, M. (1989).

und damit das negative Selbstbild des Älteren verstärkt. Die Fähigkeit, mit Schwierigkeiten fertig zu werden und sozialen Rollenanforderungen gerecht zu werden, zeigt danach eine enge Beziehung zu einem ‚erfolgreichen Altern‘“ (Lehr:1989, S. 3).

In den 1980er Jahren wurden weitere Untersuchungen zur Lebenszufriedenheit von Thomae (1983) und George (1981) durchgeführt, die die hohe Bedeutsamkeit des „Well-Being“ hervorheben konnten. Ihre Forschungsergebnisse erzielten jedoch in der Fachöffentlichkeit nicht die erhoffte Wirkung und fanden dementsprechend wenig Verbreitung. Erst in den 90er Jahren wurde die Theoriebildung und Konzeptionalisierung insbesondere durch die psychologische Forschung vorangetrieben.

Was heißt „erfolgreich altern“?

Das Alter selbst zu bestimmen bedeutet, negativen Altersstereotypen und –erscheinungen aktiv entgegenzuwirken und mitzugestalten, wie die Gesellschaft in Zukunft aussehen soll und dabei die Verschiedenheit der Menschen genauso akzeptieren zu lernen wie ihre jeweiligen Lebensstile (vgl. Lehr: 1989, S. 2). Das Ergebnis „Lebensqualität“ kann dabei sehr unterschiedlich ausfallen und in der Bewertung durch den Einzelnen stark variieren.

Doch wie schafft man es, zufrieden, selbstbestimmt und erfolgreich zu altern? Welche Aufgaben und Herausforderungen entstehen dabei für den Einzelnen? Welche Rahmenbedingungen bzw. Voraussetzungen müssen dafür erfüllt sein? Welche Strukturen müssen dazu (weiter)entwickelt werden? Wie können die Ressourcen älterer Menschen besser aktiviert werden? Welche Unterstützungen sind für den Einzelnen notwendig? Diese Fragen stellen sich nicht nur im Zusammenhang mit dem eigenen Alter, sondern sind immer eingebunden in den jeweiligen gesellschaftlichen Kontext zu verstehen.

Lebensqualität im Alter definiert sich heute durch Kontakte, die Persönlichkeitsstruktur, die biografische Entwicklung, die Lebenssituation, die finanziellen Möglichkeiten, die soziale Kompetenz, aber auch im Gefühl, gebraucht zu werden... und damit für jeden Menschen anders, denn die Bewertung liegt im Erleben des Einzelnen.

Doch Alter und Erfolg scheinen auf den ersten Blick ein eher widersprüchliches Begriffspaar zu sein. Alter wird häufig mit Verlust und Tod assoziiert, Erfolg mit Arbeit und Gewinn. Doch eben dieser Widerspruch weckt auch Neugier und das Bedürfnis, mehr über dieses „seltsame Paar“ erfahren zu wollen. „Wir sind gefordert, Alter und das Alter nicht nur als

etwas Fixiertes, etwas Gegebenes zu verstehen, sonder das Wesen, die Natur des Alters als gestaltbar und veränderbar zu begreifen“ (Baltes; Baltes: 1989, S. 5).

Die Betonung der Gestaltbarkeit hat eine besondere Bedeutung: man betont keine negativen Stereotype wie Verlust, Tod, Alter und Krankheit in der Gesellschaft, sondern will „nur das Beste für den Einzelnen“. Die Gerontologie bietet Ansatzpunkte dazu, die andere Seite des Alters offenbar werden lassen und fragt daher zunächst nach den Kriterien, die erfüllt sein müssen, um Altern erfolgreich werden zu lassen. Im Sport kann der Begriff „Erfolg“ relativ leicht definiert werden, aber in der Gerontologie? Am ehesten eignet sich vielleicht die Länge des Lebens für die Definition. Doch auch dieser Vergleich bietet keine schlüssige Lösung an, denn er trifft nicht den Kern der Fragestellung, das sich die Erfolgs-Parameter nicht verifizieren und vereinheitlichen lassen. Gleichzeitig entstehen dafür viele neue Fragen.

Die Frage nach dem Erfolg ist somit ein komplexes Unterfangen, denn scheinbar kann sie nicht wertfrei beantwortet werden und bedarf daher einer operationalisierbaren Systematik. Durch die Verbindung von qualitativen und quantitativen Verfahren bietet sich die Möglichkeit, Indikatoren zu berücksichtigen, die die Frage nach dem Erfolg adäquat eingrenzen könnten. Eine ganze Reihe von Kriterien scheinen hierfür bedeutsam zu sein: Lebenslänge, biologische und mentale Gesundheit, psychosoziale Funktionstüchtigkeit, Lebenszufriedenheit und Selbstwirksamkeit. Eine Gewichtung, einen offensichtlichen oder latenten Zusammenhang gibt es nicht, doch zur Unterscheidung in objektive und subjektive Kriterien scheint es ebenfalls bedeutsam, zu sein, das dass „wahrnehmende Selbst die entscheidende Prüfgröße ist, die psychologisch (über) die Qualität des Lebens entscheidet“ (Baltes, Baltes: 1989, S. 6). Letztlich entscheiden jedoch die subjektiven Indikatoren entscheiden, ob das Leben als Erfolg oder Mißerfolg gewertet wird. Menschen können sich gut an objektive - sogar schlechte - Lebensbedingungen anpassen und werten diese häufig nicht anders als Menschen, die in besseren Lebensverhältnissen leben als sie selbst. Deshalb sind subjektive Bewertungen für den Einzelnen und sein Selbstkonzept zwar sehr wichtig, doch sie liefern keine „hinreichenden Bedingungen, um erfolgreiches Altern zu definieren“ (Baltes, Baltes: 1989, S. 6).

Zwei Hauptzugänge lassen sich hierzu unterscheiden: normative Setzung des Normalzustandes als Modell wie beispielsweise Erikson sie für die Entwicklungspsychologie beschrieben hat (Erikson: 1950; 2003) oder die objektive Bestimmung der Adaptivität des

Organismus durch „Messung der Effizienz der einzelnen menschlichen ‚Funktionen‘ oder ‚Systeme‘. Das Ausmaß der Adaptivität kann z. B. als Kapazitätsreserve definiert werden“ (Baltes, P.: 1987). Sie beschreibt das Potential, dass gegenwärtig und zukünftig als entwicklungsbezogene Kapazitätsreserve durch persönlichen Einsatz aktiviert werden kann. Durch diese Reserve wird es möglich, eine Vision vom Wissen und von der Intelligenz im Alter zu gewinnen. „Eine umfassende Definition erfolgreichen Alterns verlangt also eine systemische und ökologische Betrachtungsweise von subjektiven und objektiven Indikatoren, die in den jeweiligen kulturellen Kontext mit seinen Inhalten und ökologischen Anforderungen eingebunden werden müssen“ (Baltes, M.; Baltes, P.: 1989, S. 7).

Das Wesen des psychischen Alterns wurde in sechs Thesen zusammengefasst:

1. Es ist nützlich, zwischen normalem, optimalem und krankem Alter zu unterscheiden.  
Normal heißt: Das Alter(n) verläuft ohne nennenswerte pathologische Veränderungen.  
Optimal heißt: Das Alter(n) verläuft unter entwicklungsfördernden Bedingungen.  
Krank heißt: Das Alter(n) verläuft mit ausgeprägten Krankheitsprozessen.
2. Es gilt, eine große Variabilität, eine beträchtliche Verschiedenartigkeit des Alterns zu berücksichtigen (Maddox: 1987; Thomae: 1979; 1987). Alle Menschen altern anders sowohl in Bezug auf körperliche, soziale als auch psychische Faktoren. Vermutlich sind drei Ursachen für diese Heterogenität verantwortlich zu machen: Anlage und Umweltbedingungen wirken kumulativ aufeinander und vergrößern sich im Laufe der Lebenszeit (Plomin; Thompson: 1986). Menschen treten mehr und mehr als individuelle Gestalter ihrer Lebenswege auf und drittens wird die Variabilität durch eine Vielfalt von Krankheitsbildern immer noch vergrößert.
3. Innerhalb der Alternsprozesse zeigen sich beträchtliche individuelle Plastizitäten und Kapazitätsreserven. Die Interventionsgerontologie (Lehr 1991) hat bewiesen, dass auch ältere Menschen noch über eine beträchtliche mentale Reserve verfügen, die „durch Übung und Lernen aktiviert werden kann“ Dieses Wissen kann im Alter zur Weiterentwicklung und zum Einsatz von Altersstärken eingesetzt werden – beispielsweise im beruflichen Kontext als Senior-Experte.
4. Trotz einer beträchtlichen Plastizität oder Kapazitätsreserve gibt es altersbedingte Grenzen der Reserve. Im Hochleistungsbereich werden die Gedächtnisunterschiede

zwischen jüngeren und älteren Menschen deutlich. Ältere können das Niveau jüngerer Erwachsener nicht mehr erreichen.

5. Die zentrale Lebensproblematik des Alterns besteht in der Bewältigung der zunehmend negativen Bilanzierung des Verhältnisses zwischen Entwicklungsgewinnen und -verlusten („gain/loss ratio“). Entwicklungen sind immer adaptive Spezialisierungen, so dass sich Menschen unter Verzicht eines anderen Entwicklungszweiges entwickeln und verändern. Entwicklungsprozesse können nicht allesamt miteinander zu vereint werden. So finden manche Entwicklungen auch auf Kosten anderer Entwicklungen statt (Kinder statt Karriere). Im Alter gewinnt dieser Aspekt eine besondere Bedeutung, denn die Anzahl der Verluste wächst; die Anzahl der Entwicklungschancen sinkt. Diese Dynamik ist im Alter deutlich spürbar und zieht sich durch alle Lebensbereiche und erfasst dabei auch die eigene Wahrnehmung und Erwartungshaltung. Ältere Menschen erwarten bereits Erkrankungen, Beeinträchtigung und Verluste, weniger die positiven Erfahrungen. Was sich in jedem Fall ändert, ist das Gefühl für die Relation zwischen Gewinn und Verlust.
6. Das Selbstbild bleibt auch im Alter stabil. Ältere Menschen unterscheiden sich in ihrem Selbstbild nicht von jüngeren Menschen. Sie passen sich ihrer jeweiligen Situation an und pendeln sich immer wieder auf die ihnen eigene Gewohnheitslage ein. Diese Funktion speist sich aus einer Quelle von Selbstbildern, die immer wieder das passende für die gegenwärtige Situation bereithält. Wichtige Ankerpunkte sind dabei Menschen, die in ähnlichen Situationen stecken. Durch sie bieten sich Vergleiche an, die die eigene Lebenssituation und das Selbst in einem neuen und meist besseren Licht erscheinen lässt (Schwarzer; Lange & Jerusalem: 1982)

Aus diesen Thesen lassen sich folgende Richtlinien für ein erfolgreiches Altern ableiten:

- ein gesunder Lebensstil reduziert pathologische Alterserscheinungen
- Aktivitäten im Familien-, Freizeit- und Arbeitsbereich bauen Kapazitätsreserven auf und verlangsamen Alternsprozesse. Dabei gilt: Je höher die biologische, mentale und soziale Reserve, desto wahrscheinlicher wird ein erfolgreiches Altern
- Entwicklungsfördernde gesellschaftliche Anreize bilden eine entscheidende Voraussetzung

- Ältere Menschen brauchen bei der Nutzung dieser Anreize Unterstützung, um ihre adaptiven Verluste ausgleichen zu können.
- Der Verlust adaptiver Fähigkeiten macht eine Suche nach altersadäquaten Lebensformen und –stilen notwendig. Diese müssen nicht nur auf die Kapazitätsreserven von älteren Menschen zugeschnitten sein, sondern auch einen anregenden Charakter haben und zur Entfaltung anregen können.

Wie sieht ein prototypischer Verlauf einer effektiven Altersstrategie aus?

Die drei Schlüsselbegriffe lauten Selektion, Kompensation und Optimierung. Sie beschreiben einen erfolgversprechenden Verlauf der Adaption im Alter, der wahrscheinlich auch auf andere Lebensbereiche zutrifft. Sie erhalten jedoch im Alter eine andere Gewichtung und neue Dynamik. Der alte Mensch selektiert im Alter Bereiche von hoher Priorität, konzentriert sich auf sie und speziliasiert sich darauf. Die Umweltanforderungen, persönlichen und biologischen Fähigkeiten und die mentale Leistung harmonieren miteinander. Den eingeschlagenen Lebensweg versucht er dabei immer weiter zu optimieren. Ist das adaptive Potential schließlich ausgeschöpft oder droht es zu versiegen, kann kompensiert werden. Ein Beispiel wäre der Einzug ins Betreute Wohnen, wenn der alte Mensch merkt, dass ein Leben in der eigenen Wohnung seine Leistungsfähigkeit übersteigt. „Dem Pianisten Rubinstein wird nachgesagt, daß er die Schwächen des Alters dadurch bezwingt, dass er weniger Stücke spielt (Selektion), diese häufiger übt (Optimierung) und vor schnelleren Passagen Verlangsamungen derart einführt (Kompensation), dass sie das Nachfolgende durch die Kontrastierungen schneller erscheinen lassen“ (Baltes; Baltes: 1989, S. 9). Durch die Methode des erfolgreichen Alterns können sich viele Menschen ihren für sie wichtigen Lebensaufgaben widmen, „obwohl ihre biologische Energie und ihre mentalen Reserven zurückgehen mögen“. Diese Aussage gilt sicher für alle Lebensalter, doch ihre inhaltliche Gestaltung hat für das Alter sicherlich eine ganz besondere Bedeutung.

Häufig finden Menschen im Alter dann auch das, was ihnen besonders viel bedeutet und nicht selten mit dem etwas altmodisch anklingenden Begriff „Heimat“ umschrieben wird. Zu Hause sein, sich wohlfühlen, Kontakte genießen und pflegen und sich als Teil der Gemeinschaft empfinden. Neben den Wünschen nach Urlaub und etwas Abwechslung in ihrem Rentneralltag vermittelten viele Teilnehmer diese Grundhaltung: sie sind angekommen und zufrieden mit sich und ihrem Leben. Manche sind vielleicht allzuleicht und allzuschnell

zufrieden, wenn nur alles so bleibt wie es ist – was aufgrund ihrer häufig turbulenten Lebenserfahrungen auch verständlich ist.

Darüber hinaus betonen viele ältere Menschen mit Behinderungen, welche Aufgaben sie für die Wohngruppe übernehmen, wo sie helfen und welche Funktionen sie im Alltag erfüllen. Diese Aufgaben liegen überwiegend in hauswirtschaftlichen oder organisatorischen Bereichen des Gruppenalltags und haben ebenfalls einen hohen Stellenwert für die Teilnehmer: Darüber erfahren sie Anerkennung, gehen einer Beschäftigung nach, leisten ihren Beitrag zum Gruppenalltag und erleben sich als Teil der Gemeinschaft.

Daneben können sie auch an freizeitbezogenen Aktivitäten teilnehmen, die ihnen seitens der Einrichtung angeboten werden. Doch viele Teilnehmer erachten diese Angebote als nicht ausreichend für sich: Sie organisieren selbst Aktivitäten in der Freizeit oder sind in Kirchengemeinden engagiert. Aus den Berichten war diesbezüglich zu entnehmen, dass viele Teilnehmer ein Interesse daran haben, sich ehrenamtlich zu engagieren bzw. eine sinnvolle Aufgabe für das Gemeinwesen zu übernehmen: Menschen begleiten, in der Kirche helfen, sauber machen, im Garten arbeiten... Dieser Aspekt bietet eine neue – eher unbekannte - Perspektive: Menschen, von denen gedacht wird, dass sie selbst ehrenamtlich begleitet werden sollten, zeigen: Sie wollen auch selbst tätig werden, Verantwortung übernehmen und aktiv mitwirken. Voraussetzung dafür, dass diese Ambitionen real werden kann, ist eine weitere Öffnung der Einrichtungen und Organisationen ins Gemeinwesen, denn ohne „Öffnung nach außen im Sinne einer Verknüpfung der primären sozialen Umgebung mit den sozialen Gemeinstrukturen (z.B. der Altenhilfe wie Begegnungsstätten, Tageseinrichtungen, Clubs) können die ‚neuen Alten‘ der Behindertenhilfe sich nicht entwickeln und etablieren. Netzwerkerfahrungen lassen eigene Potentiale wachsen, Anschlüsse und Brücken dienen der Partizipation wie der Selbstvergewisserung“ (Wacker: 2001, S. 113). Die Herausforderung der Einrichtungen/Verbände liegt darin, eine effektive Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben, um die Öffentlichkeit für die Belange und Potentiale von Menschen mit Behinderungen zu sensibilisieren.

Nicht nur *mitbestimmen*, sondern *selbstbestimmen*, das wollen ältere Menschen mit Behinderungen. Dabei geht es auch um die kleinen Dinge im Leben, die dennoch eine wesentliche Rolle spielen können. „Über einen kleinen Schritt wirklich selber entscheiden können und erleben, dass sich dadurch etwas verändert, hat viel mehr Bedeutung als eine diffuse, mit unrealistischen Erwartungen verknüpfte Mitbestimmung in unüberschaubaren



Bereichen“ (Pörtner: 2003, S. 130f). Es ist eigentlich ganz einfach: Menschen mit Behinderungen wollen gefragt werden und (lernen) Entscheidungen selbst (zu) treffen. Mit- und Selbstbestimmung konsequent dort zu ermöglichen, wo sich der Alltag abspielt, ist die Voraussetzung dafür, Fähigkeiten entwickeln zu können, die auch in weit reichenden Fragen zu einem Urteil führen und vielleicht ganz andere Entscheidungen herbeiführen als die Mitarbeiter, Mitbewohner und sie selbst es gewohnt sind (vgl. Pörtner: 2003, S. 133f).

## **2.7. Zusammenfassung**

Die Lebenswelt bietet Menschen Sicherheit und eröffnet ihnen spezifische individuelle Möglichkeiten, ihr Alltagsleben, zu bewältigen. Dabei sind die Kontakte im sozialen Netzwerk besonders bedeutsam, denn sie ermöglichen, immer wieder neue und gewohnte Erfahrungen und Interaktionen, die der eigenen Selbstvergewisserung dienen. In bestimmten Lebensphasen, die Veränderungen hervorbringen oder in denen Übergänge in andere Lebensphasen bevorstehen, können biografische Rekonstruktionen die eigene Standortbestimmung in der Gegenwart, aber auch bezogen auf die gesamte Lebensspanne unterstützen. Die Planung für die kommende Lebenszeit kann so erleichtert, neue Situationen können antizipiert und positive Adaptionen an die neue Zukunft können gezielt vorbereitet werden. Im Rahmen dieser Selbstvergewisserung haben die Themen wie die aktuelle Wohnsituation und die Gesundheit, der Erhalt von Kompetenzen und Kontakten im sozialen Netzwerk einen zentralen Stellenwert, da sich daraus zukünftige Optionen „ableiten“ lassen.

Die Bedeutung des Wohnens im Alter ist erst in den letzten 20 Jahren – in der Auseinandersetzung um den demografischen Wandel - in den Fokus des sozial-politischen und institutionellen Interesses gerückt. Für den einzelnen älteren Menschen jedoch, hat das Wohnen schon immer eine herausragende Stellung, denn Wohnen bedeutet alltägliche Lebensqualität. Es bestimmt das Lebensgefühl und zeichnet ein Profil – eine Charakteristik des Bewohners.

Ebenso üben die Bereiche Gesundheit und Alltagskompetenz einen entscheidenden Einfluss auf den Faktor „Lebenszufriedenheit“ im Alter aus. Der Grad der Zufriedenheit drückt das erworbene Maß an adaptiver Kompetenz und psychischer Resilienz aus. So ist es möglich, dass alte Menschen, die sogar in objektiv mäßigen bis schlechten Verhältnissen leben, dies nicht so empfinden und angeben, zufrieden damit zu sein. Es wurde beobachtet, dass sich

diese Tendenz mit zunehmendem Alter noch verstärkt. Es entsteht „... das Bild einer hohen adaptiven Flexibilität und Widerstandsfähigkeit des älteren Selbst“ (Brandstädter; Rothermund: 1998: S. 223). Das Konzept des „erfolgreichen Alterns“ kann sich dabei stabilisierend auf das Selbstbild auswirken.

Dieses hohe Maß an Resilienz ist auch häufig bei Menschen zu finden, die in Einrichtungen leben: Sie haben sich mit ihrer Lebenssituation arrangiert, diese hinsichtlich ihrer positiven Eigenschaften für sich akzeptiert und blicken dabei über störende Faktoren hinweg bzw. schenken diesen nur wenig Beachtung. Für sie überwiegt offenbar das Gewohnte, Vertraute und die Sicherheit ihrer Lebenssituation – möglicherweise auch mangels anderer Alternativen. Ihre Wirklichkeitsregion ist die Alltagswelt in der Einrichtung.

Viele Menschen, die in Einrichtungen der Altenhilfe leben, haben jedoch die Möglichkeit, ihre Bedingungen und Wünsche hinsichtlich ihres Lebens in einer Einrichtung formulieren bzw. diese auswählen zu können. Sie haben eigene Kinder oder enge Verwandte, die ihnen bei der Auswahl hilfreich zur Seite stehen und sie beraten, das Richtige zu tun. Der Umzug in ein Heim führt jedoch immer zu einer zu einer einschneidenden Veränderung der bisherigen Lebensweise: „Man tritt ein in eine Institution bzw. einen Großhaushalt, der nach völlig anderen Regeln strukturiert ist als ein Privathaushalt. Der dadurch bedingte Verlust an individuellen Entscheidungsspielräumen – unabhängig davon, ob man alle Entscheidungsspielräume auch wirklich nutzen kann – korrespondiert bei (zunehmender) Pflegebedürftigkeit mit einer häufig abnehmenden Selbstständigkeit und Selbstbestimmungsmöglichkeit. Und selbst der gewollte und eventuell langfristig vorbereitete Umzug in eine selbst gewählte neue Wohnung, z.B. in ein Wohnstift oder ein ähnliches Haus mit einem relativ hohen Grad an persönlicher Autonomie hat zur Folge, dass man sich auf zahlreiche Alltagsbezüge neu einstellen muss“ (BMFSFJ: 2001, S. 126ff).

Anders stellt sich die Situation bei älteren Menschen mit langjährigen Behinderungen dar: Jeder zweite von ihnen lebt häufig seit seiner frühesten Kindheit in einer Einrichtung und wird auch in dieser Einrichtung alt. In der Regel ist ein Mensch mit Behinderung jahrelang hier gefördert und betreut worden und es bestehen nur wenige soziale Kontakte außerhalb der Einrichtung. Bisher wurde ihm lediglich in Ausnahmefällen ein Mitspracherecht bezüglich des Lebensraumes zugestanden. Die 2008 ratifizierte UN-Charta für die Rechte behinderter

Menschen hebt diesen Misstand auf und stärkt in dieser Hinsicht die Rechte behinderter Menschen

Das Geschlechterverhältnis ist in den Einrichtungen der Behindertenhilfe – anders als in den Einrichtungen der Altenhilfe, in denen 80% der Bewohner weiblich sind (zit. nach Schneekloth, Müller 1995; In: Wacker: 2001, S. 53) – bis zum 65. Lebensjahr (noch) weitgehend ausgeglichen (Tews: 2001, 27). Danach zeichnet sich auch hier der Trend zu einer Feminisierung des Alters ab (vgl. Wacker: 1998, S. 69; In: Wacker: 2001, S. 55).

Auch hinsichtlich der Altersstruktur zeigen sich deutliche Unterschiede: 70% der Bewohner von Altenheimen sind 80 Jahre und älter, hingegen sind es nur 4% der Bewohner von Behinderteneinrichtungen. Aufgrund ihres Lebensalters ist jedoch zu erwarten, dass alsbald ein deutlicher Zuwachs älterer Menschen mit Behinderungen zu verzeichnen sein wird (zit. nach Schneekloth, Müller 1995; In: Wacker: 2001, S. 53).

Ältere Menschen mit Behinderungen leben vorwiegend in den Komplexeinrichtungen der Behindertenhilfe (vgl. Wacker: 2001, S. 56f). Die Begründung hierfür ist häufig der Aufwand: In der Einrichtung können sie im Alter besser versorgt und betreut werden als in teilstationären Wohnformen. Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen höherem Pflegeaufwand, zunehmendem Alter und Behinderung ist empirisch noch nicht nachgewiesen worden. Es kann „angenommen werden, dass die Risiken der Multimorbidität mit steigendem Lebensalter auch bei Menschen mit Behinderung wachsen werden“ (Wacker: 2001, S. 59). In den Einrichtungen der Behindertenhilfe leben die Menschen häufig ein Leben lang oder sie kommen dorthin, wenn ihre Eltern, Verwandten oder Geschwister selbst alt geworden sind und die Betreuung nicht mehr leisten können. Der Übergang in den Ruhestand – als Beginn einer neuen Lebensphase - wird häufig als Markierung angesehen, die Lebenssituation noch einmal neu zu überdenken. Der Wechsel aus der häuslichen Versorgung in ein Wohnheim / eine Wohnstätte gilt als (späte) Konsequenz aus diesen Überlegungen.

Mittlerweile ist ein Trend feststellbar, der zeigt, dass die Unterschiede zwischen den Wohnformen für ältere Menschen in der Alten- und Behindertenhilfe aufweichen: In beiden Systemen werden mehr und mehr teilstationäre und ambulant betreute Wohnformen angeboten. Beispielsweise findet sich das Konzept der sog. „Hausgemeinschaften“, in der nicht nur pflegerische, sondern auch pädagogische Begleitung angeboten wird, mittlerweile in

der Alten- wie in der Behindertenhilfe (vgl. KDA: 2001; Haveman; Stöppler: 2003; Wacker: 2001). Auch das stationäre Angebot wird vermehrt für präziser definierte Aufgaben und Gruppen wie beispielsweise „Pflege von schwerst-mehrfach-behinderten Menschen“ oder „geronto-psychiatrische Pflegebereiche“ u. a. ausgewiesen. In den nächsten Jahren werden weitere alternative oder innovative Wohn- und Betreuungsformen entstehen, nicht nur auf Grund des hohen Kostendrucks und des demografischen Faktors, sondern auch aufgrund konzeptioneller Überlegungen, die in stärkerem Maße die Umsetzung des Partizipations- und Normalisierungsgedankens gewährleisten.

Alle Bereiche zusammen bilden den Rahmen, der – wenn er annähernd passgenau ist - dem Einzelnen Stabilität und Sicherheit vermittelt. Auf der Basis einer person- und umweltbezogenen Perspektive definiert sich der Begriff „Kompetenz“ als „Gesamtpaket der Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen zur Aufrechterhaltung eines selbstständigen, selbstverantwortlichen und persönlich zufriedenstellenden Lebens in seiner räumlichen, sozialen, (materiellen<sup>29</sup>) und institutionellen Umwelt“ (Kruse, A.; Lehr, U.: 1996, S. 12). Die Alltagsgestaltung und das Aktivitätsniveau eines älteren Menschen ist somit auch ein Gradmesser für seine Selbstständigkeit und seine Selbstverantwortlichkeit.

Bei Menschen mit Behinderungen ist diese Sicherheit häufig an ihre Arbeitsbegleiter gekoppelt, die mit dem Eintritt in den Ruhestand nun nicht mehr ihre Ansprechpartner sind. Im Wohnheim scheint sich zunächst nichts zu verändern – der alltägliche Arbeitsbereich ist einfach nicht mehr vorhanden und mit ihm fehlen alle Ansprechpartner. Als Lösungsansatz könnte der Einsatz eines Mentorennetzwerks für die Vorbereitung des Übergangs sowie eine Zeitlang danach nicht nur sinnvoll sein, sondern nach Jahren der Förderung und Anleitung auch notwendig. Es erfordert die Zusammenarbeit von Mitarbeitern in der Werkstatt, dem Wohnheim und den Angehörigen.

Bei der Betrachtung der Lebens- und Wohnformen in der Alten- und Behindertenhilfe fällt auf, dass beide durchaus Differenzen aufweisen, jedoch in den wesentlichen Punkten denselben strukturellen und formalen Rahmenbedingungen unterliegen, die insbesondere durch die gemeinsamen gesetzlichen Vorgaben des SGB<sup>30</sup> bestimmt werden. Inwieweit sich die ideellen Leitlinien ähneln, wird das nächste Kapitel zeigen.

---

<sup>29</sup> Anmerkung der Autorin

<sup>30</sup> SGB = Sozialgesetzbuch. Hier sind insbesondere die Bücher V, IX, XI und XII gemeint.

### 3 Handlungsleitende Grundlagen in der Altenhilfe und der Behindertenhilfe

Die Bedeutung individueller – manchmal auch recht eigenwilliger – Lebensstile alter Menschen wurde im vorhergegangenen Kapitel hervorgehoben. Im Folgenden soll es nun um die Perspektive derer gehen, die bedarfsbezogene Angebote für alte Menschen mit und ohne Behinderungen bereitstellen.

In der Arbeit und im Umgang mit alten Menschen – insbesondere in institutionellen Kontexten - ist es nicht nur wichtig, Kenntnisse über die Lebensgeschichte, die Gewohnheiten, Rituale und Eigenheiten des einzelnen Menschen zu haben, sondern auch übergeordneten Leitbildern zu folgen, die Akzeptanz finden: bei den Bewohnern, bei Menschen, die nicht in institutionellen Kontexten leben und bei den Anbietern. Diese so genannten Paradigmen schaffen Orientierungs- und Rahmenbedingungen, nach denen sich Institutionen in ihrer Arbeit konzeptionell ausrichten. Sie stellen einerseits den stetigen Diskussions- und Entwicklungsstand in der Gesellschaft hinsichtlich der Versorgung von Menschen dar (Beispiel: Integration), andererseits basieren sie auf Konstanten wie beispielsweise christlichen Grundwerten, die sich über Jahrzehnte erhalten haben. So lassen sich immer mehrere Stränge und Schwerpunkte um die gerade gültigen Paradigmen in Alten- und Behindertenhilfe in ihrer Entwicklung nachzeichnen. Beispielsweise kann in der Behindertenhilfe der Prozess von der reinen Verwahrpflege vom Anfang des 19. Jahrhunderts bis hin zum Leitbild des selbstständigen, selbstverantwortlichen und mündigen Menschen mit Behinderung nach dem heute gültigen Leitbild der „Inklusion“, nachgezeichnet werden (vgl. Wacker: 2001).

Grundsätzlich werden Paradigmen als etwas bezeichnet, das sich „vorzeigen lässt oder sich sehen lassen kann“ und „ein Beispiel, Muster, oder eine Erzählung mit beispielhaftem Charakter“ darstellt (Duden: 2001, S. 1181). Dieses Muster gilt bildungssprachlich als Vorbild, das modellhaft eingesetzt werden kann. In der Wissenschaft war Thomas Kuhn ein Vordenker hinsichtlich des Verständnisses komplexer zusammenhängender Regeln und Annahmen und der Notwendigkeit ihrer Revision, durch die es möglich wird, anstehende Probleme wissenschaftlich besser als bisher zu verstehen und lösen zu können (vgl. Speck: 1996, S. 32). Der Nutzen der Verwendung von handlungsleitenden Paradigmen liegt in ihrer eminent praktischen Bedeutung: Sie sind übergeordnete Richtlinien und bieten Werte für die Praxis, an denen sich die praktische soziale Arbeit orientieren kann. Ein Beispiel bietet das Paradigma der Normalisierung, dass seit den 1970 Jahren in der Behindertenhilfe Verbreitung

findet und sich seit ca. 10 Jahren auch zunehmend in der Altenhilfe durchsetzt (KDA: 2001; Thimm: 1995).

Auf der anderen Seite heißt dies: Ändert sich die soziale Praxis, so erzeugt „diese Krise einen Problemdruck, der zum Innehalten, zu fachlichen Kontroversen und zur Suche nach neuen Problemlösungen führt, denen dann gewöhnlich eine neue Sicht des Problems, manchmal auch ein anderes Menschenbild, zugrunde liegt.“ (Hohmeier: 2004, S. 128). Nach Kuhn (1962) wird dieser sog. Paradigmen-Wechsel dadurch erkennbar, dass ein gültiges Denkmodell durch ein innovativeres oder praktikableres ersetzt wird. Mittlerweile ist es ebenfalls möglich, dass sich mehrere Modelle nicht nur ersetzen, sondern auch nebeneinander existieren und sogar miteinander konkurrieren können. „Was wir (...) heute beobachten ist die Gültigkeit und Koexistenz verschiedener Paradigmata nebeneinander. Käser (1993, S. 217) spricht deshalb von einem Paradigmata-Pluralismus“ (Speck: 1996, S. 32).

### **3.1. Leitbilder der Behindertenhilfe**

In der Behindertenhilfe ist die Um- und Neuorientierung erst nach der Psychiatrie Enquête von 1975<sup>31</sup> ein zentrales Thema geworden. In ihrer Folge wurden in Deutschland erste Schritte einer „Entmedizinisierung von Behinderung und Hinwendung zu einer regionalisierten, integrativen und personenbezogenen Behindertenhilfe vollzogen“ (Theunissen: 2002, S. 362). Im Rahmen dessen sollen Menschen mit Behinderungen nicht nur enthospitalisiert werden, sondern zu gleichberechtigten Bürgern werden.

Grundlegend in dieser Bewegung war die Abkehr von der medizinischen Sichtweise, die sich ausschließlich an den Defiziten orientiert hat. In der Folge wurden auch die Einrichtungen, in denen Menschen mit denselben Schädigungen und unter misslichen Umständen lebten, in Frage gestellt. Das *Paradigma der Institutionalisierung* hatte seine Bedeutung verloren – Forderungen nach einer Auflösung von Großeinrichtungen wie in Skandinavien bereits geschehen - wurden laut. Im Zuge der Auseinandersetzung entstand Anfang der 70er Jahre das *Prinzip der Normalisierung*, dessen Ziel es ist, „das Leben geistig behinderter Menschen (...) in allen Phasen so normal wie möglich zu gestalten. Mit anderen Worten: Alle Bemühungen um geistig Behinderte zielen auf die Verwirklichung kulturspezifischer alters- und geschlechtsgemäßer Rollenbeziehungen ab“ (Thimm: 1995, S. 25). Die Leitlinien

---

<sup>31</sup> [http://www.dgppn.de/de\\_enquete-1975\\_39.html](http://www.dgppn.de/de_enquete-1975_39.html) (Stand: 03.12.2007)

„Selbstbestimmung“ und „Beteiligung der Betroffenen“ sowie „Regionalisierung“ und „Kommunalisierung“ wurden zu Maximen einer neuen Ära in der Behindertenhilfe (vgl. Thimm: 1995, S. 2).

Normalisierung hat demnach im Alltag des Einzelnen anzusetzen (Alltagsorientierung), hat dabei die größtmögliche Beteiligung des Einzelnen sicherzustellen (Partizipation) und sich an den regionalen Strukturen des öffentlichen Lebens zu orientieren (Gemeindeorientierung) (ebd.). In diesem Zusammenhang wurde auch die heilpädagogische Förderung (neu) entdeckt, denn es galt: „etwas aus einem behinderten Menschen zu machen“ (Theunissen: 2002, S. 363). Menschen mit Behinderungen sollten selbstständig werden und in die Gesellschaft integriert werden. Dabei sollte „zugleich eine Öffnung und Zugänglichkeit der ‚normalen‘ gesellschaftlichen Institutionen für behinderte Menschen“ (ebd.) erreicht werden. Allerdings erzeugte dieser Ansatz auch eine Reihe von Missverständnissen, denn immer noch wussten andere Menschen besser, wie und was aus dem behinderten Menschen werden sollte ohne dass ihm selbst die dazu erforderlichen Entscheidungs- und Entwicklungsfreiräume zugestanden wurden. Die Abkehr von der Fürsorge und die Hinwendung zu einer Haltung, die die Unterstützung und Begleitung des Menschen im Blick hat, der selbstbestimmt, mündig und auch eigensinnig durchs Leben gehen soll, ist ein Prozess, der bis heute andauert und verinnerlicht werden muss.

Doch schließlich nahm nicht nur der Gedanke der Integration Formen an, sondern auch die Umsetzung. Dort, wo Menschen Erfahrungen mit Menschen mit Behinderungen machen konnten, zeigten sich erste Erfolge. Vorurteile, das Anders-sein und die Sonderbehandlungen haben sich reduzieren lassen und Menschen haben gemerkt, dass „es einerseits zwar Unterschiede gibt, die jedoch im Prinzip für alle gelten, sich andererseits Bedürfnisse, Wünsche oder Interessen behinderter und nicht behinderter Menschen aber kaum unterscheiden. Genau diese Erfahrung der Differenz und Egalität lässt Verständnis, Solidarität und Gemeinsamkeiten entstehen und bildet das Fundament für eine humane Gesellschaft“ (Theunissen: 2002, S. 363). Diese Aussicht ist zwar immer noch reizvoll, doch längst nicht vollzogen, da die Mehrzahl von Menschen mit geistigen Behinderungen immer noch in Sondereinrichtungen leben, sie nur über wenige Bereiche ihres Lebens selbst bestimmen können und die gesellschaftliche Integration nur punktuell geschieht (vgl. Theunissen: 2002, S. 363), denn „das Erbe des Institutionalisierungsparadigmas wiegt schwer“ (ebd.).

Aus diesem Blickwinkel betrachtet, kann das Normalisierungsprinzip nur dort eingesetzt werden und wirken, wo Menschen mit Behinderungen leben und wo *ihre Normalität* auch stattfindet: im Wohnheim, in der Werkstatt für Behinderte, in der Integrationsfirma, Tagesstätte, Förder- oder Schongruppe u. a.. Wenn die Lebenswelt des Menschen seit Jahrzehnten eine institutionalisierte Welt ist, so muss diese mit einbezogen werden, ansonsten sind „all jene Normalisierungsmaßnahmen als verfehlt oder unzureichend zu betrachten, die Menschen mit Behinderungen neue Lebensbereiche und Standards einfach vorsetzen und dabei die aktiven Aneignungsmöglichkeiten, eine sinnerfüllte, selbstbestimmte Erschließung neuer Lebensräume, weithin außer Betracht lassen“ (Theunissen: 2002, S. 364). Diese Aussage verdeutlicht einmal mehr die Bedeutung einer behutsamen und schrittweisen Vorgehensweise, wenn ein neues Paradigma erfolgreich eingeführt und sich durchsetzen soll.

Eine reine Adaption ist hier fehl am Platze, denn es braucht Zeit, Motivation und Ausdauer bis die Auseinandersetzung mit der neuen Leitlinie soweit gediehen ist, dass sich auch positive Veränderungen zeigen können. Dazu formuliert Speck (1996, S. 32):“Es wäre natürlich absurd, Integration von Theorien und Modellen so zu verstehen, als sollte Schwarz und Weiß gewissermaßen Grau werden. Im Gegenteil: Miteinander-Vereinbarkeit von Verschiedenem bedeutet die Respektierung des Differenten, zugleich aber auch die implizite Herausforderung zur Überprüfung dessen, was differiert, und zur Weiterentwicklung der besseren Lösungen für anstehende Probleme“.

Dieser u. a. Aspekte wurden auch von Menschen mit Behinderungen, deren Selbsthilfe sich im Zuge der Normalisierung langsam zu organisieren begann, aufgegriffen. Sie machten ihre Rechte nach dem Vorbild des „Independent living movement“ geltend und trugen zur Formulierung des neuen *Autonomie-Paradigmas* bei. Weltweit haben sich Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen zu einem Netzwerk mit dem Titel „People first“ zusammengeschlossen, die sich als „Experten in eigener Sache“ vertreten und organisieren ( vgl: Doose: 2004: I want my Dream!<sup>32</sup>). Die Kritik am Leitbild der Autonomie – wieder nur funktional und verhaltensorientiert zu sein und affektive sowie sozial-interaktive Prozesse weitgehend außer acht zu lassen, führte zu weiteren Auseinandersetzungen und letztlich zum *Paradigma der Unterstützung und Inclusion*. „Der Idee nach ist Inclusion ein Ansatz, der von Lebenswelten (...) ausgeht, in denen alle Menschen, mit und ohne Behinderung, willkommen sind und die so ausgestattet sein sollten, dass sich jeder darin, mit oder ohne Unterstützung,

---

<sup>32</sup> [www.persoeliche-zukunftsplanung.de](http://www.persoeliche-zukunftsplanung.de) (Stand: 03.12.2007)



zurechtfinden, kommunizieren und interagieren, kurzum sich wohlfühlen kann. Inclusion bedeutet in diesem Sinne uneingeschränkte Zugehörigkeit und ist quasi das Fundament für Partizipation“ (Theunissen: 2002, S. 365). Inclusion setzt in der jeweiligen Lebenswelt und -situation des Einzelnen an; dort erhält er die Unterstützung, die für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben notwendig ist. Inclusion ist in dieser Hinsicht mehr eine Haltung, denn eine Leitlinie.

Der Lebensweltbegriff im Verständnis von Theunissen ist in einen handlungstheoretischen Rahmen eingebunden, in dem es „nunmehr jegliche Form von Ausgrenzung, Aussonderung und Ausschluss“ zu überwinden gilt (Theunissen: 2007, S. 17). In dieser Hinsicht beinhaltet diese Annahme bereits eine Pragmatik, die auf ihre Anwendbarkeit hin auf die Lebenssituationen von Menschen mit Behinderungen - im interventionspädagogischen Sinne - hin ausgerichtet ist. Weniger steht diese Auslegung im Zusammenhang mit der Begrifflichkeit der „natürlichen Einstellung“ wie sie im Lebensweltkonzept zu finden ist (Schütz; Luckmann: 2003, S. 29ff), umso mehr kommt jedoch ein anderes Deutungsmuster zur Anwendung: Wenn Menschen mit Behinderungen Schwierigkeiten haben, ihre Lebenswelt als „Wirklichkeitsregion“ (ebd.) zu erfassen und zu verstehen, dass sie diese selbst aktiv beeinflussen und verändern können und dabei auf andere Menschen wirken können, dann geht es „folgerichtig (...) unter der Leitidee der Inklusion nicht etwa um die bloße Eingliederung geistig behinderter Menschen in der Gesellschaft (...), auch nicht um eine Normalisierung durch eine Anpassung behinderter Menschen an normale Lebensstandards nicht behinderter Menschen, sondern um die ‚Umgestaltung der Umwelt im Sinne einer inklusiven Gesellschaft, die die Bürgerrechte aller ihrer Bürger/innen respektiert und zu realisieren hilft‘“ (Theunissen: 2007, S. 19; Hinz: 2004, S. 68 in: Theunissen: 2007, S. 19).

In diesem Verständnis ist Inklusion nicht nur Leitidee, sondern impliziert die Aufforderung, die Grenzen, Bedingungen und Ordnungen der Lebenswelten von Menschen als solche auch anzuerkennen, denn die „Grenzen, an die der Mensch in seinem Leben in der Welt stößt, erscheinen ihm in der natürlichen Einstellung als unverrückbare Gegebenheiten“ (Schütz; Luckmann: 2003, S. 591f). Um sie zu überschreiten bedarf es der Verständigung – der sozialen Verständigung – der Interaktion. Es ist klar, „dass hierbei ein gewisses wechselseitiges Verstehen eine notwendige, jedoch keine ausreichende Bedingung ist“ (ebd). Menschen, denen diese - reflexiven - Mittel fehlen oder die nicht wissen, wie sie anzuwenden

sind, sind darauf angewiesen, dass sich die Bedingungen und Ordnungen an ihren jeweiligen Bedarfen ausrichten, damit auch sie partizipieren können.

Im Kontext der Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbstbestimmten Lebens“ (Wacker et al.: 1998) wurde ein „Fünf-I-Programm“ entwickelt, das „fünf wesentliche Elemente (beinhaltet), die in ihrem Zusammenspiel die Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter positiv beeinflussen können“. Die fünf Punkte Individualisierung, Integration, Infrastruktur, Information und Inklusion sollen eine Orientierungshilfe für Menschen mit Behinderungen sein als auch als „Messinstrument für Konzeption und Umsetzung des Wandels der Angebote“ in der deutschen Behindertenhilfe verstanden werden. „Im einzelnen finden sich zu den fünf wesentlichen Orientierungspunkten für die eine Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderung im Alter in Heimen jeweils ein Grundsatz, die Umsetzung und das Ziel“ (Wacker: 2001, S. 92f). Die Begriffe bauen aufeinander auf und am Ende steht das Ziel „Abbau von Stigmatisierung, Diskriminierung und Isolation, Enttabuisierung der Lebenssituation innerhalb und außerhalb der Organisation Heim“ (Wacker: 2001, S. 93). Inklusion meint, die Inanspruchnahme von bürgerlichen Rechten und Pflichten auch in der Lebenswirklichkeit von Menschen mit Behinderungen zu verankern. Und diese „endet nicht mit dem Erreichen eines bestimmten Lebensalters, mit einer Lebensphase oder an der Pforte von Wohneinrichtungen. Dort liegt der Schwerpunkt bislang auf Schutz und Sicherheit. Dies geht zu Lasten ihrer Autonomie und ihrer Chancen, an selbstgewählten sozialen Teilsystemen zu partizipieren“ (Wacker:2001, S. 94; Wahl; Baltes: 1992, S. 113f). Vorhandene Kompetenzen können so nicht genutzt werden: das „Verhältnis Sicherheit/Autonomie (entspricht) nicht dem eigentlichen Kompetenzgrad (...)“. Die Diskrepanz zwischen Überfürsorge und Unterforderung führt so letztlich zu Langeweile, Apathie und Depression. Letztlich können sich dadurch auch Abbauprozesse beschleunigen. (vgl. Wahl; Baltes: 1992, S. 115).

Den Umfeld- bzw. Lebensweltbedingungen kommt damit eine Schlüsselrolle zu, die sich sowohl stützend und sichernd als auch einschränkend erweisen können. „Die Vorstellung einer Dialektik zwischen Sicherheit und Autonomie im Wechselspiel zwischen alten Menschen und ihrer Umwelt bedingt, das ein ‚Fit‘ zwischen Kompetenz und Umwelтанforderung, zwischen persönlichen Bedürfnissen und Umweltangeboten, zwischen Selbstständigkeitsförderung und Unselbstständigkeitsförderung als Strategie erfolgreichen Alterns im Einzelfall sehr verschiedene optimale Umweltbedingungen erforderlich macht“

(ebd.). Es ist zu erwarten, dass sich zukünftig noch mehr und vielfältige Lebensstile entwickeln werden, die sich jedoch nicht mehr an systemimmanenten Leitbildern der Behinderten- oder auch Altenhilfe ausrichten, sondern übergeordneten gesellschaftlichen Leitlinien folgen. Die Vision von einer sozialen Gesellschaft, in der junge, alte, pflegebedürftige und behinderte Menschen sowie Menschen mit Migrationshintergrund einen Platz finden, ist intergenerativ, inklusiv und sie erfordert die Tatkraft aller Mitglieder. In dieser Hinsicht und insbesondere auf dem Hintergrund der Auswirkungen des demografischen Wandels werden sich die Leitbilder an den jeweiligen gesellschaftlichen Anforderungen ausrichten müssen und vermutlich eher bürgerschaftliche Ziele formuliert werden.

### **3.2. Der Empowerment-Ansatz in der Behindertenhilfe**

Als wegweisendes Modell in der Umsetzung der inklusiven Leitidee kann der Ansatz des Empowerments angesehen werden, das „Behinderten und ihren Angehörigen als Empfänger/-innen von Hilfen und sozialen Dienstleistungen unmissverständlich eine Stimme verleiht und ihr Recht auf Selbstbestimmung, Wahl- oder Entscheidungsfreiheit, demokratische und kollaborative Partizipation unterstreicht“ (Theunissen: 2002, S. 365; Theunissen, Plaute: 2002). Eine lebensweltbezogene Behindertenarbeit berücksichtigt nicht nur gesellschaftliche und soziale Faktoren, sondern richtet sich in erster Linie an den Bedarfen des einzelnen Menschen aus. „Das bedeutet, dass eine lebensweltbezogene Behindertenarbeit Priorität hat, wie sie durch Inclusion, Partizipation und Empowerment grundgelegt wird“ (Theunissen: 2002, S. 366). Doch wie kann diese in den Alltag transferiert werden?

Im Rahmen einer lebensweltorientierten sozialen Arbeit mit Menschen mit Behinderungen bedeutet *Empowerment*, dass der Mensch mit Behinderung zum „kompetenten Akteur seiner Lebensverhältnisse“ (Bronfenbrenner: 1981; In: Theunissen: 2002, S. 364) werden soll. Demnach sind alle Angebote und Dienste, die nicht dem Prinzip der Freiwilligkeit und Selbstbestimmung folgen und dabei die aktiven Aneignungsmöglichkeiten des Einzelnen außer Acht lassen „als verfehlt oder unzureichend zu betrachten“ (Theunissen: 2002, S. 364). Empowerment meint in diesem Zusammenhang, dass Menschen mit Behinderungen „selbst am besten wissen, was gut für sie ist und was nicht, die eigenen Interessen artikulieren, eigenständig und selbstverantwortlich Entscheidungen treffen und ihre Belange selbst regeln können. Menschen mit Behinderungen führen uns (...) vielfältige Kompetenzen vor Augen, die sie als ‚Experten in eigener Sache‘ ausweisen“ (Theunissen; Plaute: 2002, S. 44ff). Aller-

dings sind viele ältere Menschen durch ihre langjährigen Hospitalisierungen nicht daran gewöhnt, ihre Bedürfnisse selbst zu äußern bzw. danach befragt zu werden. Häufig müssen sie zunächst lernen, ihre eigenen Interessen zu vertreten.

Der Beschreibung von Herriger (2006) folgend, definiert sich ein lebensweltorientiertes Empowerment als „Vermögen von Menschen, die Unüberschaubarkeiten, Komplikationen und Belastungen ihres Alltags in eigener Kraft zu bewältigen, eine eigenbestimmte Lebensregie zu führen und ein nach eigenen Maßstäben gelingendes Lebensmanagement zu realisieren“ (Herriger: 2006, S. 15). Damit steht die „Mikropolitik des Alltags“ (ebd.) im Zentrum: Sie überträgt dem Einzelnen nicht nur die Verantwortung für sein Handeln, sondern auch die Selbstorganisation seiner Lebenswelt. Für (ältere) Menschen mit Behinderungen bedeutet dies, sich auf das zu konzentrieren, was ihren Alltag ausmacht und bei der Umsetzung von Handlungszielen, Potentiale freizusetzen und auf die eigenen Kräfte zu vertrauen. Eine konsequente Abkehr vom Defizit-Blickwinkel ist das erklärte optimistische Ziel des Konzepts. Dazu ist es allerdings ebenso erforderlich, die Lebenswelt als „Welt in aktueller Reichweite“ erlebbar und begreifbar zu machen (Schütz, Luckmann: 2003, S. 71), so dass unmittelbare Erfahrungen zugänglich und möglich sind und sie so zu gestalten, dass Menschen mit Behinderungen eine reale Chance haben, sich selbst zu organisieren, sich verantwortlich fühlen zu können und ihr Leben zu managen – bestenfalls allein, allenfalls mit Unterstützung, schlechtestenfalls mit lebenslanger Assistenz, doch immer mit dem Ziel, möglichst viel allein zu schaffen, um ein eigenes Bild von der Welt herstellen zu können. Denn „abgesehen von der auf mich zentrierten Orientierung dieses Sektors<sup>33</sup> nach Nähe und Ferne enthält die Welt in meiner aktuellen Reichweite eine Gliederung nach den Sinnesmodalitäten, durch die mir die Objekte des Sektors gegeben sind. Diese Gliederung in Sehweite, Hörweite, ja sogar Reichweite ist allerdings überdeckt von der der natürlichen Einstellung selbstverständlichen Identität der gegebenen, gehörten etc. Dinge (Schütz; Luckmann: 2003, S. 71). Und wenn die o. g. Sinnesmodalitäten beeinträchtigt sind und die aktuelle Reichweite nicht gegeben ist, gilt es Wege zu finden und Zugänge zu schaffen, die die Welt der natürlichen Einstellung für Menschen mit Behinderungen erfahrbar machen.

---

<sup>33</sup> gemeint ist „der Ort, an dem ich mich befinde, mein aktuelles ‚Hier‘, (...)der ist Ausgangspunkt für meine Orientierung im Raum, er ist der Nullpunkt des Koordinatensystems, innerhalb dessen die Orientierungsdimension, die Distanzen und Perspektiven der Gegenstände in dem mich umgebenden Feld bestimmt werden“ (Schütz; Luckmann: 2003, S. 71).

Die Empowerment-Prozesse richten sich jedoch nicht nur an den Einzelnen, sondern ebenfalls auf das Umfeld: 1. die Solidargemeinschaft, in der der Einzelne lebt bzw. Erfahrungen mit anderen Menschen macht; 2. die institutionelle Ebene, die Dienstleistungen und Angebote bereit stellt und 3. die Gemeindeebene, in der Kontakte geknüpft und Interessen verwirklicht werden können (vgl. Herriger: 2006, S. 86).

In dieser Hinsicht wird auch von „*strength perspective*“ (Saleeby: 1997) gesprochen. Es ist gemeint, den Fokus auf die positiven Attribute und individuellen Ressourcen zu richten, die sich auch durch das Umfeld gezielt unterstützen lassen und damit kontinuierliches Wachstum ermöglichen. „Darüber hinaus liegt der Stärken-Perspektive die Annahme zu Grunde, dass jede Person über eine ‚innere Kraft‘ verfügt, die als ‚Lebenskraft‘ oder auch durch ‚regenerative oder heilende Kraft‘ bezeichnet werden kann“ (Weick: 1986. In: Theunissen; Plaute: 2002, S. 20f). Diese Fähigkeit resultiert aus dem Zusammenspiel mehrerer Faktoren, sie impliziert, Stressoren als Herausforderung für persönliches Wachstum wahrzunehmen, einen gesunden Lebensoptimismus zu entwickeln, ein positives Selbstwertgefühl und Selbst-Konzept aufzubauen, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu setzen, um auch Lebenskrisen und Belastungen bewältigen zu können sowie die Fähigkeit zu flexibler Anpassung an Lebensveränderungen oder kritische Situationen (vgl. Antonovsky: 1997. In: Theunissen; Plaute: 2002, S. 21). Menschen mit Behinderungen haben sich diesbezüglich vielfach zu Experten entwickelt, die im Laufe ihres Lebens gelernt haben, sich den verändernden Bedingungen effektiv anzupassen und daraus ein ganz eigenes – für sie zufriedenstellendes - Lebensgefühl entwickelt. Dabei ist das Vorhandensein von tragfähigen sozialen Netzwerken sowie persönlichen Unterstützern von immenser Bedeutung. Aus dieser „Philosophie der Menschenstärke“ (Herriger: 2006, S. 72) sind folgende Leitlinien für die Empowerment-Praxis hervorgegangen:

1. Vertrauen in die Fähigkeit jedes einzelnen zur Selbstgestaltung seines Lebens;
2. Eigen-Sinn und Respekt auch vor unkonventionellen Lebensentwürfen;
3. Respekt vor ‚eigenen Wegen‘ und ‚eigenen Zeiten‘ – Verzicht auf strukturierte Hilfepläne und eng gefaßte Zeithorizonte;
4. Verzicht auf entmündigende Expertenurteile über die Definition von Lebensproblemen, Problemlösungen und wünschenswerten Lebenszukünften;
5. Orientierung an der Lebenszukunft des Einzelnen

6. Orientierung an der Rechte-Perspektive und parteiliches Eintreten für Selbstbestimmung und soziale Gerechtigkeit (vgl. Herriger: 2006, S. 72-85; Theunissen, Plaute: 2002: S. 20ff).

Diese Prinzipien verdeutlichen vor allem eins: Den Wechsel von der Defizit-Perpektive hin zu einem positiven „Subjektmodell des Empowerments“ (ebd.), das „getragen (ist), von dem festen Glauben an die Fähigkeiten des Individuums, in einer Kraft ein Mehr an Autonomie, Selbstverwirklichung und Lebenssouveränität zu erstreiten – und dies auch dort, wo das Lebensmanagement der Adressaten sozialer Hilfe unter einer Schicht von Abhängigkeit, Resignation und ohnmächtiger Gegenwehr verschüttet ist“ (Herriger: 2006, S. 73). Sicherlich ist diese Spurensuche nach den jeweiligen Stärken des Einzelnen noch kein explizites „Forschungsgebiet“ der Behindertenhilfe – doch ist die Unterstützung des Einzelnen durch die Erstellung von Unterstützungsplänen und Darstellung von Entwicklungsverläufen in den letzten Jahren mehr und mehr in den Mittelpunkt von Begleitung und Betreuung gerückt. Dabei hat konnte sich der Empowerment-Ansatz zwar als handlungsleitende Grundlage Sozialer Arbeit etablieren, doch seine Umsetzung dauert vielerorts noch an.

Empowerment impliziert das Element „*Selbstbestimmung*“, denn sie gilt als „Entwicklungsprozess, der das ganze Leben lang anhält und sich auf Handlungen bezieht, die (...) durch spezifische Charakteristika gekennzeichnet werden können: durch die ‚freie‘ autonome Entscheidung des Person; durch eine ‚Selbstaktualisierung‘ (...) z. B. im Sinne einer bewussten Nutzung eigener Stärken; durch ein ‚selbstgeregeltes‘ Verhalten in Verbindung mit einer Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle (...); durch die Möglichkeit selbst Ziele zu setzen und danach zu handeln; durch Initiativen, die vom Betroffenen ausgehen; durch die Fähigkeit, auf Ereignisse mit einem ‚psychologischen Empowerment‘ (...) zu reagieren; durch die Kontrolle und Verfügung über die eigenen Lebensumstände; durch eine Lebensverwirklichung nach eigenen Vorstellungen, auf eine ‚selbst-realisierende Art‘ (Theunissen; Plaute: 2002, S. 22f). Selbstbestimmung ist nicht punktuell auf bestimmte Situationen bezogen, sondern sie ist mehr: Es ist Lebensmanagement, in dem der Einzelne die Verantwortung für sein Leben in seiner Lebenswelt übernimmt. „Demzufolge steht außer Frage, dass eine nur vom Eigeninteresse geleitete Selbstbestimmung kein Grundwert für ein Empowerment-Konzept sein kann“ (Theunissen; Plaute: 2002, S. 24), denn erst in der Interaktion mit der Lebenswelt – durch die Orientierung an anderen - entwickelt sich der Einzelne weiter – kann er eigene Ziele erreichen, Selbstverwirklichung anstreben.

So verstanden liefert der Grundwert „Selbstbestimmung“ auch eine Vorgabe für Unterstützung und Begleitung für Menschen mit Behinderungen, die in institutionellen Kontexten leben. Für die Entwicklung von Selbstbestimmung „bedarf es einer haltgebenden, vertrauensvollen, sicherheitsstiftenden und verlässlichen Lebenswelt, die es versteht, Autonomieprozesse zu erkennen, wertzuschätzen und zu unterstützen. Die dialektische Verknüpfung dieser beiden Momente (zwischen dem Einzelnen und den Anderen) muss insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung, denen ein verstärktes Bedürfnis nach kontinuierlicher Verlässlichkeit, Sicherheit und Kommunikation nachgesagt wird, gewährleistet und erfahrbar sein, um Überforderungen zu vermeiden“ (Theunissen; Plaute: 2002, S. 25). Diese Basis schließt auch eine normative und moralische Ebene nicht aus, denn „Selbstbestimmung (ist) weder ein naturhafter Mechanismus (...), den man sich selbst überlassen könnte, noch ein Freibrief für subjektive Willkür. Alles Menschliche bedarf der Kultivierung und ist auf entsprechende Lernprozesse angewiesen. Alle Selbstbestimmung hat sich vor den anderen zu rechtfertigen, d.h. ist sozialen Normen und Beschränkungen unterworfen. Zur Selbstbestimmung gehört demnach auch die Selbstbeherrschung, das Erlernen von Rücksicht gegenüber anderen und das Einhalten von gemeinsam vereinbarten Regeln“ (Theunissen; Plaute: 2002, S. 25f). Selbstbestimmung schließt Egozentrismus aus, es ist vielmehr eine Haltung zu mir selbst, den anderen und dem Umfeld gegenüber.

Die konsequente Umsetzung des Selbstbestimmungsgedankens findet sich „im Zusammenhang mit dem Aufbau von Zentren für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen“ (Rock: 2001, S. 13). Inhaltlich sind diese Zentren der Definition verpflichtet 'Selbstbestimmt leben' als Möglichkeit zu begreifen, so viele Entscheidungen wie nur irgend möglich in der Verantwortung des Menschen mit Behinderung zu lassen und diese nicht anderen Menschen zu überlassen (ebd.). In Abgrenzung zum Begriff „Selbstständigkeit“, der eher auf eine Handlungskompetenz im Sinne von Selbstversorgung verweist, konzentriert sich Selbstbestimmung in erster Linie auf die Möglichkeit, eigenständige Entscheidungsprozesse herbeizuführen. „Als entscheidend wird dabei erachtet, dass die Betroffenen selbst die Art, den Umfang und die Ausführung der Unterstützung festlegen können. Generell ist Selbstständigkeit zwar ein Faktor, der die Führung eines selbstbestimmten Lebens erleichtert, er ist jedoch keine notwendige Voraussetzung zum selbstbestimmten Leben“ (Rock: 2001, S. 13f).

Die *Independent Living Bewegung* hat ihren Ursprung in Kalifornien. Dort schlossen sich in den 60er Jahren Studierende mit Behinderungen zusammen und entwickelten „eine Konzeption für ein autonomes Wohnen behinderter Menschen in der Gemeinde“ (Theunissen: 2001, S. 2). Sie bauten dabei einen Unterstützerpool auf und erstellten eine Liste mit barrierefreien Wohnungen, die es den Mitgliedern ermöglichen sollte, zu wählen wie und wo sie wohnen wollen. „Damit entstand ein erstes Center for Independent Living, welches alsbald seine Angebote und Beratung (peer counseling) erweiterte und Vorbild für andere Betroffenen-Initiativen wurde“ (ebd.). Die Idee verbreitete sich in den USA, wurde 1979 gesetzlich anerkannt und erhält seitdem staatlich finanzielle Unterstützung. Darüber hinaus finanzieren sich die Zentren durch Spenden und Stiftungsgelder. Mittlerweile existiert ein dichtes Netz von Zentren, „in denen vorwiegend körper- und sinnesbehinderte Menschen in eigenverantwortlicher Regie ihre Angelegenheiten selbst managen und sich selbst beraten“ (ebd.). Die Angebotspalette der Zentren ist breit gefächert. Sie bietet sowohl rechtliche Beratung, individuelle Beratung, Wohnungsvermittlung, Fahrdienste u. a. als auch Schulungen und Kurse für die Anleitung von Assistenzpersonen.

Ebenso ist das Thema „Wohnen“ eng mit dem Thema Selbstbestimmung verknüpft – nicht zuletzt dadurch, dass Wohnen „als Ort der Geborgenheit mit Privatheit, Intimität, Selbstverwirklichung, selbstbestimmter Kommunikation und Autonomie im persönlichen Leben zu tun“ hat (Theunissen; Plaute: 2002, S. 48). Das Leben in der eigenen Wohnung bedeutet einen hohen Grad der Selbstbestimmung eines Menschen mit Behinderung – immer vorausgesetzt, dass notwendige Unterstützungsleistungen auch in Anspruch genommen werden können. Dieser Lebensstil wird in der Regel von Menschen mit Behinderungen favorisiert, denn er bedeutet Freiheit und Selbstverantwortung, denn ihm liegt die Annahme zu Grunde, „dass Betroffene Konsumenten oder Kunden von Dienstleistungen sind, indem sie selbst entscheiden, wie, von wem und wie oft Hilfen erforderlich sind“ (ebd.). In diesem Fall ist es für den Menschen mit Behinderung von Vorteil über verschiedene – beispielsweise verbale - Kompetenzen zu verfügen, die ihn als Experten in eigener Sache ausweisen.

Die gesetzliche Einführung des Persönlichen Budgets (§§ 14 SGB IX – Wahlrecht zwischen Sach- und direkten Geldleistungen) unterstreicht diese Intention, denn mit der Verfügung „über einen bedarfsangemessenen Geldbetrag wandelt sich die Rolle (und die Selbstwahrnehmung) von Menschen mit Behinderung vom ‚Fürsorge-Empfänger‘ zum ‚kritischen Teilnehmer‘ (...) von Dienstleistungen“ (Herriger: 2007, S. 11). Allerdings gilt es



dabei zu beachten, dass zunächst einmal ein Bedarf erhoben werden und die Bereitschaft zu stetiger Rechenschaft über die aus- und eingehenden Beträge abgelegt werden muss. Bereits im Vorfeld ist es daher wichtig zu wissen und aufzuklären, dass „Empowerment in einem selbstbestimmten Alltag außerhalb von Einrichtungen (...) ein bedürfnisbezogen gestaltetes Setting von Unterstützungs- und Assistenzleistungen voraus(setzt)“ (Herriger: 2007, S. 12). Dabei sollte der Einzelne auch über Kompetenzen verfügen bzw. diese sollten ihm durch eine gezielte Vorbereitung / ein Training vermittelt gemacht werden, durch die er seine Wünsche und Bedürfnisse mitteilen kann beispielsweise hinsichtlich der Gestaltung von Zeit, beim Umgang mit Geld, bei Ausgaben oder bei der Anleitung von Mitarbeitern u.a..

Vor diesem Hintergrund wird die Nähe zum Personzentrierten Ansatz<sup>34</sup> besonders deutlich, denn „Selbstbemächtigung (ist) als notwendige Requisite einer gelingenden Individualisierung“ (Herriger: 2006, S. 49) zu verstehen. Requisite deswegen, weil der Betroffene zunächst einmal unsicheres Terrain betritt und „alte orts- und sozialstabile Bindungen, Selbstverständlichkeiten und Verlässlichkeiten (...) als Sicherheitsleitplanken und Legitimation für einen individualisierten Lebensentwurf nicht mehr zur Verfügung (stehen). In dem Maße aber, in dem ehemals verlässliche Basissicherheiten unsicher werden, wird der einzelne selbst zum Planungs-, Entscheidungs- und Aktionszentrum seiner Lebensführung“ (ebd.). In stationären Kontexten kann Selbstbestimmung zunächst personbezogen durch eine gezielte Ressourcendiagnostik, Planungseinheiten und Evaluationen sowie einrichtungsbezogen durch die aktive Mitarbeit in den Gremien und Qualitätszirkeln des Heimes oder auch durch transparente Miet- und Wohnverträge und Dokumentationssysteme umgesetzt und gelernt werden (vgl. Herriger: 2007, S. 12). Konsequenz zu Ende gedacht, verbinden sich Empowerment und Personzentrierung darin, dass Menschen befähigt werden, ihr eigenes Leben führen zu können. Dabei können sie gleichermaßen auf psychosoziale und individuelle Kompetenzen zurückgreifen – die „für eine produktive Nutzung der riskanten Chancen einer individualisierten Lebensführung unentbehrlich sind“ (Herriger: 2006, S. 49). Viele Heimbewohner profitieren diesbezüglich von einer personzentrierten Begleitung, die den Prozess der Individualisierung hilfreich unterstützen kann, so dass sich diese „Requisite“ besonders zielführend, d.h. „selbstbemächtigend“ auswirkt<sup>35</sup>.

Eine weitere Grundüberzeugung im Empowerment-Konzept wird durch das Eintreten für *soziale Gerechtigkeit* beispielsweise durch sozialaufklärerische Programme vermittelt. „Es ist

---

<sup>34</sup> S. Kapitel 3.5

<sup>35</sup> S. dazu auch Hilfeplanung unter: [www.lwl.org](http://www.lwl.org) und [www.lvr.de](http://www.lvr.de)

Ziel der Arbeit, Menschen ein kritisches Bewusstsein für die Webmuster der sozial ungleichen Verteilung von Lebensgütern und gesellschaftlichen Chancen zu vermitteln und in ihren Köpfen ein analytisches Wissen um die Veränderbarkeit dieser übermächtig erscheinenden Strukturmuster zu festigen“ (Herriger: 2007, S. 11).

Die Empowerment Philosophie beruht auf dem Gedanken der *demokratischen Partizipation*. Sie bezeichnet das Prinzip der Bürgerbeteiligung, das „auf die Stärkung der Teilhabe der Bürger mit Behinderung an Entscheidungsprozessen (ausgerichtet ist und) die ihre personale Lebensgestaltung und ihre unmittelbare soziale Lebenswelt betreffen. Sie zielen auf die Stärkung von Verfahren einer partizipatorischen Demokratie, die ihren Wünschen und Bedürfnissen nach Mitmachen, Mitgestalten, Sich-Einmischen in Dienstleistungsgestaltung und lokale Politik Rechnung tragen“ (Herriger: 2007, S. 11).

Beispiele dafür sind Heimbeiräte, Selbsthilfegruppen, Initiativen und Vereine, die die Standpunkte und Meinungen von Menschen mit Behinderungen öffentlich vertreten, so diese ihre Rechte in Anspruch nehmen<sup>36</sup>.

### **3.3. Die Umsetzung des Empowerment-Ansatzes dargestellt am Modellprojekt „Unterstützter Ruhestand“**

Der Wechsel in den Ruhestand fällt in der heutigen Gesellschaft längst nicht mehr mit der Selbsteinschätzung „alt“ zusammen, sondern gilt als Herausforderung, sich noch einmal neu zu orientieren. „Zum „alten Eisen“ gehört man zwar als älterer Arbeitnehmer, doch nachdem man die alt machende Berufssphäre verlassen hat“ (Tews: 1993, S. 27) gibt es „keinen Hinweis darauf, dass der Übergang in den (...) Ruhestand dazu führt, sich (auch wirklich) „alt“ zu fühlen (...) – im Gegenteil...“ (Kohli: 1988, S. 115): Der Anspruch auf Partizipation im öffentlichen Raum ist bereits heute stärker geworden. Die Gruppe der sog. „jungen Alten“ fühlt sich fit, vital und voller Tatendrang.

Der Ruhestand ist daher für viele Menschen gleichbedeutend mit der Vorstellung einer späten Freiheit, einem endlich ganz und gar selbstbestimmten Leben und der Möglichkeit, sich lang gehegte Wünsche - bei bester Gesundheit - endlich auch erfüllen zu können: In die Karibik reisen, ein Gartenhäuschen bauen, Segeln, Radtouren machen.....

---

<sup>36</sup> Ein Beispiel ist der sog. „Berliner Rat“ der Lebenshilfe, in dem Menschen mit Behinderungen ihre Rechte kennen und vertreten lernen.

Nicht bedacht wird häufig die Tatsache, dass nach Übergang in den Ruhestand die manchmal seit Jahrzehnten bestehenden Routinen und Gewohnheiten, in denen Menschen sich so sicher wähnen, grundlegend in Frage gestellt werden: Geordnete Abläufe und Strukturen brechen weg, die Aufrechterhaltung von Kontakten zu Arbeitskollegen wird mühsamer, mögliche finanzielle Einbußen werden spürbar. Und erst wenn, der Hobbykeller aufgeräumt, die Reisen gemacht, das Haus repariert und die Wünsche erfüllt sind, schleicht er sich ein: der Alltag, der so ganz anders ist, als in den Jahren zuvor.

Der Übergang in den Ruhestand bildet in dieser Hinsicht für alle Menschen eine Schnittstelle im Leben, die eine ganz besondere – nicht nur rein biografische - Beachtung verdient, weil sie eine neue Lebensphase einläutet, die so ganz anders ist als die vorhergegangenen und die eben nicht Anforderungen stellt, die auf Leistung, Erfolg und Gewinn hin ausgerichtet sind. „Auf was dann?“ mag man sich fragen und liegt mit dieser Frage zwar ganz richtig, eine befriedigende Antwort darauf, kann der alternde Menschen hingegen nur selbst und ggf. mit adäquater Unterstützung in seinem Lebenskontext finden.

Verschiedene Untersuchungen weisen außerdem darauf hin, dass der Übergang in den Ruhestand ein „Einfallstor“ für Erkrankungen aller Art sein kann, wenn es nicht gelingt, befriedigende Sozialkontakte herzustellen, eine aktivitätsfördernde Tagesstrukturierung oder Beschäftigung zu finden und den eigenen Bedürfnissen entsprechende Sinnbezüge zu entwickeln (vgl. Simeone, Masson, S. 73ff, BMFSFJ37: Dritter Altenbericht; S. 96, Theunissen: 2000, S. 54ff). Der Übergang sollte daher im sozialen Netzwerk so wenig Kontakteinbußen wie möglich verursachen und andererseits derart transparent gestaltet sein, dass ein Mensch mit Behinderung ihn in allen Phasen mitvollziehen und - möglichst weitgehend - selbst planen und aktiv gestalten kann. Für Werkstätten, Betriebe und (Wohn-) Einrichtungen bedeutet dies, dass Konzepte notwendig werden, die die Vorbereitung und Koordination ins Blickfeld rücken sowie Perspektiven zur Neuorientierung für die Phase nach dem Ende der Beschäftigung eröffnen.

Dieser Aspekt ist für ältere Menschen mit Behinderungen von besonderer Bedeutung, da „beim Abbruch der Förderung durch das Ausscheiden aus der Werkstätte die im Lebenslauf entwickelten Ressourcen für ein selbständiges und selbstverantwortliches Leben aufs Spiel gesetzt werden, wenn die systematische Förderung der Kompetenz im Alter unterbleibt.

---

<sup>37</sup> BMFSFJ = Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Darüber hinaus sollte bedacht werden, dass die Gestaltung der freien Zeit nach Ausscheiden aus der Werkstätte sowie die Auseinandersetzung mit Grenzsituationen und Verlusten, Anforderungen an die Fähigkeit zur Neuorientierung sowie an die seelische Widerstandsfähigkeit stellt. Bei der Bewältigung dieser Anforderungen sind vor allem seelisch und geistig behinderte Menschen auf gezielte Unterstützung und Förderung angewiesen“ (BMFSFJ: 2001, S. 95f).

Doch vorbereitende, begleitende oder nachhaltige Konzepte sind rar – oder lediglich in Ansätzen vorhanden. Ein Beispiel, wie es dennoch gelingen kann, liefert der Lehrgang „Selbstbestimmt älter werden“, der Menschen mit geistiger Behinderung auf das Alter und den Ruhestand vorbereitet (vgl. Haveman et al.: 2000; Haveman; Stöppler: 2004, Kap. 11). Anhand von elf übergeordneten Zielen wird den Teilnehmern nahe gebracht, was es heißt, alt zu werden. „Der Lehrgang besteht aus 16 Lektionen und drei Exkursionen und beschäftigt sich mit den Themenkomplexen Wählen und Entscheiden, Rechte und Pflichten, Gesundheit und Wohlbefinden, Freizeitaktivitäten, Arbeit und Ruhestand, Freundschaften und soziale Netzwerke, Wohnen sowie dem Erstellen individueller Handlungspläne“ (Haveman; Stöppler: 2004, S. 129). In den einzelnen Lektionen werden vielfältige Informationen rund um den Prozess des Alterns und den damit verbundenen biologischen, sozialen und persönlichen Veränderungen gegeben. Ein weiterer großer Teil widmet sich aber auch der Gestaltung der freien Zeit im Alter, der Definition neuer Rollen und der Förderung der individuellen Selbstständigkeit. „Im Lehrgang ‚Selbstbestimmt älter werden‘ zeigt sich der personenzentrierte Ansatz z.B. darin, dass die einzelnen Teilnehmerinnen und Teilnehmer dabei unterstützt werden, ihre individuellen Ressourcen zu nutzen und auszubauen“ (Haveman; Stöppler: 2004, S. 128). Dabei findet das Konzept Empowerment ebenfalls seine Anwendung, wenn die Teilnehmer beispielsweise sich von den Erlebnissen zu erzählen, weitere Aktivitäten ausprobieren wollen und dabei versuchen, sich gegenseitig zu unterstützen.

Menschen mit Behinderungen müssen die Gelegenheit erhalten, sich intensiv auf den Ruhestand vorbereiten zu können. In Gesprächen muss im Vorfeld eruiert werden, was sie sich für ihr Leben im Alter wünschen, welche Bedürfnisse sie haben, wie sie ihre Zeit füllen möchten und welche Ängste sie hegen. Eine Untersuchung der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel belegt, dass „eine regelmäßige und sinnvolle Beschäftigung (...) ein menschliches Grundbedürfnis ist und auch das Bedürfnis nach sozialer Zugehörigkeit befriedigt“ (Jutzi: 1999, S. 71). Sicherlich gehören soziale Kontakte und soziale Teilhabe zu

den übergeordneten Wünschen eines Menschen, in welcher Form derartige Bedürfnisse jedoch umgesetzt werden und ob diese Aussage auf jeden Menschen gleichermaßen zutrifft, ist sicherlich individuell zu klären. In jedem Fall sollte es möglich sein, „in allen Bereichen individuelle Lösungen gemeinsam mit dem Betroffenen zu finden“ (Haveman; Stöppler: 2004, S. 201).

Ein Beispiel: Peter Jäger und Manfred Grün und sind beide 63 Jahre alt. Sie leben mit 43 anderen Bewohnern in einer alten Mühle in der Nähe von Frankfurt. Jeden Tag werden sie in eine Werkstatt gebracht, wo sie Karten drucken und in die dazugehörigen Umschläge sortieren. Seit 20 Jahren teilen sie sich ein gemeinsames Zimmer und sind aneinander gewöhnt wie ein altes Ehepaar. Und wie ein solches pflegen sie auch ihre kleinen Eigenheiten: Peter liebt Familienfotos und Mandelkekse, Manfred seine Lederhosen, Blasmusik und manchmal trinkt er auch ein Weißbier. Doch besonders stolz sind sie auf ihren Fernseher, den sie sich zusammen gekauft haben ... (vgl. Magazin der Aktion Mensch: Ausgabe 3/2003).



Abb 4: Der lange Feierabend.

Beide Herren sind schon etwas älter und werden bald aus der WfbM in den Ruhestand wechseln und sie sind von Veränderungen, die mit dem Übergang in den Ruhestand entstehen, in besonderer Weise betroffen: Für sie birgt der Wechsel in den Ruhestand mehr potentielle Gefahren als für andere Erwerbstätige und ist oftmals auch mit Angst, Misstrauen und Verunsicherung verbunden. Die Gründe dafür liegen häufig darin, dass der Arbeitsplatz

für sie mehr ist als der Ort, an dem sie arbeiten. Er ist gleichzeitig sozialer Dreh- und Angelpunkt, wenn nicht gar Lebensmittelpunkt. Hier pflegen sie ihre Kontakte, erfüllen gewissenhaft ihre Aufgaben, erfahren jeden Tag etwas Neues und sind Teil einer sozialen (und bekannten) Gemeinschaft. Darüber hinaus bietet die WfbM ihnen alltäglich wiederkehrende Routinen, Struktur, Sicherheit und Orientierung. Für manche Menschen mit Behinderungen kehrt sich daher „Das ‚Recht auf Ruhestand‘ (...) um in eine ‚Pflicht zum Ruhestand‘“ (MfAGS: 1995, S. 23). Eine Untersuchung von Skiba (2006, S. 177) konnte dieser Trend bestätigen: Menschen mit Behinderungen wechseln in der Regel deutlich später in den Ruhestand als Menschen, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sind.

Beim Übergang in den Ruhestand stellen sich ihnen dann zwar dieselben Anforderungen wie anderen Menschen, doch verfügen sie häufig über geringe Bewältigungsstrategien und sind wenig vorbereitet auf die Zeit nach dem Eintritt in den Ruhestand. Häufig haben sie keinerlei Vorstellung von dem, was nach dem Wechsel kommen könnte und oft fehlt ihnen darüber hinaus die Aussicht auf die späte Freiheit mit ihren erfreulichen Momenten wie etwa das Reisen.

Die gute Nachricht – für alle Menschen, die sich dem Alter nähern - ist zu wissen, dass „die Bewältigung von schwierigen Ereignissen nicht in der Situation selbst beginnt, sondern lernend eingeübt werden kann“ (Bruckmüller: 1992, S. 69). Somit besteht immerhin die Chance, bereits den Übergang in den Ruhestand gezielt vorbereiten zu können, seine Gestaltung zu lernen, Angst zu überwinden – mindestens zu reduzieren - und Regressionen vorzubeugen. Diese Chance sollte keinesfalls vertan werden und bezogen auf die Gruppe von älteren Menschen mit Behinderungen stehen professionell Handelnde auch in der Verantwortung adäquate Wege zu finden, die dieses Lernen ermöglichen. Wie kann nun eine Vorbereitung aussehen? Und wie kann die Zeit im Ruhestand gestaltet werden? Das Projekt „Unterstützter Ruhestand“<sup>38</sup> hat diesbezüglich erste Ansätze – besser: Markierungen – aufgezeigt.

Ziel des Modellprojekts war es, regressiven Veränderungen, die durch die Situation des Übergangs in den Ruhestand entstehen könnten, vorzeitig entgegenzuwirken. Im Mittelpunkt stand eine sinngebende, weitgehend eigenständige und gemeinwesenorientierte Gestaltung des Ruhestands. Diese auf der Basis des Empowermentkonzepts fußende Leitidee kann

---

<sup>38</sup> Das Praxis-Handbuch „Neuland entdecken“ ist unter <http://egora.uni-muenster.de/ew/ruhestand> veröffentlicht.

bildlich damit beschrieben werden, dass ältere Menschen zu Architekten ihrer neuen Lebensphase werden sollten. Mittels einer gezielten personenzentrierten Unterstützung sollte diese Idee umgesetzt werden. Die Grundlage bildeten die Interessen, Kompetenzen, Kontakte, biografischen Erfahrungen und Wünsche der einzelnen Teilnehmer, die zu einem Assessment zusammengeführt wurden. Schwerpunkte dieser Vorbereitung und Begleitung während des Übergangs waren in erster Linie die Orientierung im Ruhestand und der Aufbau einer Perspektive für den Ruhestand. Dabei ging es sowohl um den Aus- und Aufbau sozialer und persönlicher Netzwerke, das Erlernen einer möglichst eigenaktiven und selbstständigen Gestaltung des Ruhestands und den Erhalt von Kompetenzen. Im Kontext des Projekts wurden dabei immer wieder neue Kontakte initiiert, alte Kontakte reaktiviert, Kooperationen angestoßen und Möglichkeiten für ältere Menschen mit Behinderungen erprobt und eröffnet, die auch Anleihen aus anderen Disziplinen - insbesondere der Altenhilfe - notwendig gemacht haben.

Das Projekt wurde an zwei Standorten in Nordrhein-Westfalen durchgeführt. Dadurch sollte ein soziales und infrastrukturelles Profil von unterschiedlich geprägten Regionen entstehen: einer eher ländlichen Umgebung und einer großstädtischen Versorgungslandschaft.

Begleitet wurden die Teilnehmer des Projekts dabei von pädagogischen Fachkräften und zwar so lange bis die Neu-Orientierung in der neuen Lebensphase gelungen und der Teilnehmer selbst mit dem Ergebnis zufrieden war. An dieser Stelle ist es wichtig zu erwähnen, dass sich hier die Konzepte des Empowerments und der Personenzentrierung treffen und ergänzen, denn es reicht nicht, einfach befähigen zu können, um Selbstermächtigung zu erzeugen, sondern es ist bedeutsam, als Begleiter auch selbst „coachend“ zu *sein*, d.h. eine unterstützende empathische, wertschätzende und kongruente Haltung einnehmen zu können, die zum Gelingen des Prozesses unbedingt notwendig ist. Empathie bezeichnet dabei das Bemühen, sich in den anderen einfühlen zu können. Eine kongruente Haltung wird durch Echtheit und Authentizität erreicht. Eine wertschätzende, akzeptierende Haltung und Annahme ist dazu die unabdingbare Grundlage (vgl. Haveman; Stöppler: 2004, S. 127f).

Die Phase der Begleitung dauerte in der Regel 6 – 9 Monate, in denen die Teilnehmer mind. einmal pro Woche besucht wurden. Die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung oblag der Westfälischen-Wilhelms-Universität Münster. Insgesamt nahmen 52 ältere Menschen mit

Behinderungen am Projekt teil, 40 von ihnen wurden intensiv beim Übergang in den Ruhestand begleitet.

Im Projekt wurde die Methode Case Management eingesetzt, weil sie passgenaue, punktuelle, individuelle und zeitlich begrenzte Unterstützungsleistungen ermöglicht. Diese Absicht erfordert nicht nur die Bereitschaft mitzumachen und sich einzulassen, sondern auch planerisch und kontinuierlich zu handeln. Den entstandenen Plan dabei als zielführendes Arbeitsinstrument zu verstehen, war eine grundlegende Voraussetzung für eine gelingende Zusammenarbeit aller Beteiligten. „Effektivität und Effizienz in der Fallarbeit, die Notwendigkeit von Beziehungsarbeit, die große Sensibilität hinsichtlich psychischer Bedürfnisse (...) ein dynamisches Verständnis von Systemen, das Nutzbar machen von Ressourcen und Eigenverantwortung“ (Neuffer:2002) sind die Vorteile, die der Einsatz der Case management Methode mit sich bringt. Methodisch lief der Prozess in fünf Schritten ab, wobei immer wieder auf den vorhergegangenen Schritt zurückgegriffen werden konnte, wenn es notwendig erschien. Nach Abschluss des Prozesses konnte nachevaluiert werden bzw. der Prozess ggf. unter einer neuen Fragestellung neu gestartet werden. Der erste Schritt wurde durch das „Intake“ Verfahren eingeleitet. Es bezeichnet das Eingangs- und Auswahlverfahren, in dem geklärt wurde, ob der Teilnehmer die Bedingungen erfüllt, die den Intentionen des Projekts entsprechen (Bsp: Alter, Ruhestand oder kurz vor dem Ruhestand, ein gewisses Maß an Selbstständigkeit, Motivation und Bereitschaft sich auf den Prozess einzulassen, ...). Das nachfolgende Assessment zeichnete die jeweilige Lebenssituation und daraus resultierenden Bedarfe auf, das Planning war die Phase, in der Ziele formuliert und in einzelne Schritte unterteilt wurden. Hierbei war es entscheidend, kleinschrittig vorzugehen, um einzelne Erfolge auch sichtbar machen zu können, für Transparenz zu sorgen, nachvollzieh-/verstehbare Handlungen zu initiieren und Überforderungen zu vermeiden. Durch das Monitoring wurden die jeweiligen Schritte, Abläufe, Handlungen und Ergebnisse des gerade laufenden Prozesses dokumentiert. Diese Phase konnte je nach Anzahl und Verlauf der Teilziele auch mehrfach wiederholt, verändert und bewertet werden. In der Evaluation wurde der gesamte Prozess aus verschiedenen Blickwinkeln analysiert und ausgewertet.

Fester Bestandteil der Begleitung waren intensive Gespräche mit dem älteren Menschen, in denen seine Interessen offensichtlich wurden und die ihm neue Perspektiven für die Lebensphase Alter eröffneten. Darüber hinaus gab es Gespräche (Konferenzen und Zirkel) mit allen am Prozess Beteiligten, in denen die Zielplanung auf ihre Machbarkeit hin überprüft



wurde und unterstützende Aufgaben an die Begleiter vergeben werden konnten. Durch diese gezielte Art der personbezogenen Unterstützung wurden individuelle Ziele plan- und erreichbar. Des Weiteren wurde der Kernbereich „Netzwerkerweiterung“ als festes Element in die Begleitung implementiert, um so neuen Erfahrungen Raum zu verleihen. soziale Teilhabe zu ermöglichen und Isolation zu verhindern.

Ebenso wichtig war es, dass bestimmte „Minimalbedingungen“<sup>39</sup> stimmig waren: gute Kooperation mit dem Coach, minimales kommunikatives Kompetenzniveau, Bereitschaft des Teams mit dem Coach zusammenzuarbeiten. Günstig wirken sich auch positiv eingestellte Personen aus dem sozialen Umfeld des älteren Menschen aus.

Im Unterstützungszeitraum von November 2001 bis Oktober 2004 konnten insgesamt 40 Teilnehmer begleitet werden, die alle Schritte im Case-Management-Prozess<sup>40</sup> durchlaufen haben. Zur Erhebung der Daten für das Assessment wurden durchschnittlich fünf Gespräche geführt. Insgesamt wurden die Teilnehmer durchschnittlich über einen Zeitraum von 1,5 Jahren begleitet. In den Prozess waren neben dem Coach durchschnittlich 6 weitere Personen und 3 Institutionen, Verbände, Vereine oder Anbieter involviert<sup>41</sup>. Innerhalb der Projektlaufzeit haben neunzehn Teilnehmer ihre Ziele, die sie sich für den Ruhestand gesteckt hatten, vollständig erreicht. Sechzehn Teilnehmer hatten bei Abschluss des Projekts noch nicht alle Ziele erreicht und fünf Teilnehmer haben ihre Ziele - aus sehr unterschiedlichen individuellen oder organisatorischen Gründen - gar nicht erreicht.

*Die Teilnehmer* lebten zur Hälfte in Köln und in Münster, 21 Frauen und 19 Männer nahmen am Projekt teil. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren 10 Teilnehmer bereits im Ruhestand, 30 arbeiteten noch in der WfbM. Die Teilnehmer waren durchschnittlich 65 Jahre alt, der jüngste 54, der älteste 74. Der hohe Anteil der Teilnehmer, der mit 65 und darüber hinaus noch in der WfbM arbeitete, ergab, dass sie durchschnittlich 4 - 5 Jahre länger arbeiten als Menschen derselben Altersgruppe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, die i. d. R. (noch) mit 60 Jahren in den Ruhestand wechseln. Vermutlich ist dies ein auch Hinweis darauf, dass bislang nur wenige Alternativen zur Werkstattarbeit gefunden wurden bzw. sich diese noch im Aufbau

---

<sup>39</sup> Definiert als psycho-soziale Bedingungen, die den Prozess beeinflussen können.

<sup>40</sup> Das Verfahren in den einzelnen Schritten: Intake, Assessment, Planning, Monitoring, Evaluation und ggf. Post-Evaluation

<sup>41</sup> In den Jahren 2003 und 2004 fanden jeweils an den Standorten Münster und Köln zwei themenbezogene Tagungen statt, die eine breite Beachtung in der Fachöffentlichkeit fanden. Zum Abschluss des Projekts wurde ein Buchprojekt verwirklicht mit dem Titel „Neuland entdecken - Wenn Menschen mit Behinderungen in den Ruhestand gehen“ ( Download unter <http://egora.uni-muenster.de/ew/ruhestand> )

befinden. Eine Betreuung im Wohnheim während der Mittagszeit sowie am Nachmittag wird durch die Ausnutzung der längst möglichen Beschäftigungsdauer in der WfbM hinausgezögert. Doch es gibt hierfür sicherlich auch andere Gründe: Viele ältere Menschen mit Behinderungen wollten gar nicht in den Ruhestand wechseln, da sie häufig nicht wissen, was sie danach erwartet.

Die Mehrheit der Teilnehmer lebte am Stadtrand oder direkt auf dem Land. Erfahrungsgemäß ist die Nutzung der sozialen und öffentlichen Infrastruktur für Menschen mit Behinderungen problematisch, da die zur Wahl stehenden Angebote rar, Fahrdienste nur nach Bedarf bzw. Vorbestellung vorhanden und die öffentlichen Verkehrsanbindungen zwar vorhanden sind, doch weniger häufig zur Verfügung stehen als in städtischen Gebieten. Allerdings zeigten die Wünsche der Teilnehmer eine klare Richtung an: Sie wollen ihre Freizeit eigenaktiv und selbstständig gestalten. Diese Aussage führte in einigen Fällen zur Durchführung eines Mobilitätstrainings, das im Ergebnis zu einer deutlichen Erweiterung des Aktionsradius der Teilnehmer führte.



Abb. 5: Mobilitätstraining.

Ein Beispiel dazu liefert Herr Palz, der seit vielen Jahren in einem Wohnheim lebt und im Rahmen des Assessments den Wunsch äußerte, seinen alten Freund besuchen zu wollen, der in einem Wohnheim in einem anderen Stadtteil wohnt. Herr Palz lernte während des Prozesses nicht nur die Strecke mit dem Bus zu seinem Freund kennen, sondern auch, sich im gesamten Stadtgebiet mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu bewegen. Über diesen Lernprozess erschloss er sich selbst weitere neue Möglichkeiten. Gern gibt er heute seine neu erworbenen Kompetenzen auch andere Bewohner weiter, nimmt diese mit oder unternimmt kleine Ausflüge mit ihnen.

Als positiver Empowerment-Effekt kann festgehalten werden, dass die Teilnehmer mit anderen über ihre Erlebnisse sprechen, diese informieren und anleiten. Dabei stärkten die „Protagonisten“ nebenbei auch ihre Kommunikationsfähigkeit, ihr Selbstwertgefühl, übernehmen Verantwortung und die entdeckten neue Möglichkeiten in ihrem Umfeld.

Ein Beispiel dafür liefert das nachfolgende Bild: hier hat sich die pädagogische Mitarbeiterin mit zwei Teilnehmern zum Mittagessen in einem Bürgerzentrum verabredet. Beide Teilnehmer lernen hierdurch nicht nur das Angebot des Bürgerzentrums kennen, sondern auch andere Menschen. Bestenfalls verabreden sie sich erneut.



Abb 6: Seniorenmittagstisch im Bürgerzentrum.

Hintergrund dieser Aktivität war die Erkenntnis, dass zwar ein Großteil der Teilnehmer in zentral gelegenen Einrichtungen/Wohnheimen oder zu Hause lebt, jedoch in den wenigsten Fällen über Informationen und Angebote in ihrem Lebensumfeld sowie über die Zugangsmöglichkeiten und –bedingungen verfügt. Sich diese Aktivitäten letztlich eigenaktiv zu erschließen zu können, war das Ziel mehrerer „Ausflüge“, die in Begleitung eines Coach stattfanden.

Wie wichtig ihnen die *Kontakte im Umfeld* sind, zeigte die Frage „Was macht Ihnen in der WfbM besonders viel Spaß?“. Sie zielte darauf ab, Tätigkeiten, Aktivitäten oder Vorlieben zu entdecken, die ggf. im Ruhestand fortgeführt, ausgebaut oder weiterentwickelt werden könnten. Die Vermutung, dass die WfbM mehr ist als nur Arbeitsplatz, scheint sich zu bestätigen. Sie ist ein Lebensort (gleichsam der Alltagswelt), in dem die Kontakte zu anderen Menschen das wichtigste Element sind.

Art der Tätigkeit /Aktivität	N = 27 Mehrfachnennungen
Kontakt zu Menschen	11
Werkstattarbeit: verpacken, stecken, kleben, falten, zählen...	10
Hauswirtschaftliche Tätigkeiten	4
Freizeitprogramm der WfbM: Ausflüge, Aktivitäten, Feiern, Urlaub...	4
Verrichtung von handwerklichen Tätigkeiten: Besen binden, keramische Arbeiten, Holzwerkstatt...	3
Tagesstruktur	2
Mit Tieren arbeiten	1
Gesamt:	35

Abb.7: WfbM Tätigkeiten und Aktivitäten, die Spaß machen.

Neben den Kontakten betonten mehrere Teilnehmer, dass es ihnen wichtig sei, *eine Arbeit / eine Tätigkeit* ausführen oder ein Produkt herstellen zu können. Vielen Teilnehmern war vor allem wichtig, eine Aufgabe zu haben, etwas Sinnvolles zu tun und sich gebraucht zu fühlen. In mehreren Fällen wurde dieses Anliegen konkret von den Teilnehmern angesprochen, so dass nach Möglichkeiten gesucht wurde, die Beschäftigung aus der WfbM im Ruhestand fortzuführen.

Der Teilnehmer auf dem Bild formulierte seinen Wunsch wie folgt: „Sinn macht für mich nur eine feste Tätigkeit – dann weiß ich, wofür ich morgens aufstehe“.



Abb. 8: Ausübung einer festen Tätigkeit im Ruhestand.

Die Zusammenarbeit der Beteiligten aus der WfbM, dem Wohnheim, dem Coach und dem Teilnehmer brachte das Ergebnis, dass jeden Morgen Aufgaben aus der WfbM für ihn ins Wohnheim gebracht wurden. So wurde das Besucherzimmer zunächst einmal zum Arbeitsraum für ihn, wo er Steck- und Schraubarbeiten ausführte. Dabei genoss er insbesondere die Ruhe und die Option, sich die Arbeit und die Pausen selbst einteilen zu können. In einem weiteren Schritt entdeckte er die Möglichkeit, mittags aufhören zu können und sich nach dem Mittagessen ein „Schläfchen“ zu gönnen. Die anfängliche Skepsis der Beteiligten, ihm diese Möglichkeit auch tatsächlich zu eröffnen, verflog mit zunehmender Zufriedenheit des Teilnehmers. Er fühlte sich einfach wohl und hat – wie er selbst sagt – „etwas Eigenes“.

Das Beispiel verdeutlicht hiermit eindrucksvoll, dass die Angaben zu den WfbM-Tätigkeiten somit auch als Planungsgrundlage dienen und zu außergewöhnlichen Lösungen führen können. In mehreren Fällen konnten die Kontakte zu den Arbeitskollegen und Vorgesetzten regelmäßig fortgesetzt werden oder individuelle Regelungen gefunden werden, um das Mittagessen weiterhin in der WfbM einzunehmen, die Teilnahme an einer Seniorengruppe weiter zu ermöglichen, Tiere weiterhin zu besuchen, zu pflegen und zu versorgen oder vergleichbare hauswirtschaftliche Tätigkeiten im Wohnheim zu übernehmen. Die meisten Teilnehmer des Projekts nannten durchschnittlich drei Kollegen aus der WfbM, mit denen sie in Kontakt bleiben wollten. Durchführbar wurden die o. g. Aktivitäten i. d. R. aber nur, wenn die Wohnheime und WfbM-Mitarbeiter bereit waren, sich hierfür auch zu engagieren, d.h. die o. g. Minimalbedingungen auch erfüllt werden konnten. Mit ihrer Unterstützung konnten die Kontakte, die für die Teilnehmer einen besonders hohen Stellenwert in ihrem sozialen Netzwerk einnehmen, stetig und regelmäßig fortgeführt werden.

Einige Teilnehmer antworteten auf die Frage, ob es Angebote zur *Vorbereitung auf den Ruhestand* gäbe, dass es Seniorengruppen und -treffs geben würde. Viele andere wussten es nicht oder meinten, dass es keine derartigen Angebote gäbe. Diese Antworten verdeutlichen bereits, wie wenig - selbst unmittelbar vor dem Wechsel - der Übergang in den Ruhestand thematisiert wird und wenig transparent er für die Teilnehmer ist. Die Mehrzahl scheint sich kaum darauf einzustellen zu können bzw. verfügt lediglich über wenige Informationen.

Nach ihren *Erwartungen* im Hinblick auf den nahenden Wechsel in den Ruhestand befragt, befanden viele Teilnehmer, dass es Schwierigkeiten damit geben könnte. Insbesondere

fürchteten sie Langeweile, den Verlust der Tagesstruktur, finanzielle Einbußen und Einsamkeit. Lediglich einige wenige von ihnen hatten positive Vorstellungen in Bezug auf die vermehrte freie Zeit. Sie nannten: Ausruhen, Spazieren gehen, sich mit Anderen treffen und „alles tun, was ich möchte“.

Nach ihrer *Vergangenheit* befragt, berichteten die Teilnehmer über Ereignisse und Erfahrungen, die sie heute stark belasten. Viele von ihnen erwähnten in diesem Zusammenhang den Tod ihrer Eltern. Dieser hat offenbar einen überproportional hohen Stellenwert. Dies lässt vermuten, dass der Verlust der Eltern von vielen weitgehend unbewältigt geblieben und die Ablösung möglicherweise weniger gelungen ist, so dass oftmals keine ausgleichenden Kontakte<sup>42</sup> sozusagen als „familiärer Ersatz“ gefunden wurde. Da Menschen mit Behinderungen seltener eine eigene Familien gründen und aus ihr entsprechende Unterstützung schöpfen können. Menschen mit Behinderungen fehlt häufig ein eigenes, soziales Netzwerk, das ausreichenden Ausgleich bietet und folglich die Auseinandersetzung mit verschiedenen persönlichen Themen und eine gewisse Unabhängigkeit von den Eltern und Verwandten leichter ermöglicht.

An zweiter Stelle werden Erlebnisse aus den Kriegszeiten angeführt. Einerseits berichteten die Teilnehmer von schmerzhaften Verlusten, andererseits verbinden sie die Zeit während des Krieges als eine Zeit des Um- und Aufbruchs. In jedem Fall sind diese Erlebnisse mit einer sich stark veränderten Lebenssituation verbunden. So wurde beispielsweise die Aufnahme in ein Heim häufig als letzter Ausweg beschrieben und für die Betroffenen als sehr belastend erlebt.

Die dritte Stelle der Vergangenheitserlebnisse, die die Teilnehmer tief bewegten, nehmen die Kindheitserlebnisse ein. Diese haben bei vielen tiefe Spuren hinterlassen und die Erinnerungen daran rufen oft vergangene Traumata, Kränkungen oder Ängste wach. Selbst Teilnehmer, die sich ansonsten oft nur fragmentarisch an Zeiten und Begebenheiten erinnerten, erzählten hierzu Situationen, die sie für ihr Leben geprägt haben.

Im Verlauf der Einzelbegleitungen zeigte sich, dass sich viele Teilnehmer sich mit Themen aus der Vergangenheit beschäftigen. Sie äußerten z. T. schon im Vorfeld den Wunsch, über ihre Geschichte sprechen zu wollen. Aus diesem Grund wurden für einige Teilnehmer

---

<sup>42</sup> Stichwort: Wahlverwandtschaften

zusätzliche Gesprächsgruppen eingerichtet und Einzelgespräche geführt, die ihnen die Gelegenheit boten, sich mit der eigenen Lebensgeschichte auseinander zu setzen. Auch darüber haben sich neue Kontakte – gleich gesinnter Menschen – ergeben. In einigen Fällen resultierte aus den Erinnerungen der Wunsch, genauer zu eruieren, was mit der eigenen Familie geschehen ist, wo bestimmte Familienmitglieder nach dem Krieg geblieben sind, wo geliebte Personen heute leben, wo derjenige wohnt, mit dem man lange Zeit ein Zimmer geteilt hat..., so dass aus diesen Erinnerungen Ziele formuliert wurden, die im späteren Prozessverlauf Bearbeitung finden sollten.

Als Beispiel können diese beiden Herren angeführt werden: Sie haben sich über viele Jahre lang ein Zimmer in einer Einrichtung geteilt und sind irgendwann in jeweils andere Einrichtungen verlegt worden, so dass sie sich aus den Augen verloren haben. Durch die Projektarbeit haben sie sich nach 20 Jahren wieder getroffen und ihre Freundschaft aufgefrischt. Ihrem Wunsch entsprechend leben sie seit 2005 wieder zusammen in einem neuen kleinen Wohnheim.



Abb. 9: Zu Besuch bei einem Freund

Bezogen auf das *soziale und persönliche Netzwerk* birgt jeder Übergang in eine neue Lebensphase Veränderungen, „so bedeutet der Abschied vom Arbeitsleben mit dem Übergang in den Ruhestand die Beendigung einer Anzahl beruflich bedingter Beziehungen, die nur in einzelnen Fällen aufrecht erhalten werden. Ein gewisser Ausgleich wird häufig durch die Intensivierung anderer Sozialkontakte zu Freunden und Bekannten, aber auch im familiären Kontext geschaffen“ (Backes; Clemens: 1998, S. 205).

Menschen mit Behinderungen, die aus der WfbM ausscheiden und in einer Wohneinrichtung leben, können nur begrenzt auf ein soziales Netzwerk zurückgreifen: Ihr Netzwerk besteht i. d. R. aus Kontakten zur Familie, zu Mitbewohnern und Arbeitskollegen, zu Mitarbeitern im Wohnheim und der WfbM, zu Partnern und Freunden sowie zu einzelnen anderen Personen (Hausmeister, der Mann am Kiosk, ein ehrenamtlich Tätiger u. a.).

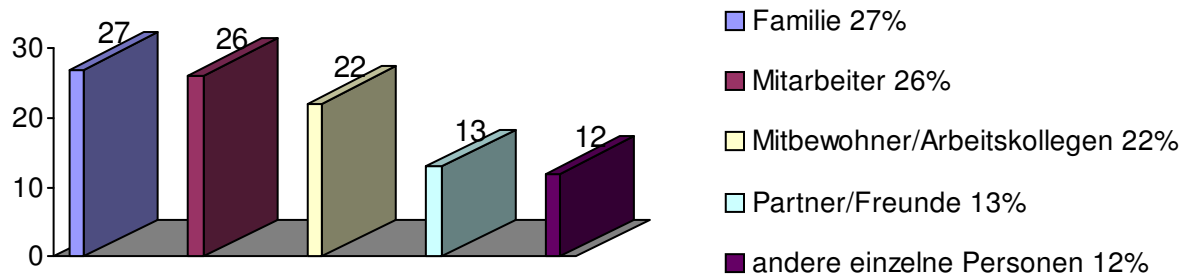


Abb. 10: Kontakte im Netzwerk (N = 38).

Insgesamt verfügen die Teilnehmer durchschnittlich über vier verschiedene Kontakte in ihrem Netzwerk. Lediglich einer dieser vier Kontakte (zu einem Partner, Freund, ehrenamtlich Tätigen oder Seelsorger) ist frei gewählt bzw. selbst hergestellt worden. Die übrigen Kontakte haben sich aus dem Heimalltag ergeben oder sind durch die Herkunftsfamilie vorherbestimmt.

Die Familienkontakte waren für die Teilnehmer von besonderer Bedeutung: Sie stellten häufig die einzigen Außenkontakte dar. Die starke Bindung zur Herkunftsfamilie erklärte sich ebenfalls dadurch, dass Menschen mit Behinderungen selten auf eine eigene Familie oder sonstige persönliche Netzwerke zurückgreifen können und somit lebenslang auf die Kontakte mit ihrer Herkunftsfamilie angewiesen sind. Andererseits fühlen sich auch viele Angehörige somit lebenslang verantwortlich für ihre im Heim lebenden Geschwister: die Hälfte von ihnen hat eine gesetzliche Betreuung übernommen. Zudem machen 3/4 aller Verwandten – meist monatlich - einen regelmäßigen Besuch.

Überproportional häufig waren professionelle Helfer im Netzwerk vertreten. Diese Tatsache erstaunte nicht, da die Teilnehmer in ihrem Alltag fast stetig und in jedem Lebensbereich von Mitarbeitern umgeben sind. Die Kontakte sind hinsichtlich ihrer Einseitigkeit mit den Familienkontakten vergleichbar, d. h. für den Teilnehmer sind sie wenig gestaltbar; denn er ist abhängig von dem, was ihm angeboten wird. Zudem sind die Kontakte zu Mitarbeitern häufig



instabil und wenig individuell in Folge von Fluktuation, Versetzung, Krankheit, Urlaub, da andere Bewohner ebenfalls einen Anspruch auf die Mitarbeiter haben.

Die Kontakte zu Mitbewohnern und Arbeitskollegen ergaben sich aus den Lebensbereichen Heim und WfbM. Hier gibt es eine große Schnittmenge, denn bei den Arbeitskollegen und Mitbewohnern handelte es sich nicht selten um dieselben Personen. Ihre besondere Bedeutung lag darin, dass sie die einzigen Personen sind, die für eine regelmäßige, und auch spontane Freizeit-, Wochenend- und Abendgestaltung in Frage kommen und bei Bedarf auch spontan zur Verfügung stehen. Obwohl sich diese Kontakte meist durch das unfreiwillige Zusammenleben ergeben haben, sind sie häufig tragfähig und bisweilen freundschaftlicher Natur. Im begrenzten Rahmen des Heims lassen sich so auch Handlungsspielräume zwischen den Teilnehmern eröffnen, die auf gemeinsamen Interessen basieren. So konnte im Projekt durch die Initiierung einer kleinen, regelmäßig stattfindenden Freizeitgruppe ein - zwar beabsichtigter, aber dennoch unerwarteter - Effekt erzielen: die Teilnehmer dieser Gruppe fingen an, sich untereinander auch außerhalb der Gruppenstunden zu befragen, zu besuchen oder beispielsweise zum Kaffee zu verabreden. Eine Teilnehmerin der Gruppe reaktivierte infolge dieser Besuche einen weiteren Kontakt aus früherer Zeit.

Im Durchschnitt wünschte sich jeder Teilnehmer zwei weitere Kontaktpersonen in seinem Netzwerk. Dennoch stuften über 62% der Teilnehmer ihre Situation mit „ganz zufrieden“ ein. Vorzugsweise haben sie sich damit arrangiert oder sind gut an die Bedingungen angepasst.

„Die Chance, *Freizeit* als wesentlichen Teil des eigenen Lebens selbständig gestalten zu können, ist (...) ein Bestimmungsmerkmal von Lebensqualität. Hierbei ist es notwendig, das subjektive persönliche Wohlbefinden zu achten“ (Ebert: 2000, S. 151). In diesem Sinne verstandene freie Zeit, ist eigene Zeit, in der die Prinzipien Selbstbestimmung und subjektives Wohlbefinden einen besonders hohen Stellenwert einnehmen. Zur Gestaltung der neu entstehenden freien Zeiträume im Ruhestand wurde zunächst eine Erhebung der derzeitigen Freizeitbeschäftigungen, d. h. des Ist-Zustandes, durchgeführt. Das Ergebnis auf die Frage: „Was tun Sie gegenwärtig in Ihrer Freizeit?“ ist der Häufigkeit nach in der Tabelle dargestellt.

Durchschnittlich ging jeder Teilnehmer drei verschiedenen Freizeitaktivitäten nach, wobei die Priorität auf den eher wohnungsbezogenen Beschäftigungen liegt: Fernsehen, Radio/Musik

hören, Entspannen (= 44 Nennungen). Nachfolgend wurden kreative und kommunikative Beschäftigungen genannt (= 27 Nennungen).

<b>Art der Freizeittätigkeit</b>	<b>Zahl der Nennungen</b>
Fernsehen	17
Unternehmungen, Treffen mit anderen	16
Radio oder Musik hören	14
Entspannen	13
Kreativ sein: malen, handarbeiten, ...	11
Ausflüge machen	8
Kaffee trinken/Eis essen gehen	8
Musik machen, Singen (auch im Chor)	7
Einkaufen/Bummeln gehen	7
Sport machen: Schwimmen, Fußball, Radfahren	4
Lesen. Auch: Bilder u. Photos betrachten	5
Karten, Bingo spielen, Spielen	4
Pflegen, versorgen, helfen...	4
in die Kirche, den Friedhof gehen	3
Kegeln	3
Tätigkeiten im Haushalt verrichten	2
an Kursen teilnehmen	1
Gegenstände sammeln: Autos, Bilder...	1
	-----
Insgesamt	128

Abb 11. : Freizeitbeschäftigungen der Teilnehmer, N = 40 (Mehrfachantworten)

Die Tabelle zeigt, was bereits vermutet wurde: Menschen mit Behinderungen haben grundsätzlich die gleichen Bedürfnisse wie andere Menschen ihrer Altersgruppe auch (vgl. BASE: 1996), allerdings sind sie dabei häufiger auf die Hilfe durch Mitarbeiter oder andere Personen angewiesen. Damit können Beeinträchtigungen in der Auswahl ihrer Freizeitaktivitäten entstehen, da manche Aktivitäten wie „Unternehmungen, Treffen mit anderen“ oder „Ausflüge machen“ nur mit Unterstützung anderer bzw. der Einrichtung möglich sind.

Tatsächlich führt der Wegfall der Arbeitszeit im Ruhestand zu einem Weniger an fremdbestimmter und Mehr an frei verfügbarer Zeit. Doch stellt sich in dieser Lebensphase in verstärktem Maße auch die Frage nach der Gestaltung diese Zeit und Menschen, die es in ihrem Leben gewohnt sind, dass andere Menschen für sie entscheiden, finden „nur schwer die für ihre persönliche Entwicklung erforderlichen Freiräume“ (Ebert: 2000, S.151). Sie tun sich häufig schwer, sich neu zu orientieren oder ihren eigenen Lebensstil zu finden - müssen diese Autonomie erst lernen, erfahren und erproben.

Die *Bedürfnisse, Wünsche und Interessen* des Menschen mit Behinderung zu kennen, bildet die Grundlage der Begleitung auf dem Weg zu einer weitgehend selbstbestimmten Gestaltung des Ruhestands, „denn nur sie können direkt oder indirekt bestimmen, was für Bedürfnisse sie haben und welche Antworten darauf (d.h. welcher Plan ihnen genehm sein werden – ‚genehm‘ im Sinne von: Dieses Angebot bringt mir etwas, könnte meine Situation positiv beeinflussen“ (van Riet; Wouters: 2002, S. 186).

Daraus ableitend stellt sich die Frage: Welche Interessen haben ältere Menschen? Das herauszufinden, war einer der aufwändigsten Schritte im Assessment. Dazu wurde den Teilnehmern eine Skala angeboten, in der verschiedene (Freizeit-)Aktivitäten bzw. Interessensbereiche abgefragt wurden. Sie sollten einschätzen, ob ein Bereich - beispielsweise: Konzerte, Theater besuchen - sie sehr interessiert, (irgendwie) interessiert oder eher weniger interessiert. Diese Skala gibt einige Bereiche vor, ist aber offen, so dass die Teilnehmer ihre eigenen Hobbys, Vorlieben, Interessen und Wünsche hinzufügen konnten. Zudem sollte diese Skala als Gesprächs-anregung dienen, um weitere Ideen für die Gestaltung des Ruhestands zu entwickeln (z. B. Welche Weiterbildungsmöglichkeiten gibt es? Und welche sind so interessant, dass Sie sie ausprobieren möchten?).

Folgende Aktivitäten bzw. Interessen fanden die Teilnehmer „sehr interessant“, „interessant“ und „weniger interessant“:

Sehr interessant	Interessant	Weniger interessant
Reisen	Religion	Fahrradfahren
Musik	Kultur	Handarbeit
Gesundheit	Wandern	Internet
Tiere	Fahrzeuge	Sport
Gesellschaftsspiele	Ernährung	Gartenarbeit, Pflanzenpflege
		Bildung
		Basteln/Werken
		Tanzen

Abb. 12. : Bewertung von Interessen nach Rangfolge

Einige Bereiche konnten detaillierter eruiert werden. So zeigte sich, dass sich die Teilnehmer zum Themenkomplex „Gesundheit/Krankheit“ mehr Informationen wünschten; dass sie Musik lieber hören als selbst Musik zu machen; dass einige zwar Sport schauen, aber der weit überwiegende Teil selbst nicht gerne Sport macht. In den Gesprächen mit den Teilnehmern wurden ferner von Einzelnen noch folgende Bereiche genannt: Spazieren gehen, Kaffee/Bier

trinken gehen, Fernsehen, andere Menschen kennen lernen, Lesen/In Zeitschriften blättern, Fotografieren, Malen, ins Kino gehen und Singen. Die aufgeführten Tätigkeiten wurden ausschließlich positiv bewertet. Letztlich stellte diese Auswertung nur einen kleinen Ausschnitt aus den Interessensbereichen der Teilnehmer dar. Doch sie gab Anlass und Anregung, noch weiter und genauer nachzufragen und das vorhandene Angebot daraufhin zu überprüfen. Es zeigte sich, dass die Teilnehmer sehr wohl wissen, was sie interessiert und was nicht. Die mittlere Einschätzung „interessant“ gibt hingegen nicht nur die relative Unentschiedenheit der Mehrheit der Teilnehmer, sondern auch die durchschnittliche Einschätzung der gesamten Gruppe wieder; einige interessieren sich für die betreffenden Bereiche sehr, andere weniger.

Die bisher aufgeführten differenzierten Skalen<sup>43</sup> waren im Projekt aus wissenschaftlichen Gründen unverzichtbar, doch zeigte sich auch, dass sie bei den Teilnehmern Ideen weckten. Auch Vorführungen bzw. Fortbildungen könnten neue Interessen ermitteln und wecken. Die Erfahrungen im Projekt haben immer wieder gezeigt, dass viele Teilnehmer Angebote erst wahrnehmen oder erproben müssen, um diese bewerten zu können. Manche äußerten ihr Urteil verbal, bei anderen wurde ihre Bewertung durch ihre gute Stimmung oder durch die wiederholte Nutzung entsprechender Angebote sichtbar. Solche Erprobungen eröffnen zuweilen nie gekannte Wahlmöglichkeiten und Perspektiven und stoßen Lernprozesse an, die nachhaltige Effekte für den Einzelnen und nicht selten auch „Dominoeffekte“ hervorrufen.

Eine gibt eine Reihe von Faktoren, die auf die Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten eines Menschen einwirken. Hierbei kann unterschieden werden zwischen personenbezogenen Faktoren, als solche sind insbesondere die biografische Entwicklung einer Person, ihre psychische Situation, ihre persönliche Zukunftsperspektive sowie ihr objektiver und subjektiver Gesundheitszustand, einschließlich der Art und des Grades der Behinderung sowie ihr Gesundheitsverhalten zu nennen. Darüber hinaus wirken umweltbezogene Einflussfaktoren durch die räumliche Umwelt, die soziale Umwelt, die institutionelle Umwelt und die materielle Situation. „Diese Faktoren bilden den Hintergrund für Kompetenzen der Alltagsgestaltung und Selbständigkeit im Alter. Damit sind mit steigendem Alter Fragen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, aber auch von möglichst langer Aufrechterhaltung von Selbständigkeit verbunden“ (Backes; Clemens: 1998, S. 94f). Somit implizieren die Fragen nach vorhandenen Kompetenzen auch Fragen nach deren Erhalt und Förderung.

---

<sup>43</sup> Diese wurden im Verlauf des Projektes weiter ausdifferenziert und ergänzt sowie für die Verwendung in der Praxis visualisiert. Siehe Dokumentation „Den Ruhestand gestalten“ in: Handbuch „Neuland entdecken“.

Ebenso wichtig erscheint in diesem Zusammenhang - insbesondere mit Blick auf den Übergang in den Ruhestand und das höhere Lebensalter - die Fähigkeit der Adaptation an neue Anforderungen, die sich infolge der veränderten Lebenssituation ergeben. Diese kann günstigstenfalls auch zum Aufbau von neuen Kompetenzen führen, die das subjektive Potential und den sozialen Aktionsradius erweitern.

Der Begriff „Kompetenz“ bewegt sich innerhalb dieser Polarität von Stärken und Schwächen und fragt in beide Richtungen; denn „sicherlich gehen uns allen, ob jung oder alt im Laufe des Alterungsvorgangs Kompetenzen verloren, aber es ist immer auch möglich, dass auf anderen Gebieten neue Kompetenzen entstehen. Der Begriff der Kompetenz rechnet zunächst einmal überhaupt mit derartigen Möglichkeiten. Dies ist die Voraussetzung dafür, dass wir überhaupt beginnen, nach solchen Gewinnen im Alter zu suchen, dass wir keinem allzu pauschalen „Abbaukonzept“ des Alterungsprozesses verfallen“ (Wahl: 1991, S. 10).

Die Teilnehmer des Projekts wurden anhand eines Assessments ausführlich nach ihrem Können bzw. ihren Fähigkeiten befragt<sup>44</sup>. Dabei sollten sie zugleich einschätzen, was sie problemlos oder (mehr oder weniger ohne) zufrieden stellend bewältigen können oder wo sie auf entsprechende Unterstützung angewiesen sind. Eindeutigen Unterstützungsbedarf haben die Teilnehmer augenscheinlich bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen, im kulturellen und technischen Bereich und bei der eigenaktiven Gestaltung sozialer Kontakte. Institutionell bedingt bildet sich hier ein Bild des Nicht-Könnens ab, das vermutlich nicht so sehr den tatsächlichen (Lern-)Fähigkeiten entspricht, sondern eher das Ergebnis jahre- oder jahrzehntelanger Gewohnheiten und Anpassung an den Heimalltag darstellt.

Mehrheitlich gelingt es den Teilnehmern Konflikte auszutragen, mit Geld umzugehen, zu lesen, sich zu entscheiden, sich neuen Situationen anzupassen und sich räumlich zurecht zu finden. Hinsichtlich dieser Kategorie verlassen sich die Teilnehmer zunächst auf sich selbst, vertrauen aber auch auf ihre Umwelt, wenn sie selbst nicht weiter kommen, d. h. wenn vereinzelt Probleme auftauchen. Klare Stärken weisen die Teilnehmer hingegen in interaktiven Situationen und bei der zeitlichen Orientierung und Planung auf. Vermutlich sind diese Fähigkeiten im institutionellen Kontext von großer Bedeutung - insbesondere für das

---

<sup>44</sup> Dieses Instrument ist eine Dokumentation, die auf der beiliegenden CD zum Handbuch „Neuland entdecken“ veröffentlicht wurde. Inzwischen wurden die Fragen nach dem Kompetenzprofil visualisiert und so überarbeitet, dass sie auch im institutionellen Kontext nutzbar ist. Zugleich wurde sie an Vorgaben für Hilfeplanungen der Landschaftsverbände Westfalen-Lippe und Rheinland angelehnt (Stand 2004).

Selbstbild des Einzelnen; denn wer es versteht, sich (ausreichend) verständlich zu machen und wer Termine und Absprachen einhält, kann sich vermutlich der Anerkennung der anderen und seines Platzes in der Gruppe sicher sein.

Die Antworten der Teilnehmer verdeutlichten, dass sie ganz überwiegend gut an ihre Lebenssituation angepasst sind und dementsprechend über einige notwendige Fähigkeiten zur Bewältigung ihres institutionellen Alltags verfügen. Wenn die Umwelt, insbesondere die Wohnsituation so bliebe, könnten die meisten den Ruhestand problemlos auf sich zukommen lassen. Ihre Kompetenzen, sich auf Veränderungen einzustellen und solche selbständig produktiv zu meistern, sind allerdings sehr begrenzt. Das wird für sie besonders dann problematisch, wenn unaufhaltsam altersbedingte Veränderungen eintreten, wenn bestimmte „objektive“ Rahmenbedingungen, Zugänge und Strukturen, die durch eine regelmäßige Beschäftigung gesichert waren, sich verändern und wenn die subjektive Leistungs- und Belastungsfähigkeit sich in bestimmten für sie relevanten Bereichen einschneidend verringert. Eine gezielte Vorbereitung auf den Ruhestand ist notwendig, um frühzeitig zu erproben, zu lernen und darin gestärkt zu werden, ihr Leben (endlich) selbst zu gestalten. Dies schließt mit ein, sich selbst um geeignete Unterstützung bemühen zu können – Wie dies gelingen kann, wie Fragen zur eigenen Biografie, zu körperlichen Veränderungen im Alter und Gesundheit, zu gewünschten und möglichen Kontakten, zu neuen Interessen thematisiert werden können, haben Haveman und Stöppler (2004, Kap. 11.) im Rahmen eines vorbereitenden Lehrgangs „selbst bestimmt älter werden“ modellhaft vorgeführt.

#### Aufbau und Auswertung der Zielplanungen

Grundlage einer jeden Planung ist „die systematische Vorbereitung und gegenseitige Abstimmung von Entscheidungen, ausgerichtet auf das Erreichen bestimmter Ziele. Planung geht jedem Handeln voran (...). Bei der Ausarbeitung operationeller Pläne muss bestimmt werden, *wer was in welchem Umfang* zu leisten und *wo, wie* und *mit welchen Mitteln* dies zu erfolgen hat (...). Pläne müssen auf einer für die Zukunft ausreichenden und zuverlässigen Datenmenge basieren. Alle Formen der Planung bestehen aus drei Grundelementen: Information, Normen und Plan“ (Keuning, D.; de Lange, R. (1995). In: van Riet, Wouters: 2002, S. 185).

Eine Fülle von Informationen - insbesondere zur persönlichen und sozialen Lebenswelt des Einzelnen - lässt sich bereits aus den Assessments ableiten. Durch die Zusammenführung der

gewonnenen Informationen ist sodann in einem nächsten Schritt ein Plan<sup>45</sup> mit handlungsleitenden Zielen, Teilzielen und dementsprechenden Aktionsplänen zu erstellen. Dieser Plan soll der Übersicht und Orientierung dienen und die Umsetzung der Ziele gewährleisten. Im Projekt waren die Teilnehmer von Beginn an in diese Planungen miteinbezogen; denn nur sie können „direkt oder indirekt bestimmen, was für Bedürfnisse sie haben und welche Antworten darauf (d. h. welcher Plan) ihnen genehm sein werden wird – „genehm“ im Sinne von: Dieses Angebot bringt mir etwas, könnte meine Situation positiv beeinflussen“ (van Riet; Wouters: 2002, S. 186). Daher wurden in den wiederholten Gesprächen mit den Teilnehmern, die häufig im Beisein von Bezugsbetreuern, Verwandten oder anderen Vertrauten geführt wurden, fortlaufend die Vorstellungen der Teilnehmer eruiert. Bei der Konkretisierung der Ziele - insbesondere bezogen auf den Prozess der Begleitung durch die Coaches - haben sich folgende Fragen als hilfreich erwiesen:

1. Welche Wünsche und Interessen hat der Teilnehmer im Assessment geäußert?
2. Welche übergeordneten Ziele können daran anknüpfend formuliert werden?
3. Welche Teilziele sollen zunächst erreicht werden?
4. Welche einzelnen Schritte sind zur Umsetzung notwendig?
5. Welche Mitwirkungsbereitschaft/Motivation signalisiert der/die Teilnehmer/in?
6. Wer/was kann bei der Verwirklichung der Schritte hilfreich sein?

Entscheidend ist, die Ziele eindeutig und präzise zu formulieren, dem Teilnehmer eine Perspektive aufzeigen und konkrete Umsetzungsschritte zu eröffnen. Es ist darauf zu achten, dass die Ziele erstens erreichbar und zweitens auch überprüfbar sind. Darüber hinaus sollten sie nach Möglichkeit einen generellen Zuwachs an Kompetenzen und weitere daran anschließende Entwicklungsmöglichkeiten antizipieren. Übergeordnete Ziele sollten sodann in Teilziele ausdifferenziert werden, die eher und leichter erreichbar sind und eine Art Zwischenstation darstellen. Solche Teilziele bieten noch einen weiteren Vorteil: sie können im Umsetzungsprozess immer wieder modifiziert und verändert werden. So kann ggf. unter Beibehaltung des gleichen übergeordneten Ziels ein neuer Plan erstellt werden, wenn dies der Teilnehmer wünscht oder Veränderungen in der Lebenswelt (z. B. Umzug, Krankheit) dazu zwingen. Bei der Formulierung der Teilziele ist jedoch zu beachten, dass sie keine

---

<sup>45</sup> Die einzelnen Schritte der Unterstützungsplanung im Rahmen des Case-Management-Prozesses werden in Kapitel 6 ausführlicher erläutert. Diese Planungsschritte geben auch die Struktur für die einzelnen Bausteine und Phasen der Dokumentation vor (s. Anmerkung 3).

Erweiterung der handlungsleitenden Ziele darstellen (sollten), sondern eine direkte Verbindung zur Handlungsebene und Umsetzung in Handlungsschritte herstellen<sup>46</sup>.

Sind die Ziele, Teilziele und Handlungsschritte ermittelt, werden Vereinbarungen mit den Beteiligten getroffen, Aufgaben aufgeteilt und Zeiträume festgelegt, in denen die Ziele (per Monitoring) überprüft werden bzw. durch Zielkontrollverfahren der aktuelle Stand ermittelt wird. Dabei wird auch überlegt, welche Personen und/oder Mittel den Prozess hilfreich unterstützen können. Zudem ist es wichtig, die einzelnen Schritte im Prozess so zu gestalten, dass der Teilnehmer sie nicht nur nachvollziehen kann, sondern auch genau weiß, was er selbst zum Gelingen beitragen muss. Dazu wird ein Aktionsplan erstellt, der alle Informationen hinsichtlich der Planung enthält und dem Teilnehmer ausgehändigt wird<sup>47</sup>.

Welche übergeordneten Ziele wurden verfolgt?

Im Rahmen der Unterstützungsplanungen im Projekt kristallisierten sich insgesamt neun übergeordnete Ziele heraus. Der einzelne Teilnehmer verfolgte dabei durchschnittlich etwas mehr als zwei verschiedene Ziele. Erwartungsgemäß steht die „Eröffnung von Möglichkeiten zur Gestaltung des Ruhestands“ ganz oben auf der Liste. Ein fast gleiches Gewicht hat in den meisten Fällen der Aufbau, der „Erhalt und die Reaktivierung von Kontakten“. Ebenso zeigt sich, dass für einen Großteil der Teilnehmer strukturierte Tages-/Wochenabläufe nicht nur eine lästige Pflicht sind, sondern durchaus ein handlungsrelevantes Bedürfnis und Ziel darstellen. Die Auseinandersetzung mit dem Thema Ruhestand ist insbesondere in den Fällen ein wichtiges Ziel, in denen dieser zwar kurz bevorsteht, jedoch noch nicht eingehend thematisiert wurde.

Für jeden Teilnehmer wurden außerdem drei verschiedene Teilziele formuliert, um die Erreichbarkeit der übergeordneten Ziele sicherstellen zu können. In vier Fällen wurden bis zu sechs Teilziele angegeben. Neben den Teilzielen „Erprobung von Angeboten“ und „Sicherung, dem Aufbau sowie der Intensivierung von Kontakten“ fällt die Kategorie „Verwirklichung von eigenen Interessen“ auf: 60% der Teilnehmer nannten spezifische

---

<sup>46</sup> Eine mögliche Hilfe bei der Unterscheidung zwischen Teilzielen und Handlungsschritten und bei der Suche nach einer sinnvollen Verbindung zwischen beiden bieten Formulierungen wie „indem“, „so dass“, „mittels“ oder „durch“ an.

<sup>47</sup> Dieser Aktionsplan findet sich mit anderen o. g. Planungsmaterialien in der Dokumentation „Den Ruhestand gestalten“. Siehe Handbuch „Neuland entdecken“, das beim Landesverband NRW für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V., Brehmstr. 5 – 7, 48 239 Düsseldorf zu beziehen ist. Das Handbuch findet sich auch unter: <http://egora.uni-muenster.de/ew/ruhestand>



individuelle Interessen wie Englisch lernen, Konzerte besuchen, eine Reise nach Rom machen, in ein Apartment ziehen, sich eine Dauerwelle machen lassen, Lesungen in der Kirche halten, in verschiedenen Kirchen Orgel spielen, mit Keramik arbeiten u. a..

Viele Teilnehmer, die sich auf den Ruhestand und die veränderte Situation einlassen, brauchen vermutlich zunächst Zeit für sich selbst bzw. eine Unterstützung, die nicht sofort (wieder) neue Aktivitäten anbietet, sondern vielmehr eine moderate Begleitung anbietet, welche eher auf persönliche Gespräche Wert legt und sich vor allem an den Vorlieben und Gewohnheiten der Teilnehmer orientiert. Andere Teilnehmer, die beispielsweise auf der Suche nach einer Begleitperson sind, können diesbezüglich auch verschieden motiviert sein: Ein Teilnehmer benötigt beispielsweise eine Begleitung, um sich auch außerhalb des Wohnheims orientieren zu können. Ein anderer möchte zwar regelmäßig Spazieren gehen, aber das nur, um für sich allein einen Gesprächspartner zu haben. Ein weiterer Bewohner braucht einen Partner zum Skatspielen. Ebenso kann es verschiedene Wege geben, wenn sich jemand mit seiner Biografie beschäftigen möchte. So kann er beispielsweise die Familie zum Gespräch einladen, eine Reise zum Heimatort machen, den Friedhof besuchen, alte Bilder anschauen, je nachdem, welche Themen ihn interessieren, welche persönlichen Schwerpunkte er setzt und wie er mit den gewonnenen Informationen umgehen möchte.

Die Handlungsschritte greifen die unmittelbaren, aber noch allgemein gehaltenen Intentionen der Ziele und Teilziele auf und setzen diese in konkrete Handlungen um. Beispielsweise werden bezogen auf das Teilziel „Erprobung verschiedener Angebote/Aktivitäten“, Kontakte zu Einrichtungen, Anbietern, Menschen in Leitungsfunktionen, Ämtern, Gruppen und Vereinen aufgebaut, deren Programme gelesen, besprochen, ausgewählt und ggf. erprobt. Seitens der Coaches sind dazu fundierte und aktuell gültige Kenntnisse über das vielfältige regionale Netzwerk im Bereich der Alten- und Behindertenhilfe, der Weiterbildung, der Kirchengemeinden und weiterer Vereine sowie die jeweiligen Ansprechpartner erforderlich. Für manche Teilnehmer ist es ebenso wichtig, weitere Unterstützer anzuwerben, die derartige Kontakte anbahnen und vermitteln, die weitere Entwicklung beobachten sowie ggf. die Begleitung zu einem späteren Zeitpunkt übernehmen oder im Bedarfsfall korrigierend und steuernd eingreifen können. So konnte beispielsweise die Leiterin einer Seniorengruppe darauf acht geben, dass der Teilnehmer tatsächlich zum vereinbarten Zeitpunkt vom Fahrdienst abgeholt wird bzw. er sich dessen sicher sein konnte; denn im Bedarfsfall könnte sie den Ausfall des Fahrdienstes dem Wohnheim oder dem Fahrdienst melden. Teammitglieder,

insbesondere der Bezugsbetreuer des Teilnehmers, sowie dessen Angehörige stellen weitere mögliche Ansprechpartner dar, um bestimmte (Entwicklungs-)Schritte einzuleiten und abzusichern. Nach Absprache/Vereinbarung können an sie - wie im Plan fixiert - auch Aufgaben delegiert werden. Allerdings ist immer darauf zu achten, dass alle relevanten Informationen an die anderen Beteiligten weiter gegeben werden und die Aktionen - im Sinne des Teilnehmers - zielführend sind.

Geht es in der Hauptsache um den Erhalt bzw. die Förderung von Kompetenzen, so ist es von besonderer Bedeutung, das Förderprogramm auf die speziellen Bedarfe des Teilnehmers abzustimmen und im Rahmen der Zielplanung - ggf. in Absprache mit dem Betreuungsteam - ein Übungsprogramm zu entwerfen.

Eine Teilnehmerin wollte ihre englischen Sprachkenntnisse erweitern und dazu ein Angebot der VHS in Anspruch nehmen. Sie wusste allerdings nicht, wie sie an diesbezügliche Informationen kommen sollte und mit welchen Verkehrsmitteln sie die Wegstrecke bewältigen konnte. Ihr wurde der Vorschlag gemacht, die notwendigen Informationen gemeinsam mit dem Coach einzuholen und die Anmeldung, das Einüben der Wegstrecke und die ersten Kurseinheiten in Begleitung eines Teammitgliedes (einer Praktikantin) zu absolvieren. Ein Gespräch mit der Kursleiterin zu Beginn erleichterte ihren Einstieg. Sie nahm nun mit Begeisterung an jeder Kurseinheit teil. Letztlich erreichte sie mit der Teilnahme am Programm der VHS nicht nur die interessensgeleitete Gestaltung ihrer freien Zeit, sondern auch eine Erweiterung ihres Aktionsradius. Auch die Möglichkeit, neue Kontakte knüpfen zu können, ist nun gegeben. Nach dem Abschluss des Kurses verkündete sie im Wohnheim: „Englisch kann ich jetzt. Nun möchte ich im Chor singen“.



Abb 13.: In der Volkshochschule

Zahl und Art der Handlungsschritte sind dabei abhängig vom jeweiligen Verlauf des Prozesses. Manches muss öfter wiederholt, beantragt oder mit mehreren Personen und Diensten besprochen werden. Eine Standardlösung gibt es nicht, denn verschiedene Variablen wie persönliche Voraussetzungen des Teilnehmers, seine Kooperation mit dem Coach, die Kooperation mit den Mitarbeitern, die institutionellen Rahmenbedingungen, die soziale Infrastruktur und die Bezugspersonen im Umfeld wirken in jeweils unterschiedlicher Weise aufeinander ein und beeinflussen den Prozess.

Die Entwicklung und der Verlauf werden jedoch von der Bereitschaft zur Mitwirkung der Mitarbeiter mit geprägt, die diese Prozesse zu unterstützen. An sie werden im Rahmen solcher Projekte neue Anforderungen gestellt, die zu einer Reflexion und Veränderung ihres professionellen Selbstverständnisses führen (müssen), denn den „Mitarbeitern in den Einrichtungen und Diensten wächst stärker als bisher die Aufgabe zu, den Prozess der Entwicklung erforderlicher Hilfen und deren Umsetzung zu begleiten. Sie sind nicht länger alleine und hauptverantwortlich dafür da, Lösungen zu finden. „Verhandeln statt Behandeln“ bedeutet nämlich für den Klienten auf der anderen Seite die Übernahme von Selbstverantwortung und die Herausforderung zu weiterer Selbständigkeit“ (LVR: 2003, S. 13).

Welche zentralen Ergebnisse wurden erzielt?

Diese Frage ist sicherlich eine der spannendsten im Projekt, denn damit verknüpft ist die Hoffnung, das beim Übergang in den Ruhestand mittels der Methode des Case Managements vielfältige positive Entwicklungen angestoßen werden konnten und können. Die Antwort auf

diese Frage fällt dreiteilig aus: Von 40 Teilnehmern, die den gesamten Case Management Prozess durchlaufen haben, haben 19 ihre Ziele erreicht; 16 Teilnehmer haben ihre Ziele zum Teil erreicht und 5 haben ihre Ziele gar nicht erreicht. Diese Bilanz lässt sich hinsichtlich der Gruppe, die ihre Ziele zum Teil (N = 16) erreicht haben, weiter differenzieren: Bei 9 Teilnehmern zeichnete sich in der Evaluation eine anhaltende positive Tendenz ab, die die Vermutung nahe legt, dass sie ihre Ziele in der nahen Zukunft erreichen werden. 7 Teilnehmer haben ihre Ziele nur zum Teil erreicht. Bei ihnen lässt sich für die nahe Zukunft weder eine positive noch negative Entwicklung prognostizieren. Möglicherweise bleibt dieser Status quo noch über längere Zeit bestehen. Bei einem Teilnehmer dieser Gruppe, der seine Ziele nur zum Teil erreicht hat, weist der Ausblick hingegen eher auf eine negative Entwicklung hin; denn einzelne geplante Vorhaben oder begonnene Aktivitäten werden vermutlich nicht weiter fortgeführt. Lediglich 5 Teilnehmer haben ihre Ziele aus verschiedenen - sehr individuellen - Gründen ganz offensichtlich nicht erreicht. Zusammengefasst haben demnach 85% der Teilnehmer ihre Ziele - so wie geplant - ganz, tendenziell oder zumindest zu einem Teil, mit einer weiteren positiven Entwicklungschance erreicht. 15% der Teilnehmer haben ihre Ziele nicht erreicht oder wenig Aussicht auf die Fortführung begonnener Projekte.

Schließlich stellt sich die Frage, ob bestimmte Einflussfaktoren zum Erfolg oder Misserfolg beigetragen haben und um welche es sich hauptsächlich handeln könnte. Zur Beantwortung dieser Fragen wurden alle drei Gruppen auf die sog. „intervenierenden Variablen“ näher untersucht. Hierbei war festzustellen, dass es einerseits „Minimalbedingungen“ gibt, die in aller Regel erfüllt sein müssen, wenn der Unterstützungsprozess gelingen soll. Andererseits wurden auch mehrere förderliche Bedingungen ermittelt, die den Verlauf häufig positiv beeinflussten. Zumindest einige solcher förderlichen Bedingungen mussten i. d. R. hinzukommen, wenn der Prozess erfolgreich verlaufen sollte. Dies gilt insbesondere dann, wenn einzelne Minimalbedingungen nicht oder nicht ausreichend erfüllt waren.

Zu den Minimalbedingungen gehören eine gute Kooperation mit dem Coach, sodann günstige persönliche Voraussetzungen wie ein minimales Kompetenzniveau, insbesondere im kommunikativen Bereich<sup>48</sup> und eine annähernd gelungene Zusammenarbeit zwischen Coach und Team oder zwischen Coach und Angehörigen. Daneben wirkten sich positiv eingestellte ehrenamtliche oder andere Bezugspersonen im Umfeld und ein der Institution gegenüber

---

<sup>48</sup> Siehe dazu auch den Abschnitt Kompetenzen in diesem Kapitel sowie Metzler: 1997 und 200.

aufgeschlossenes Umfeld in den meisten Fällen - sofern auch gewisse Minimalbedingungen erfüllt waren - zusätzlich günstig auf den Prozessverlauf und das Erreichen der Ziele aus. Ebenso sind eine gut ausgebaute soziale Infrastruktur, die bestenfalls niedrig schwelligen sowie passgenauen Angebote für die Zielgruppe älterer Menschen vorhält, wichtig. Auch die allgemeine Akzeptanz des Projekts in der jeweiligen Einrichtung und in der Öffentlichkeit wirkt sich - vermutlich mittelbar, über Professionelle und Ehrenamtliche - positiv aus.

Die erfolgreichen Teilnehmer sind mehrheitlich kontinuierlich unterstützt worden. So konnten sie selbst noch unter teilweise schwierigen persönlichen oder institutionellen Voraussetzungen ihre Ziele erreichen. Sicherlich haben diesbezüglich die zumeist günstigen Projektbedingungen und das Vorhandensein einer gut nutzbaren sozialen Infrastruktur ebenfalls zum Erfolg beigetragen, aber eben nur zusätzlich. Ausschlaggebend für den Erfolg sind eindeutig die personenbezogenen Unterstützungsleistungen des Coaches, der Mitarbeiter sowie anderer Bezugspersonen im Umfeld. Unabhängig davon muss - das wird bei der Durchsicht aller Fälle deutlich - beim Teilnehmer eine grundlegende persönliche Bereitschaft vorhanden sein bzw. sich entwickeln.

Exemplarisch soll nun ein Ergebnis aus den erfolgreichen Zielplanungen vorgestellt werden:



Abb. 14: Reise nach New York.

Herr B. reiste nach New York und Rom und hat Kontakt zum „Zentrum selbstbestimmtes Leben“ aufgenommen. Außerdem hegt er - seit dem er sich mit seiner derzeitigen Lebenssituation eingehend auseinandergesetzt hat - Umzugspläne und möchte gern in ein Apartment umziehen. Des Weiteren wurde eine Person gefunden, die ihn ehrenamtlich zu Aktivitäten und auf Spaziergängen begleitet. Auch wurde ein Spielkontakt gefunden, auf den er selbst nach Bedarf zurückgreifen kann. Er hat an Selbstbewusstsein und Eigenständigkeit gewonnen. Im Verlauf des Prozesses erlitt er allerdings auch Rückschläge und Misserfolge: die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe kam nicht wie geplant zustande. Nach der New York Reise fiel er in ein Stimmungstief, das zunächst bewältigt werden musste, um die Umsetzung der weiteren Planungen zu ermöglichen.

Hieran wird deutlich, dass es in manchen Fällen aktuelle Ereignisse, Krankheiten oder Gegebenheiten gibt, die vorrangig Beachtung finden müssen. In diesem Fall verzögerte die Krankheit die Umsetzung der Planung. In anderen Fällen verlangsamten Krankheiten, Krankenhausaufenthalte, rehabilitative Therapien oder Umzüge den Prozess. Einige Unterbrechungen verzögerten nicht nur, sondern schalteten den Prozess für eine Zeitspanne ab, so dass es zu einer neuen/veränderten Planung kam.

Neben 35 erfolgreichen und zum Teil erfolgreichen Teilnehmern hat es auch Fälle gegeben, in denen die anvisierten Ziele nicht erreicht werden konnten. Die Prozessverläufe in dieser Gruppe zeigen als Hauptmerkmale eine mangelnde Unterstützung durch Mitarbeiter, die in der überwiegenden Mehrzahl den Prozess sogar erkennbar behindern. Beinahe ähnlich verhalten sich die Bezugspersonen im Umfeld. Jedenfalls bilden sie kein Gegengewicht. Auch sie unterbinden eher jede Veränderung und Entwicklung als sich hierfür zu engagieren. Selbst dann, wenn im Einzelfall die Kooperation mit dem Coach, die persönlichen Voraussetzungen oder die institutionellen Rahmenbedingungen ursprünglich eine gewisse Aussicht auf einen Erfolg versprechenden Unterstützungsprozess eröffnen, reichen die übrigen Hindernisse - zumal wenn sie, wie in der Mehrzahl der Fälle, kumulieren - aus, jeden weiteren Fortschritt zu blockieren. Vermutlich führen solche ungünstigen Kombinationen von verschiedenen Einflussfaktoren in jedem einzelnen Fall dazu, dass die Prozesse einen negativen Verlauf nehmen. Gegen „den Rest der Welt“ sind nur schwer Entwicklungen voranzubringen. Allerdings haben die Coaches - so scheint es - in solchen Fällen schon vorher aufgeben. Dies waren jedoch - insgesamt gesehen - Ausnahmefälle. Auch noch so engagierte Coaches sind

keine Zauberer. In jedem Fall war das Gelingen des Prozesses davon abhängig, dass die vielfältigen sozialen und infrastrukturellen Ressourcen im Umfeld ein unterstützendes Arrangement und die wechselseitige Verständigung und Übereinkunft zwischen Coach und Teilnehmer eine sichere Basis bildeten. Folglich wurde der Prozess für Menschen mit Behinderungen, die diese Form der Unterstützung beim Übergang in den Ruhestand nutzen konnten, im Ergebnis „ein Produkt gemeinsamer Herstellung“ (Herriger: 1997, S. 96). Überall dort, wo diese Prozesse in kooperativer Zusammenarbeit ablaufen, „ist das Unterstützungsmanagement ein Grundfundament aller nachfolgenden Empowermentprozesse“ (ebd.); denn der Mensch mit Behinderung kann im Fortgang dieser Verständigungsarbeit taugliche Werkzeuge erwerben, durch deren Einsatz er fähig wird, sich in Zukunft in eigener Regie, die für einen gelingenden Alltag notwendigen Unterstützungsressourcen zu erschließen und damit in allen Wechselfällen des Lebens Kompetenz, Selbstbestimmung und Eigensinn zu wahren“ (ebd.).

Die Mehrzahl der Projektteilnehmer hat tatsächlich - wenn auch zuweilen auf sehr individuelle Art und Weise - diese Kompetenz erworben und somit Vorbilder geschaffen, die auf weitere Entwicklungen hoffen lassen. Diese werden u. a. eindrucksvoll durch Effekte belegt, die durch die Begleitungen sowohl auf der individuellen Ebene bei anderen Mitbewohnern und Mitarbeitern, als auch auf der institutionellen Ebene angestoßen wurden.

Die gelungene Verbindung des Empowerment-Ansatzes und des Personzentrierten Ansatzes werden durch das Projekt und seine Ergebnisse bestätigt. Darüber hinaus haben sich auch nach Abschluss des Projekts weitere Effekte ergeben, die an dieser Stelle zwar erwähnt aber nicht ausgeführt werden sollen. Sie zeigen, dass, wenn Menschen über ihre Erlebnisse und neu erworbenen Kompetenzen reden, auch weitere Effekte entstehen und sich Gelegenheiten entwickeln können. So haben sich im Nachhall des Projekts viele Teilnehmer wieder verabredet und getroffen. Einige sind umgezogen, andere nutzen weiterhin ihre Angebote wie bisher. Auch seitens der Einrichtungen hat sich ein Bewusstsein entwickelt, das auf eine vermehrte Personzentrierung und individuelle Unterstützungsleistungen setzt – diese Ausrichtungen wurde nicht einzig durch das Projekt angestoßen, aber eben auch. Eine Öffnung der Einrichtungen / Anbieter ist dafür unabdingbar und sie hat begonnen.

In diesem Zusammenhang sei betont, dass es wichtig ist, Menschen mit Behinderungen etwas zuzutrauen und ihnen auch zuzumuten, daran scheitern bzw. Krisen auslösen zu

können. Aufgabe der Begleiter ist es, sie darauf vorzubereiten, sie zu begleiten und punktuelle Unterstützung zu bieten. Dazu muss die auf Seiten der Begleiter eine Haltung entstehen, die jenseits des Fürsorge- und Versorgungsgedankens liegt und die vielmehr auf Respekt, Achtung und Wertschätzung - den Wertvorstellungen, die durch den personenzentrierten und den lebensweltorientierten Ansatz transferiert werden - aufbauen. Der einzelne Mensch mit seinen ureigenen Bedürfnissen in seiner eigenen Lebenswirklichkeit muss nicht nur mehr in den Mittelpunkt rücken, sondern auch die Möglichkeit wahrnehmen können, sich zu äußern, sich zu entscheiden, zu kritisieren und zu wählen. Alle Prozesse, die mit ihm und in seiner Lebenswelt in Verbindung stehen, müssen für ihn transparent und nachvollziehbar gestaltet sein.

### **3.4. Leitbilder der sozialen Altenhilfe und Altenpflege**

Bereits in den 1960er Jahren hat es Bestrebungen gegeben, gerontologische Konzepte und Theorien zu entwickeln. Die bekanntesten Vertreter sind die Disengagementtheorie (Cumming; Henry: 1961), die Aktivitätstheorie (Tartler: 1961; Tobin, Neugarten: 1968; Havighurst: 1963, 1968) und die Kontinuitätsthese (Rosow:1967). Allen Ansätzen ist gemein, dass sie davon ausgehen, dass nach dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben ein wechselseitiger interaktiver Prozess zwischen dem Einzelnen und der Gesellschaft stattfindet, der auf verschiedene Art und Weise gestaltet sein kann.

Die *Disengagement-Theorie* fokussiert das Alter als eigene Entwicklungsstufe. Beruhend auf dem „Defizit-Modell des Alterns“ (vgl. Lehr: 1991, S. 67 – 103), in dem die nachlassenden Kräfte und kognitiven Fähigkeiten im Mittelpunkt stehen, ziehen sich im Erklärungsmodell der „Disengagement-Theorie“ Menschen mit zunehmendem Alter aus ihren gesellschaftlichen Funktions- und Aufgabenbereichen zurück, um sich auf den Tod vorzubereiten. „Danach ist der zurückgezogene ältere Mensch zufriedener und glücklicher, und in der Gesellschaft können alternde Individuen rechtzeitig durch leistungsfähigere ersetzt werden. Somit dient Disengagement Individuum und Gesellschaft“ (Backes; Clemens: 1998, S. 119). Der Wunsch älterer Menschen, sich dennoch gebraucht und nützlich fühlen zu wollen, entspringt demnach lediglich einem Sicherheitsbedürfnis, um nicht von der Gesellschaft verstossen zu werden. „Kann eine Sicherheit im Alter anderweitig garantiert werden und bietet die Gesellschaft hinreichend Hilfsdienste an, dann sei der Wunsch nach Disengagement bestimmend“ (Lehr: 1991, S. 243). Dieser Prozess des Rückzugs wird als natürliche Reaktion auf die



Beeinträchtigungen des Alterns in allen Lebensbereichen verstanden. Die Theorie hebt damit die gesellschaftlichen Belange über die persönlichen Bedarfe des älteren Menschen – entlässt den Menschen jedoch auch in eine Altersphase, in der er von jeglichen Anforderungen entbunden ist. „Hierin kann ein Hinweis gesehen werden auf positive Entfaltungsmöglichkeiten auch im verpönten Alter, selbst wenn diese sich nicht auf ein „Warten auf den Tod“ konzentrieren werden“ (Backes; Clemens: 1998, S. 121). Die Disengagement-Theorie ist dennoch eine Theorie der Ausgrenzung und allein deshalb schon kritisch zu sehen. Daneben impliziert sie ein Altern in Warteposition, das auf den Tod ausgerichtet ist und das mittlerweile aufgrund der erhöhten Lebenserwartung durchaus mehr als 40 Jahre Zeit in Anspruch nehmen kann. Altersspezifische Leistungsfähigkeit, berufsbiographische Erfordernisse – beispielsweise bei Freiberuflern – , intergenerative Anforderungen und die Heterogenität der Altersgruppen finden ebensowenig Berücksichtigung wie die verschiedenen Wege und Stile, die letztlich zur Zufriedenheit im Alter führen.

Entgegen der Theorie des Rückzugs setzt die *Aktivitätstheorie* auf ein aktives Altern und prophezeit den Menschen, die sich gebraucht und nützlich in der Gesellschaft fühlen, ein glückliches Alter. Die Anlagen dazu (Kontakte, Aktivitäten, Hobbys u.a. ) werden bereits in den mittleren Jahren gelegt und müssen bis ins hohe Alter fortgeführt und ggf. durch neue ersetzt werden. Sie dienen der Stabilisierung des Selbstbildes und stellen die wichtigste Voraussetzung für ein „Erfolgreiches Altern“ dar (Lehr: 1991, S. 241). Andernfalls drohen Altersprobleme, die aus Funktionslosigkeit – insbesondere nach der Ausgliederung aus dem beruflichen Kontext – entstehen können. Einer Studie zufolge (Longino: 1982) konnte tatsächlich eine enge Verbindung insbesondere zwischen informeller sozialer Aktivität und Lebenszufriedenheit festgestellt werden. Dabei nahm der Kontakt zu den Nachbarn einen der vorderen Plätze in der Rangordnung ein. Aktivitäten, die allein unternommen oder durchgeführt werden, haben die geringste Verbindung zur Lebenszufriedenheit gezeigt und dienen daher am wenigsten der Stabilisierung des Selbstbilds. In erster Linie ist die Fortführung von Aktivitäten, die bereits in mittleren Lebensjahren entstanden sind, positiv zu bewerten. Sie dienen uneingeschränkt als Referenz für das Alter. Daneben wird der Wechsel in den Ruhestand als zentrales Lebensereignis gewertet und der Ruhestand selbst zu einer potentiellen Gefahr für den Einzelnen. Es gilt das Alter durch Aktivität zu bekämpfen und zu verdrängen. Nicht berücksichtigt werden in diesem Ansatz individuelle Bedarfe, altersbedingte Veränderungen, biografische Fragestellungen oder gesellschaftliche Prozesse.

„Einzigster Bezugspunkt scheint der Mensch und seine Aktivierung“ (Backes; Clemens: 1998, S. 117) zu sein, der zu Zufriedenheit im Alter führt. „Die Aktivitätsthese sind eher Elemente einer ideologisch gefärbten Kampagne gegen ‚Altern als Verlust‘. Sie abstrahieren von realen Veränderungen und leisten keine aussagefähige Bedingungsanalyse oder zutreffende Beschreibung der Lebensphase Alter mit ihren Besonderheiten, ihren spezifischen Problemen und Möglichkeiten“ (Backes; Clemens: 1998, S. 118).

Anders verhält es sich hingegen mit der *Kontinuitätstheorie* (Rosow: 1963; Atchley: 1971): Sie postuliert, dass die Fortführung der Lebenssituation der mittleren Jahre auch im Alter zu einer erfolgreichen bzw. nicht erfolgreichen Anpassung im Alternsprozess führt. „Die zentrale These der Theorie ist, dass Personen im mittleren und höheren Erwachsenenalter im Prozeß der Anpassung an das Altern versuchen, bestehende innere und äußere Strukturen zu bewahren“ (Lehr: 1991, S. 62). Sie nutzen dazu vertraute Strategien, die sich sowohl auf innere Einstellungen, Meinungen, Ideen und Eigenschaften beziehen als auch auf Verhaltensweisen, interaktive Umgangsformen und Handlungen an bestimmten sozialen Orten. Stimmt die angewendete Strategien mit erlebten Situation und inneren Überzeugung überein, erlebt sich der alte Mensch als zugehörig. „In mancher Beziehung ist die Kontinuitätstheorie somit eine kognitive Theorie“ (Lehr: 1991, S. 62). Damit ist das Erleben von Kongruenz und ihre stetige Überprüfung nicht nur eine wichtige Voraussetzung für die Anwendung der Kontinuitätstheorie, sondern auch für das Selbstwertgefühl des alten Menschen. Die Kontinuitätsthese lehnt sich nah an die Aktivitätsthese an, baut jedoch auf die Sozialisation des Einzelnen in den jeweiligen Lebenszyklen – nicht etwa ausschließlich auf Aktivität. Dabei werden auch theoretische Elemente aus der Psychologie entliehen wie beispielsweise aus dem Stufenmodell nach Erikson (Tokarski: 1989: 251; Erikson: 1950; 2003; Noack: 2005). Durch seine lebenslangen identitätsbildenden Erfahrungen hat der Mensch im Alter die Fähigkeit erworben, adäquat auf die Anforderungen des Alterns reagieren zu können ohne seinen Lebensstil und seine Rollensicherheit zu verlieren. Sein inneres Bedürfnis nach Stabilität und Sicherheit führt zur Beibehaltung der äußeren und Strukturen und seiner inneren Haltung. In gewisser Weise vereinigt die Kontinuitätstheorie die Disengagement- und Aktivitätstheorie, denn weder Aktivität noch Rückzug helfen das Alter zu optimieren, lediglich „die Möglichkeit eines kontinuierlichen Lebens, des Beibehaltens von individuell typischen Aktivitäts- und Rückzugsbestrebungen“ führen zur Anpassung an die Erfordernisse des Alterns. Die Kontinuitätstheorie vermittelt den Eindruck, dass das Altern durchaus gelingen kann, wenn sich der Mensch in seinem Lebenszyklus stetig weiter

entwickelt hat. Demnach sind aktive Menschen im Alter nur dann glücklich, wenn sie weiterhin aktiv sein können. Menschen, die gern wenige andere Menschen um sich haben, werden diese Vorliebe auch im Alter beibehalten wollen (Backes; Clemens: 1998, S. 124). Allerdings können schwerwiegende Diskontinuitäten wie Verluste, Krankheiten oder nachlassende Fähigkeiten diese Prozesse beeinträchtigen. Auch die Kontinuitätstheorie impliziert damit – wie die anderen beiden Theorien - eine in sich abgeschlossene Altersphase, die zwar durch das mittlere Lebensalter vorbereitet werden kann, aber auch potentielle Gefahren birgt. Dabei vernachlässigt sie sowohl historische als auch gesellschaftliche Aspekte und wirkt daher indifferent. Sie generalisiert die Altersphase zu einer Phase im Lebenszyklus und lässt Krisen, Schwierigkeiten und Umbrüche weitgehend außer Acht.

### **Politische Entwicklungen**

In gesellschaftlicher Hinsicht rücken seit den 1990er Jahren die Forderungen nach einer am Kunden orientierten Modernisierung von Diensten und Einrichtungen in den Vordergrund. Gesundheitliche und soziale Dienste sollen sich dabei als Teil des öffentlichen Systems an marktwirtschaftlichen Mustern ausrichten. Diese Aufforderung orientiert sich vornehmlich an einem wirtschaftsliberalen Leitbild: der Kunde gerät in „ein optimal funktionierendes System von Anreizen oder Bestrafungsmustern zur Stimulierung des gewünschten Verhalten“ (Evers: 1999, S. 570). Diese Orientierung birgt jedoch die Gefahr, das Rollenverständnis von gemeinschaftlicher Hilfe, sozialer Solidarität und Berufsethik zu marginalisieren (vgl. Evers: 1999, S. 570) und die Theoriebildung zu vernachlässigen. Interaktive Prozesse werden zu Gunsten rationeller Ablaufpläne und qualitätsgesteuerter Richtlinien lediglich auf das Wesentliche reduziert. Das marktwirtschaftliche Gedankengut hat auch die fachliche Diskussion (ein Beispiel ist die vieldiskutierte „Minutenpflege“) erreicht und zeigt erste Ergebnisse in Diensten und Einrichtungen, die durch Modernisierungen kundenorientierte Qualitäts- und Wettbewerbskonzepte und Marketingstrategien verfolgen.

Die politische Debatte um die Qualität von Diensten und Einrichtungen hat bereits heute zu nachhaltigen Veränderungen geführt: “Managerielle Kompetenzen wie Fähigkeiten zur Organisationsentwicklung, zur Berücksichtigung der Kostendimension der eigenen Tätigkeit – schlichter: zur Einbeziehung der Frage ‚was kostet das eigentlich‘ – in die alltäglichen Arbeitsabläufe werden immer mehr mitbestimmend für Professionalität“ (Evers: 1999, S. 570f). Sicherlich wird diese Entwicklung einerseits als extensiv notwendig angesehen, doch

hinsichtlich der Professionalität der sog. helfenden Berufe ist zu fragen, wie sich diese auf den seit jeher unterbewerteten Status dieser Berufsbilder auswirken wird, wenn das Tätigkeitsfeld mehr denn je an „managerielle Kompetenz“ (ebd.) gebunden werden.

Die Frage nach der Anerkennung sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen ist „vor allem außerhalb des medizinischen High-Tech Bereichs“ (ebd.) durch eine gesellschaftliche Geringschätzung und „so etwas wie einen Minderwertigkeitskomplex der dort Tätigen“ gekennzeichnet. „Hinweise liefern nicht nur die allgemein abwertende Rede über Sozialarbeiter, sondern auch die Selbstwertprobleme einer ganzen Reihe von Hilfe- und Pflegeberufen. Eine Rolle spielt hier, dass es um überwiegend weibliche Tätigkeiten geht, mit oft geringem Professionalisierungsgrad, in Gebäuden und an Orten, deren Ausstrahlung bereits signalisiert, dass man nicht mit den Knotenpunkten einer High-Tech-Gesellschaft mithalten kann“ (Evers: 1999, S. 571). Vor diesem altmodischen und Hintergrund lassen sich Modernisierungskonzepte leicht umsetzen – und von Dienst zu Dienst übertragen. Prozesse, die eine Neupositionierung und Neubestimmung auf dem Boden des bestehenden – und vielleicht auch bewährten - Konzepts möglich machen, geraten dabei leicht ins Hintertreffen. Das Besondere wird zugunsten des Gleichen heruntergespielt: „Das führt z.B. dazu, dass man die Spezifik der Dienstleistung ‚Care‘ – also Sorge und Pflege im Unterschied etwa zu einem Bankservice – eher herabspielt als sie zu unterstreichen“ (Evers: 1999, S. 571).

Darüber hinaus sind Qualitätsmerkmale von Einrichtungen und Diensten nicht einfach aufzustellen, aneinanderzureihen und anzuordnen: Sie müssen an Kommunikation geknüpft sein, denn Qualität bekommt „erst dann Substanz, wenn (sie) an bestimmte Leitbilder und Konzepte“ gebunden ist und „wenn es konkrete gemeinsame Leitbilder und Konzepte von dem gibt, was man tun und erreichen will“ (ebd.). Der betriebswirtschaftliche Dienstleistungsgedanke hat in den letzten Jahren zwar Einzug in den Gesundheits- und Sozialbereich gehalten, doch ist er eng mit der Frage verbunden, was eine gute Dienstleistung ausmacht. Die eigenen Stärken, Besonderheiten, Traditionen oder regionalen Eigenheiten zu Gunsten einer standardisierten Qualität einfach über Bord werfen ist dabei sicherlich keine gute Idee, sondern eher ein Grund, diese zu überdenken oder neudeutsch: einem Up-date zu unterziehen.

Allerdings ist die Debatte um Leitbilder im Gesundheits- und Sozialbereich in Deutschland nicht übergreifend – interdisziplinär – angelegt, sondern sektorial. Beispielsweise definieren sich Inhalt und Bedeutung von „care“ je nach Berufsfeld: von Erziehern eher im Sinne von

Betreuung und Begleitung und von Pflegern eher als medizinische Versorgung und Behandlung (vgl. Evers: 1999, S. 572). Die Notwendigkeit, die Positionen zu klären, damit gemeinsame soziale und gesundheitliche Spezifika hervorgehoben werden können, die den „Gesundheits- und Sozialbereich von sonstigen Gütern unterscheiden“ (Evers: 1999, S. 572) ist unabdingbar, denn die Tätigkeitsfelder in diesem Sektor sind an persönliche Dienstleistungen am Menschen gebunden, die auf einer sozial unterstützenden Beziehung beruhen. „Es geht dabei zugleich um die Rolle der Dienstgebenden und die der Hilfen oder Unterstützung empfangenden und um die Verantwortlichkeit, Handlungs- und Definitionsmacht der einen wie der anderen Seite“ (Evers: 1999, S. 573). Auf der Basis einer einheitlichen Grund-Definition lassen sich die jeweiligen Spezifika formulieren und ausgestalten.

Diese Absicht passt sich im Kern der Leitlinie der Marktorientierung gut an, denn „die Vorstellung, dass es gewissermaßen eine eindeutige Fortschrittslinie gibt, die weg vom verstaubten bevormundenden Paternalismus zur Orientierung an einem Maximum von Autonomie und Selbstbestimmung des Klienten als Einzelperson führt“ (Evers: 1999, S. 573).

Die Ausrichtung auf die Persönlichkeit und Individualität des Einzelnen im Rahmen der Nutzung von Dienstleistungen entspricht in den Grundzügen dem Konzept des Empowerment: der Einzelne entscheidet selbst, wählt aus und bestimmt welche Unterstützungsleistungen er in Anspruch nehmen (oder sich einkaufen) möchte.

Dennoch bestimmt auch weiterhin ein Konzept die Altenhilfe-Landschaft, das fachlicherseits als nicht mehr zeitgemäß angesehen werden. Es handelt sich dabei um das...

### **Paternalistisches Leitbild.**

Folgen Fachleute diesem Leitbild, so handeln sie für und in Abstimmung mit ihren Klienten/Patienten. „Compliance meint hier eher Folgebereitschaft. Für das Gelingen der Behandlung oder Dienstleistung als Akt der Kooperation sind Techniken der Überredung und des Vertrauensgewinns durch Demonstration der eigenen Kompetenz von zentraler Bedeutung“ (Evers: 1999, S. 574). Kritisch betrachtet und als „gestriges Konzept“ gehandelt – wird es dennoch weiterhin praktiziert: viele Professionelle wissen es weiterhin besser und möchten eine „Einmischung“ von Betroffenen und Angehörigen möglichst vermeiden. Die Auflösung

dieses bestehenden „Machtgefälles“ ist jedoch auch damit verbunden, die Verantwortung – im Sinne der Ausgestaltung von Autonomie – zwischen den Fachleuten und Betroffenen differenziert aufzuteilen. Hinsichtlich der sozialen Probleme, die auch in der modernen Risikogesellschaft bestehen, ist dies sicherlich keine leichte Aufgabe – liefert sie doch ebenfalls hinreichenden Stoff für das Fortschreiben paternalistischer Leitlinien und manchmal eben weniger für den Ausbau autonomer Strukturen.

### **Das liberale Leitbild**

Ziel des Leitbilds, das mittlerweile als dominierend angesehen werden kann, ist eine Leistung, die auf Empowerment, Selbstbestimmung und Normalisierung setzt. Anstelle der rechtlosen und hilflosen Person tritt nun „der mit persönlichen Anspruchs- und Schutzrechten ausgestattete Adressat“ (Evers: 1999, S. 574f). Das Prinzip des „informed consent“ bestimmt die Interaktion: Vereinbarungen und Leistungen werden auf der Basis „der Kenntnis von Umständen, Risiken und Folgen und in freiem Einverständnis des jeweiligen Adressaten“ getroffen (ebd.). Dieses Leitbild enthält im Zusammenhang mit einer vermehrten Kundenorientierung weitere Durchsetzungskraft, die sich bereits in vielen pflegerischen und medizinischen Einrichtungen zeigt.

Allerdings kann die Forderung nach mehr Autonomie und Selbstbestimmung für Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf auch zu einer weiteren Abwertung führen, nämlich dann, wenn davon ausgegangen werden kann, dass die gesteckten Ziele niemals in erreichbare Nähe rücken werden. Unter Beachtung des Grundsatzes: „je höher die Latte von Selbstständigkeitsforderungen gelegt wird, desto mehr erscheinen die offensichtlich auf Hilfe angewiesenen als Randexistenzen“ (Evers: 1999, S. 575), ist es daher unbedingt erforderlich, die Ziele so zu formulieren, dass sie auch für Menschen mit schweren Beeinträchtigungen erreichbar und überprüfbar sind und Erfolgserlebnisse möglich machen, die das Erlernen von Hilflosigkeit (vgl. Seligman: 1979), die sehr wahrscheinlich als Ergebnis des Prozesses der Abwertung entstehen würden, überflüssig werden.

Die Ausrichtung auf ein liberales Leitbild erfordert nicht nur den respektvollen Umgang mit Adressaten, sondern auch unter den Mitarbeitern und unter den Bewohnern und im Umfeld. Diese respektvolle Distanz unter Wahrung der Persönlichkeitsrechte des Einzelnen darf nicht dazu führen, dass Professionelle nicht mehr intervenieren. „Die Gefahr, dass Toleranz in

Gleichgültigkeit umschlägt“ kann gegeben sein, wenn professionell Handelnde sich nicht sicher sind, wann und wie sie intervenieren sollen. Vielmehr muss bei den professionell Handelnden ein Gefühl dafür entstehen, wann und wie viel und welche Interventionen notwendig sind. Auf der anderen Seite sind die Bewohner gefragt, ihre Anliegen, Wünsche und Bedürfnisse auch zu formulieren, um nicht in Erwartungshaltungen verharren zu müssen, die ggf. nicht erfüllt werden, weil sie nicht verstanden werden.

Das liberale Leitbild wird durch die kontinuierliche Interaktion der Partner mit Leben gefüllt. Es entfaltet seine Wirkung am ehesten, wenn die Beteiligten lernen, die Bedürfnisse des jeweilig anderen zu beachten, zu respektieren und zu wahren. Oberstes Ziel unter der Prämisse dieses Leitbildes ist, darauf hinzuarbeiten, die Zufriedenheit aller am Prozess Beteiligten zu erreichen.

### **Das kommunitive Leitbild**

Es sind die gemeinschaftsbezogenen Werte und Orientierungen, die hierbei im Vordergrund stehen. Sie rekrutieren sich - historisch gesehen - aus Zusammenhängen, die am ehesten den weiblichen Personen zukamen und Aufgabenschwerpunkte wie Fürsorglichkeit und Zuwendung beinhalteten. Ziel der Bemühungen ist es, Möglichkeiten gemeinschaftlichen Lebens in sozialen Bezügen zu schaffen und diese auch weiter zu entwickeln. Diese Leitidee wird seit einigen Jahren wieder kontinuierlich weiter verfolgt und auch professionalisiert: Die Austeriarung zwischen der Fähigkeit des Einzelnen, sich in die Gemeinschaft integrieren zu können und in ihr klar zu kommen und dem Respekt der Gemeinschaft vor dem einzelnen Mitglied ist ein stetiges Thema, das beide Seiten fordert. „Da hier die Fähigkeit zur Selbstbestimmung als Produkt vielfältiger sozialer Bezüge und Einbindungen verstanden wird, ist dieses Konzept auch offener für Hilfeleistungen, die die Netzwerke von Familien und Freundschaften der betreffenden Person (...) mit berücksichtigen“ (Evers: 1999, S. 576).

Diese Herangehensweise - des gemeinwesenorientierten Empowerments - nimmt vehement auch Angehörige u. a. Familienmitglieder in der Pflicht, sich zu beteiligen, mit zu entscheiden und mit zu verantworten. Die Umsetzung gestaltet sich dabei nicht immer spannungsfrei, denn es entstehen vermehrt „Verhandlungsdreiecke“ aus Professionellen, Betroffenen und Angehörigen, die allesamt ihre Rechte vertreten wissen möchten.

Tragende Pfeiler dieses Konzepts sind Werte und Orientierungen, die „für den gemeinschaftlichen Rückhalt eine ‚dichte Moral‘ schaffen“ und die es – gemeinschaftlich, aber auch für den Einzelnen - zu definieren gilt. Diese Werte können naturgemäß nicht neutral sein, denn sie fordern Einmischung und Meinungsbildung und somit auch professionelle Intervention. Dadurch werden auch die Kritikpunkte des kommunitären Leitbildes hervorgehoben: Die einerseits unterstützenden und andererseits bindenden Netzwerkkonfigurationen erschweren einen sozialen Rückzug - auch aus der moralischen Verantwortung.

Doch für viele alte Menschen sind nicht nur Schutz und Fürsorge wichtig, sondern auch eine befähigende Unterstützung notwendig. Wo individuelle Rechte eingefordert werden und sich gegen Gleichmacherei gewehrt wird, sind andererseits sehr wohl auch kommunitaristische Bezüge gefragt. Die Ausrichtung am Gemeinwesen darf nicht eindimensional betrachtet werden, vielmehr muss sie so ausbalanciert werden, dass sie die Situation des Einzelnen miteinbezieht.

Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang die Herstellung von „Komplementaritäten und Synergien, die geeignet sind, auf beiden Seiten, bei Professionellen und Laien, Potenziale zu erkennen und zu wecken“ (Evers:1999, S. 578). Beispielsweise entscheidet die Kompetenz der Betroffenen mit darüber, wie erfolgreich oder auch wie aufwändig Dienste und Hilfen sein können. Modernisierung, Steigerung der Produktivität und Effizienz – auch in Zeiten von Kostendämpfung - müssen sich daher noch viel mehr am Adressaten, seinen Bedarfen und seinem Umfeld und dessen Potentialen ausrichten, um verbesserte Qualitäten zu schaffen. Beispielsweise werden in der Altenpflege produktive Potentiale vergeben bzw. nicht erschlossen, die durch „Nicht-Interaktion“ mit den Angehörigen entstehen (Evers: 1999, S. 578). Die Steigerung von Versorgungseffizienz kann nur über den Adressaten und seine Unterstützer selbst entstehen, die „als Ko-Operatoren und Ko-Produzenten“ (ebd.) fungieren, denn sie entscheiden mit darüber wie erfolgreich ein Dienst/eine Leistung ist. „Das macht Aushandlungsprozesse zwischen kontroversen Imperativen und Orientierungen für Dienste und Hilfen so wichtig, aber auch schwierig“ (Evers: 1999, S. 577).

Für die Professionellen in sozialen und gesundheitlichen Arbeitsfeldern heisst dies, dass sie sich zunächst fachlich beweisen müssen, denn „so vielfältig wie die Zielgruppen sind, so vielfältig ist heute auch das Spektrum der Inhalte und Methoden Sozialer Altenarbeit“



(Zeman: 1998, S. 313) und auch pflegerischer Dienstleistungen. Daneben sind managerielle Professionalität und eine geschickte Positionierung am Markt unbedingte Voraussetzungen für eine erfolgreiche Arbeit. Die Balance zwischen beiden Anforderungen zu halten und darüber hinaus auch „lebensweltliche Restbestände“ (Evers: 1999, S. 577) zu sichern, wird sicherlich zu einer schweren Aufgabe der Neuzeit.

Die Leitbilddebatte kann sich diesbezüglich lediglich an gesellschaftlichen Werten und Normen (immer wieder neu) ausrichten, denn gefordert „sind (...) komplexe Leitbilder, die einen Pluralismus an Orientierungen in sich vereinigen“ (Evers: 1999, S. 577). Die Bereitschaft zur Reflexivität in allen professionellen Handlungsfeldern wird dabei zu einem überlebenswichtigen Handwerkszeug.

Daran angelehnt können „grundsätzliche *Orientierungen und Strategien* formuliert (werden), die als Charakteristika einer ‚zeitgemäßen Altenarbeit‘ fungieren“ (Backes; Clemens: 2003, S. 314f). Sie leiten sich aus dem bestehenden gerontologischen Wissen ab und beanspruchen daher Geltung für den „gesamten Bereich der Altenarbeit“ (ebd.). Durch die Hervorhebung dieser Orientierungen sollen in der Gesellschaft Lernprozesse angestoßen werden, die unterschiedlichen Bedürfnisse der Generationen wahrzunehmen, diese zu sichern, weiterzuentwickeln und human im Sinne des gesellschaftlichen Interesses zu realisieren. Dazu können auch die Kompetenzen von älteren Menschen genutzt werden (vgl. Backes; Clemens: 2003, S. 315).

### **Die Produktivität des Alters**

Diese Begrifflichkeit erzeugt in ihrer Sinnhaftigkeit zunächst einmal eine ökonomische Assoziation, der nicht ganz von der Hand zu weisen ist, denn als zielgruppenbezogene Orientierung bietet sich hierdurch ein Instrument an, mit dem „ein Bezug zur alltäglichen Realität und zu neuen Lebensentwürfen im Alter hergestellt wird“ (Backes; Clemens: 2003, S. 312). Die Begründungen hierfür liegen in den Auswirkungen des Strukturwandels des Alters und dessen neuen gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen sowie in der Möglichkeit der Nutzung von Potentialen verschiedener Altersgruppen. Dabei kann die Tendenz zur Leistungs-bewertung nicht vermieden werden – andererseits vermittelt die Gesellschaft älteren Menschen darüber auch das Gefühl, noch gebraucht zu werden. „Dennoch kann die arbeitsorientierte Einengung des Produktivitätsbegriffs im Hinblick auf das Alter nicht

befriedigen. Denn darin spiegelt sich nur eine Übertragung jener Werte auf das Alter wider, die das junge und mittlere Erwachsenenalter bestimmt haben (...). Produktives Leben im Alter muss daher mehr sein als Arbeit oder irgendein Ersatz dafür“ (Knopf: 1997, S. 12).

Aus der Sicht älterer Menschen gilt es zunächst, sich in die nachberufliche Lebensphase einzufinden, sich in ihr zu orientieren. Dann ist zu überlegen, wie die zukünftige Lebensführung – und gestaltung aussehen kann, welche sozialen Räume und Möglichkeiten erschlossen werden können. „Es handelt sich in gewisser Weise um eine Sensibilisierung für das Unbekannte, um den Aufbau einer besonderen inneren Aufnahmebereitschaft, um eine Öffnung hin zur sozialen Umwelt. Vielen Älteren erlaubt erst das Einlassen auf im nachberuflichen Leben mögliche Erfahrungen von Muße die Entwicklung neuer Wahrnehmungsweisen“ (ebd.). Daran gebunden sind auch reflexive Verhaltensweisen, die für sich selbst neu, aber auch in ihren Bezügen zu anderen Menschen tragfähig erscheinen. So gilt es beispielsweise die widersprüchlichen gesellschaftlichen Signale deuten zu müssen im Arbeitsleben nicht mehr gebraucht zu werden, dafür beispielsweise als Bürgerschaftlich engagierte Person im Pflegesektor umso dringender.

Produktivität im Alter impliziert somit „die Mobilisierung von Kompetenzen und Nutzung der Ressourcen in Formen aktiver Umweltauseinandersetzung (...), die über Sinnproduktion und Gemeinschaftsbildung das soziale Leben Älterer gestalten“ (ebd.). Der ältere Mensch steht dabei im Mittelpunkt und wird dabei unterstützt, eigene Bedürfnisse zu artikulieren, Initiativen zu entwickeln und Ideen zu verwirklichen. Doch ist unter der Begrifflichkeit „nicht primär gesellschaftliche oder ökonomische Wertschöpfung zu verstehen, sondern (...) das ergebnisorientierte Tätigwerden, welches – in einer Wechselwirkung – die handelnde Person und ihre Umwelt verändert und so als Bestätigung für soziale Identität und Integration dienen kann“ (Zeman; Schmidt: 2001, S. 264f).

Je nach dem welche Ressourcen und Kompetenzen in den Prozess eingebracht werden (können), liegt der Schwerpunkt eher auf dem Prozess oder auf dem Ergebnis. Es geht dabei immer um ein „Sowohl-als-auch“ – weniger um ein „Entweder-oder“ (ebd.). Dieses Austaxieren macht eine besondere Sensibilität für den Prozess notwendig, denn „inhaltlich unfokussierte Betriebsamkeit, Scheinaktivität als eine Form des inhaltsleeren ‚Zeit-Totschlagens‘ erfüllt denn Anspruch bewusster Produktivität im Alter nicht“ (Zeman; Schmidt: 2001, S. 264f). Dagegen wollen produktive Menschen, aber auch Gruppen und

Organisationen, die sich aktiv einsetzen, Resonanz erfahren und zwar eine Resonanz, die ihre tatsächlichen Leistungen würdigt. Darüber hinaus ist es wichtig, die Selbststeuerung älterer Menschen zu erhalten, denn alle Intentionen, die auf die Nutzung der Produktivität im Alter ausgerichtet sind „müssen den Eigensinn und –nutz der älteren Menschen als Größe berücksichtigen“ (Knopf: 1997, S. 20).

Professionell Tätige in der Altenhilfe sind dabei sowohl für den älteren Menschen selbst als auch für den Umfeld- und Gemeinwesenbezug zuständig. Ihre Arbeit kann hier beratend, bildend, fördernd oder freizeitpädagogisch angelegt sein. Darüber hinaus kann sie zugehend auch „lebensweltliche Kommunikationsbezüge herstellen. Diese konzeptionellen Änderungen verstärken noch die anregende, motivierende, unterstützende und stabilisierende Funktion“ (Schmidt: 1999. In: Backes; Clemens: 2003, S. 313). Die wichtigsten Bausteine bleiben jedoch die Initiierung von sozialen Kontakten durch Öffentlichkeitsarbeit, den Aufbau von Gruppen und Netzwerken, Selbsthilfeprojekten und ehrenamtlichen Diensten, aber auch die Förderung inter- und intragenerativer Projekte und die Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung und -gestaltung. Aus diesen vielfältigen und komplexen Aufgabenstellungen ist bereits ersichtlich, dass eine starke Affinität zum Empowermentansatz besteht, dessen Umsetzung mit der Produktivität des Alters offenbar gut korrespondiert.

### **Die Normalität des Alters**

basiert auf der Grundannahme, dass die Errungenschaften und Bedingungen des täglichen Lebens von allen Menschen genutzt werden können (vgl. Thimm: 2001, S. 19fff). Bengt Nirje hat in der 70er Jahren (für die Behindertenhilfe) acht Folgerungen aus dieser Definition gezogen: ein normaler Tagesablauf, die Trennung von Lebensbereichen, ein normaler Jahresrhythmus, ein normaler Lebenslauf, die Respektierung von Bedürfnissen, angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern, normale wirtschaftliche und institutionelle Standards (ebd.). Wohlgermerkt soll hier nicht der Mensch „normalisiert“ werden, sondern die Umgebungsvariablen sollen auf ein Niveau gebracht werden, das dem der Gesamtbevölkerung entspricht, mit dem Ziel, dass sich der Einzelne an gesellschaftlichen Prozessen beteiligen kann.

Der Abbau von traditionellen Institutionsformen und der Ausbau ambulanter und gemeinwesenorientierter Angebote war nur eine Folge aus diesen Forderungen, denn

Normalisierungen *vollzieht* sich als Prozess und setzt sich diesbezüglich auf verschiedenen Ebenen des gesellschaftlichen Lebens durch.

In diesem Sinne hat sich der Leitgedanke „Normalität“ auch in der Altenhilfe verbreitet. Beispielsweise formuliert das KDA für das Wohnen in Hausgemeinschaften entlang des Normalitätsprinzips die fünf Qualitätskriterien: Selbstständigkeit, Privatheit, Vertrautheit, Geborgenheit und Eigenverantwortlichkeit und formuliert weiterhin dazu: „Viele pflegerische Probleme werden dadurch gemildert oder treten u.U. gar nicht auf, so beispielsweise Tag/Nacht-Umkehr, Inkontinenz, Unruhe, Angst, Depression und Desorientiertheit“ (KDA: 2001, S. II/19). Beispielsweise verbessert ein barrierefreies Umfeld potentiell die Bewegungs- und Kontaktmöglichkeiten des alten Menschen. Ebenso werden durch den Bereich „Privatheit“ Gefühle von Sicherheit, Geborgenheit und Eigensinn unterstützt, die den Bewohnern auch den Freiraum geben, selbst entscheiden zu können, ob, wann und mit wem sie in Kontakt treten möchten. Eine zentrale Rolle im Normalisierungskonzept nimmt der Bereich der Vertrautheit ein. Insbesondere für Menschen mit Demenz bieten „vertraute Möbel, Gerüche und andere Sinneswahrnehmungen (...) wichtige Orientierungspunkte. Verloren gegangene Alltagskompetenzen werden geweckt, Erinnerungen wachgerufen und damit Wohlbefinden ausgelöst“ (KDA: 2001, S. II/22). Allen Bemühungen ist gemein, ein möglichst hohes Maß an Zufriedenheit bei Bewohnern, Angehörigen und professionell Tätigen herbeiführen zu wollen.

### **Die Autonomieorientierung**

beschreibt eine Sichtweise, die die einzelnen Menschen in den Mittelpunkt stellt: er ist der mündig, kompetent, bestimmt über sein Leben selbst und verantwortet auch seine Handlungen. Unterstützung erfährt der Einzelne dort, wo er sie anfordert oder benötigt. Die Balance zwischen Intervention und Selbstverantwortung muss daher immer wieder neu austariert werden: „Zwar muss in Situationen, in denen reduzierte Artikulations- und Dialogfähigkeit mit Risiken der Selbstgefährdung einhergeht ‚fürsorgliche Autorität‘ einsetzen, nie jedoch wird dadurch die Bedeutung der Selbstbestimmung grundsätzlich suspendiert“ (Zeman; Schmidt: 2001, S. 262). Darüber hinaus ist Autonomie nicht ein neues Konzept des „laisser-faire“, sondern bedingt die Unterstützung und Förderung des Einzelnen im Sinne eines personenzentrierten Empowermentprozesses und ist deshalb als aktive Intervention zu betrachten.

### **Die Kompetenzorientierung**

bildet eine Handlungsgrundlage für die Soziale Arbeit mit älteren Menschen. Sie ist gleichzeitig „Anknüpfungspunkt und Ziel. Die Förderung von Kompetenz kann bei alten Menschen wie bei ihrer Umwelt ansetzen“ (Backes; Clemens: 2003, S. 315). Der Erhalt von Kompetenzen und der Ausbau von vorhandenen Ressourcen gilt als Grundlage eines möglichst selbstständigen Lebens im Alter. „Gemeint ist damit nicht eine, nach ‚objektivem‘ Maßstab zu bewertende, festgeschriebene Ausstattung einer Person mit bestimmten Eigenschaften, sondern die Fähigkeit, persönliche Ressourcen in die Umwelt einzubringen und umgekehrt, Ressourcen aus der Umwelt für sich zu erschließen. Kompetenzförderung kann folglich auf beiden Seiten dieses Transaktionsprozesses ansetzen: Im Mittelpunkt steht die gelingende Wechselwirkung“ (Zeman; Schmidt: 2001, S. 263). Ein entscheidender Punkt dabei ist die Ausübung der Kontrolle über das eigene Handeln, die durch die eigene Überzeugung gesteuert wird. Dieses Bewusstsein ermöglicht die Erschließung von weiteren Ressourcen und erleichtert die Auseinandersetzung mit Belastungen und Problemen. Soziale Arbeit kann bei der Suche nach neuen Potentialen und Optionen unterstützend wirken.

### **Die Biografieorientierung**

ist eine wichtige Strategie, die den Zugang zum Verständnis des alten Menschen und seiner Geschichte liefert. „An Biografien anschließend findet Altenarbeit häufig Anknüpfungspunkte für neue Perspektiven und Entwicklungen“ (Backes; Clemens: 2003, S. 315). Diese bilden die Basis für das Verständnis um den alten Menschen und seine Bedürfnisse, Probleme, Ängste, aber auch Gewohnheiten und Glaubenssätze, die möglicherweise in den verschiedenen Phasen des Lebens variiert haben. Das „Konzept der Lebensbegleitung“ bietet eine Möglichkeit, diesen Anforderungen gerecht zu werden, denn es „richtet das Augenmerk auf Verläufe inklusive Statuspassagen der Altersphase, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedliche Formen der Unterstützung, Hilfe, Begleitung erfordern können“ (Otto; Schweppe: 1996, S. 56). Dabei stellt es „lebenslaufbegleitende Optionen von Maßnahmen bereit, auf die je nach Lebenssituation und sich unterschiedlich entwickelnden Befindlichkeiten und Bedarfslagen zurückgegriffen werden kann“ (ebd.).

Dabei ermöglicht die Lebenslaufbegleitung dem älteren Menschen selbst eine Art „Daseinsorientierung“ (Backes; Clemens: 2003, S. 315f) und Selbstvergewisserung des eigenen Standortes in seiner derzeitigen Situation. Dieser reflexive Rückblick auf die

Ereignisse des Lebens eröffnet dem Einzelnen gleichzeitig die Möglichkeit, noch laufende Prozesse, Beziehungen oder Erfahrungen zu hinterfragen, abzuschließen oder neue Ziele zu finden. „Eine solche Wertsuche kann sich auch auf das schöpferische Potential des eigenen Lebens richten. Findet ein Vorausplanen statt, wird das eigentliche Thema nicht das Altern, sondern Lebensführung und Entfaltung sein. Altern erscheint dann als der bedingende, nicht als der zentrale Lebensprozess“ (Rosenmayr; Kolland: 1992, S. 70).

### **Die Lebensweltorientierung**

gilt als handlungsleitende „Überschrift“ in der Altenhilfe, die die o. g. Strategien und Vorgehensweisen unter sich versammelt. Sie impliziert „ein Aufgreifen des Alltags- und Orientierungswissens der Menschen, um an ihren Plänen, an ihren Selbst- und Altersbildern anknüpfen zu können. Wichtig ist, dass die angestrebten Aktivitäten im Einklang stehen mit den Interpretationen der Menschen, was für sie sinnvoll und relevant ist und worin sich die Normalität ihrer Lebenssituation ausdrückt“ (Zeman; Schmidt: 2001, S. 262f). Durch das Kriterium des Lebensweltbezugs kommt eine Haltung des Respekts und der Anerkennung vor dem einzelnen Menschen, seinen Bedürfnissen und seinen Lebenserfahrungen zum Ausdruck. Über den Dialog mit dem älteren Menschen wird eine Annäherung/ein Zugang zu seiner Lebenswelt geschaffen. Diese interaktive Struktur dient vor allem dazu, die Bedarfe, d.h. ihre Relevanz-Kriterien zu erkennen, um passgenaue Leistungen und Angebote bereitstellen zu können. Hinsichtlich dieser Anforderung wird sich die Altenhilfe zukünftig mehr „auf vermittelnde, koordinierende, ressourcenerschliessende und initiierende Aufgaben konzentrieren.

Die Entwicklung beruflicher Kompetenz ist dabei an den lebensweltlichen Bedingungen älterer Menschen, ihren Ressourcen und neuen Lebensentwürfen im Alter zu orientieren“ (Backes; Clemens: 2003, S. 316). Dabei geht es darum, in den einzelnen älteren Menschen Motivationen, Bereitschaften und ihre Sinnhaftigkeit für Aktivitäten zu erzeugen, zu ermitteln oder zu rekonstruieren. „Befriedigung ist dann eher zu erwarten, wenn Ansatzpunkte und Bereitschaft von früher vorhanden sind, bei Aktivitäten also, die in langen Prozessen im Lebenslauf grundgelegt wurden“ (Rosenmayr; Kolland: 1992, S. 70) und über die Befriedigung/Zufriedenheit erfahren wird.

Der Bezug auf das Lebensweltkonzept bietet für die Einrichtungen vielfältige Möglichkeiten der Öffnung sowie der Schaffung von individuell gestalteten Orten zum Wohnen und Leben (Bsp. Im Betreuten Wohnen). Auch die Pflege steht in dieser Hinsicht in der Pflicht, den Einzelnen im Kontext seiner Bedürfnisse zu sehen. „In einem entsprechend gestalteten Pflege-Setting sind (...) (ältere Menschen) dann nicht mehr ‚Patienten‘ bzw. ‚Klienten‘, die versorgt werden müssen. Vielmehr gewinnen Pflegekonzepte an Bedeutung, mit denen ältere Menschen bei Hilfe- und Pflegebedarf in der Rolle der Suchenden nach ‚hilfreichen Arrangements‘ und nach aktiver Mitwirkung in der Produktion der Dienstleistung ‚Pflege‘ wahrgenommen werden“ (Heinemann-Knoch; Schönberger: 1999, S. 631f). Die Pflege-Modelle nach Juchli (1985) und Krohwinkel (1993) haben erste Schritte in die Richtung „bedürfnisorientierte Pflege“ unternommen, wurden jedoch zunächst krankenhauserorientiert auf die Bedarfe von akut erkrankten Menschen hin angelegt und vernachlässigten diesbezüglich, dass Menschen eigenverantwortlich leben, wohnen und ihrem gewohnten Rhythmus nachgehen wollen (ebd., S. 633). Neuere Konzepte richten ihren Fokus nun auch auf ältere, pflegebedürftige und behinderte Menschen.

Nicht zuletzt durch die Professionalisierung und Etablierung der Pflege als Wissenschaft sind die Auswirkungen dieser Entwicklungen auf das Selbstverständnis von Pflege erkennbar: Der Mensch wird in seinen Bezügen gesehen und als solcher wahrgenommen. Durch das Konzept der Lebensweltorientierung erschließen sich neue Zugänge, denn „lebensweltorientierte Pflege versteht sich als eine Pflege, die die gesamten Lebens- und Handlungsvollzüge sowie die Belange von Hilfe- und Pflegebedürftigen in ihrer Vielfalt unterstützt und sich nicht auf die medizinisch-somatisch notwendige Pflege beschränkt (Heinemann-Knoch; Schönberger: 1999, S. 634). In diesem Sinne ist Pflege immer auch kontextorientiert.

Dieser Zusammenhang erschließt sich für viele Bewohner von Heimen durch den Alltag: „So verstanden bilden stationäre Einrichtung eine besondere Lebenswelt für die dort Wohnenden; sie konstituiert sich durch spezifische strukturelle Elemente und den dort gelebten Alltag in seiner Durchdringung mit der Arbeitswelt der dort pflegenden Fachkräfte ganz anders als die häusliche Lebenswelt“ (Heinemann-Knoch; Schönberger, S. 634). In diesem Spannungsfeld zwischen beruflichen Anforderungen und den Bedürfnissen der Heimbewohner, sollte die lebensweltbezogene Maxime für die dort arbeitenden Menschen heißen: der reibungslose Ablauf des Heimalltags hat sich den Belangen der Bewohner auszurichten – nicht umgekehrt.

Dazu sind insbesondere verlässliche Milieus notwendig, in denen Erfahrungen, Kontakte und Kommunikation möglich werden und die durch den stetigen Dialog zwischen den professionell Tätigen und dem alten Menschen und seinem Umfeld belebt werden. Die Befähigung und Unterstützung älterer Menschen, die Potentiale zu erkennen und zu erschließen, Individualität und Eigensinn<sup>49</sup> zuzulassen, aber auch Barrieren und Hemmnisse abzubauen und psychosoziale Milieus zu gestalten, in denen Menschen sich auch in der letzten Phase ihres Lebens sicher und wohl fühlen, ist Aufgabe einer lebensweltorientierten Altenhilfe.

### **3.5. Der Personzentrierte Ansatz in der Altenhilfe**

Weltweit ist der personzentrierte Ansatz mit dem Namen Carl Rogers (1902 – 1987) verknüpft, dem Begründer der klientenzentrierten Psychotherapie. Aus dieser gesprächsbasierten Therapieform entwickelte sich bald mehr, denn Rogers suchte auch nach praktischen Anwendungsmöglichkeiten. Als bald prägte er den Begriff „person centered approach“, der Eingang in verschiedene Arbeitsfelder der sozialen und pflegerischen Arbeit erlangte (vgl. Rogers: 1972; 2004) und der viel eher als eine Haltung denn als ein methodischer Ansatz zu bezeichnen ist.

Die Grundlage des Roger'schen Ansatzes bildet ein humanistisches Menschenbild, das von der Verschiedenartigkeit des Menschen und seiner Persönlichkeit ausgeht, denn „niemals sind sich zwei Personen gleich, auch nicht zwei mit demselben Krankheitsbild, den gleichen Altersbeschwerden (...). Dieser individuellen Verschiedenartigkeit entsprechen vielfältige und unterschiedliche Weisen, mit Einschränkungen umzugehen und den Alltag zu meistern. Die humanistische Sichtweise geht von der Annahme aus, dass jeder Mensch grundsätzlich darauf ausgerichtet ist, sich weiterzuentwickeln und seine persönlichen Ressourcen zu nutzen, um die Realität bewältigen zu können. Diese Bestrebungen können aus verschiedenen Gründen – Entwicklungsstörungen, traumatische Erfahrungen, mangelnde Förderung, Krankheit, altersbedingte Beeinträchtigungen, Desorientierung etc. – gestört oder eingeschränkt sein. Doch selbst dann gilt: *Nicht wir wissen, was für andere Menschen gut ist, sondern sie selber* – selbst wenn ihr Zugang zu diesem Wissen verschüttet ist“ (Pörtner: 2005, S. 30f). Diesen Zugang zu entdecken bzw. freizulegen und dafür zu sorgen, dass Kompetenzen erhalten/gefördert werden, ist Aufgabe der personzentrierten Begleitung.

---

<sup>49</sup> Vgl. Ein Bett auf dem Boden. In: KDA: 2001, S. III/27.



Insbesondere sind dabei drei Faktoren von Bedeutung, die gewissermaßen einen inneren und äußeren Bezugsrahmen für den Umgang mit dem Menschen bilden:

- empathisches Verstehen und Erleben des anderen Menschen,
- wertschätzende Akzeptanz des Menschen in seiner derzeitigen Lebenssituation und
- kongruente (oder auch authentische) Professionalität im Kontext klar definierter und transparenter Organisationsstrukturen.

In der Arbeit mit den Betroffenen ist es wichtig, zu verstehen (nicht zu interpretieren), was sie bewegt und *mit* ihnen gemeinsam nach Lösungen zu suchen. In diesem Zusammenhang erhält auch das Stichwort Partizipation eine neue Bedeutung. „Dabei muss man sich stets bewusst sein: Betreuung heißt nicht *machen*, sondern *ermöglichen*“ (Pörtner: 2005, S. 39). Die fachliche Kompetenz drückt sich in dieser Art von Arbeit nicht über die eigenen Vorstellungen und Erfahrungen aus, sondern durch die Fähigkeit, sich in den anderen Menschen hineinversetzen zu können: „Es geht um Verstehen, nicht um Erklären, das ist ein wichtiger Unterschied. Verstehen heißt versuchen, die andere Person von innen heraus, in ihrer ganz persönlichen Art des Erlebens, Denkens und Fühlens zu erfassen“ (Pörtner: 2005, S. 39). Oder anders formuliert: Es geht um die Wahrnehmung und Wahrung der Interessen älterer Menschen unter Berücksichtigung ihrer eigenen Ressourcen und unter Achtung ihrer Gefühle. Der personenzentrierte Umgang verdeutlicht sich hier einmal mehr in der Interaktion und in der inneren Haltung der fachlich Handelnden.

Für den Umgang mit älteren Menschen ergeben sich aus dieser Ansicht handlungsleitende Grundsätze, die ihrerseits maßgeblich die Qualität der Betreuung beeinflussen:

1. Sicherheit und Vertrauen schaffen durch organisatorische und strukturelle Klarheit im Umgang und im Umfeld,
2. Das Erleben als Schlüssel zum Verstehen und Handeln begreifen,
3. Die Möglichkeiten nutzen, die in der gegenwärtigen Lebenssituation da sind und als Ressourcen verstehen,
4. Entwicklung als lebenslangen Prozess verstehen, aus der sich immer wieder neue Ziele/Wege/Perspektiven rekrutieren,
5. Die Selbstverantwortung des Einzelnen stärken,
6. Den biografischen Kontext des Einzelnen mit einbeziehen und
7. Die Realität des Einzelnen neben meiner eigenen existieren lassen (vgl. Pörtner: 2005, S. 41 –56).

Diese Leitsätze verdeutlichen, was das KDA 2001 in seinem Qualitätshandbuch Demenz wie folgt formuliert hat: „Stelle die Person in den Mittelpunkt deines Tuns. Öffne Türen zum Klienten und vermeide türschliessendes Verhalten bei dir selbst und bei den anderen“ (KDA: 2001, S. III,1). Allerdings ist dieser Anspruch gerade in der Arbeit mit gerontopsychiatrisch veränderten älteren Menschen nur zu verwirklichen, wenn professionell Handelnde sich ihres eigenen Tuns bewusst sind und bereit sind, sich den Veränderungen/Eigenheiten ihrer Bewohner/Besucher auch reflexiv anzupassen.

Das Zusammenspiel von fachlicher und persönlicher Kompetenz ist in der alltäglichen Arbeit nicht nur kräftezehrend, sondern erfordert den Einsatz der ganzen Person. Somit kommt dem privaten Bereich des Mitarbeiters eine ebenso entscheidende Bedeutung zu: „Da sollen die eigenen Bedürfnisse zum Zuge kommen, muss Auftanken und Ausgleich möglich sein – körperlich und seelisch. Die Voraussetzungen dafür sind individuell sehr unterschiedlich. Und es liegt in der Verantwortung des Einzelnen, diesen Bereich zu gestalten“ (Pörtner: 2005, S. 86). Die eigenen Grenzen und die des anderen Menschen zu erkennen und anzuerkennen ist wesentlich – nur so können die übergeordneten Ziele einer personenzentrierten Haltung erreicht werden.

### **Der personenzentrierte Ansatz nach Tom Kitwood**

Empathisch arbeitende Mitarbeiter werden in der Interaktion mit den älteren Menschen zu einem Teil ihrer Welt. Insbesondere im Umgang mit gerontopsychiatrisch veränderten Menschen agieren sie manchmal in „*ver-rückten*“ Situationen, die die Auswirkungen der Erkrankung anzeigen. „Hat man dies verstanden, kann man anfangen, mit dem eigenen Verhalten und den gemeinsamen Situationen zu experimentieren“ (KDA: 2001, S. III/2).

Die Bradford Dementia Group<sup>50</sup> hat sich mit diesen Situationen beschäftigt und nach einem Verfahren „zur Evaluation und Entwicklung der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz“ (Müller-Hergl. In: Innes: 2004, S. 9) gesucht und ist dabei der Fragestellung nachgegangen, welchen Wert das Person-sein / das Mensch-sein hat - insbesondere dann, wenn der Geist die Person verlässt. Diese Frage ist für alle Menschen elementar, denn „Demenz geht uns an den Verstand (...). (Die) Kontrolle zu verlieren und schicksalhaft

---

<sup>50</sup> Tom Kitwood war Psychologie Dozent an der Universität Bradford und Begründer sowie Leiter der Dementia Bradford Group.

abhängig zu werden, muss (...) auf jeden Fall vermieden werden“ (Müller-Hergl in Kitwood: 2005, S. 9).

Häufig wird die Meinung vertreten, dass Menschen, die demenziell erkranken, ihre Persönlichkeit – ihr Person-sein – verlieren. Sie verhalten sich aggressiv, ängstlich, wütend... Kitwood interpretiert diese Verhaltensweisen vielmehr als Ausdruck von Abwehr, die die Angst der Person in der jeweiligen Situation verdeutlicht und spricht dabei von der Kontinuität der Persönlichkeit. Er begründet seine Annahme dadurch, dass in bestimmten Situationen einige Merkmale einer Person eben deutlicher in Erscheinung treten als in „gesunden Zeiten“ des Lebens. Sie sind deshalb nicht als Verluste zu bezeichnen, sondern eher als Indikatoren für die Bedürfnisse einer Person zu bewerten. Nach den Beobachtungen der Bradford Dementia Group gilt dies insbesondere für Menschen mit schwerer Demenz. Doch durch geeignete Angebote kann die Persönlichkeit des erkrankten Menschen wieder zum ‚Klingen‘ gebracht und in den Mittelpunkt des gerückt werden (KDA: 2001, S. III/3). Es geht vor allem darum, Ressourcen zu erschließen, die vorhandenen Fähigkeiten zu nutzen und den Einzelnen darin zu unterstützen, dass er seine sozialen Bezüge aufrecht erhalten kann. Dabei ist die Haltung der Pflegenden maßgeblich und dass sie verstehen, „dass alles, was ein Mensch mit Demenz tut oder sagt, einen (...) Sinn hat“ (KDA: 2001, S. III/3).

Im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen geht es daher vorrangig um Verständnis, nicht etwa um Sanktionen, Ignoranz, Hinnahme oder gar das Konditionieren von Verhaltensweisen. Es wird als wichtig erachtet, die Verhaltensweisen des demenziell erkrankten Menschen verstehen zu lernen, in dem die einzelnen Bedürfnisse erkannt werden können. „Die von Kitwood als falsifizierbar ausgewiesene Hypothese besagt, dass eine konstruktive, positive Arbeit an und mit Menschen mit Demenz ihr Personsein (...) erhalten und bewahren kann. Die Bedürfnisse verändern sich und werden kindhafter, wenn auch nicht kindlich. So wie Eltern ein Kind zur Person entwickeln lassen, so können Angehörige und Pflegende durch ein therapeutisch - empathisches ‚sich einlassen‘ auf diese Bedürfnisse den Menschen immer wieder zu der Erfahrung verhelfen, in einer Ich-Du Begegnung Halt, Trost, Bergung und damit Wohlbefinden zu erfahren. Eben dadurch werden sie in ihrem Subjektsein genährt“ (Müller-Hergl in Kitwood: 2005, S. 10), denn „so viele praktische Probleme haben ihren Ursprung im mangelhaften Verstehen des Erlebens von Menschen mit Demenz“ (Müller-Hergl in: Innes: 2004, S. 71). Allerdings ist der Einsatz eines funktional ausgerichteten operativen Instruments, das das Wohlbefinden eines Menschen und auch die

Qualität der Begleitung abbilden soll, ebenso fragwürdig wie faszinierend. Ein empirisches Instrument, das aus Tabellen, Skalen und Statistiken besteht, scheint auf den ersten Blick nicht recht in das therapeutisch-empathische Setting zu passen. Doch die Ergebnisse zeigen, dass durch den behutsamen Einsatz Aufzeichnungen möglich sind, die einerseits den status quo der Betreuung und Betreuungsqualität aufzeigen und andererseits weitere Entwicklungen anstoßen. Müller-Hergl hingegen empfiehlt, sich die Kombination aus Zweifeln und Faszination zu erhalten, denn sie hält die Kritikfähigkeit wach (ebd.).

Auf einer anderen weniger methodischen, doch ebenso empathischen Ebene setzt sich Kitwood kritisch mit dem Ansatz der Validation nach N. Feil (vgl. Feil: 1992) auseinander. Er glaubt nicht daran, dass eine demenzielle Erkrankung die Antwort auf nicht bewältigte Lebensereignisse ist und somit unweigerlich in das Stadium des Vegetierens führt, sondern sich die Person vielmehr mit den Bedingungen einer Gegenwart auseinandersetzt, die nicht mehr so ganz zu ihr passen will. Dabei kommt es zu Verhaltensweisen, die ihren derzeitigen Möglichkeiten entspricht (z. B. autostimulierende Bewegungen, Rufen, unruhiges Umherwandern, mit Kot schmieren u. a.) durch die sie versucht, auf ihre Bedürfnisse aufmerksam zu machen. Die wichtigsten Bedürfnisse älterer Menschen mit demenziellen Erkrankungen sind: Liebe, Bindung, Trost, Identität, Beschäftigung und Kontakte zu anderen Menschen. Diese jederzeit zu befriedigen, ist jedoch nicht die Intention des personenzentrierten Ansatzes, vielmehr geht es darum, sie zu erkennen und zu würdigen. „Wo das gesamte Umfeld sicher und gesund ist, sind die Teilnehmer in der Lage, mit gewissen Ausmaß an Konflikt, Herausforderung, Veränderung, Frustration, Verlust und Enttäuschung zurechtzukommen“, denn auch in dieser Hinsicht werden Menschen mit Demenz unterschätzt, weil „das Leben so oft zu für sie unmöglichen Bedingungen organisiert wurde“ (Kitwood: 2005, S. 141). Ja, man könnte auch sagen: um sie herum organisiert wurde.

Die Pflege von Menschen mit Demenz ist eine der anspruchsvollsten Aufgaben, die eine Gesellschaft zu vergeben hat (KDA: 2001, S. III/4). Diesen Auftrag als „Arbeit“ zu betrachten ist sicherlich legitim, doch greift er darin zu kurz, denn „wenn die Arbeitsbedingungen es zulassen, dass man die psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz stärker berücksichtigen und auf sie eingehen kann, dann nimmt man dies als Geschenk für sich selber mit Hause. Wenn man Menschen mit Demenz das Gefühl der Bindung geben kann oder sie tröstet und in ihrer Identität als Person bestärkt, indem man beispielsweise mit ihnen Fotoalben anschaut und sozusagen in ihre Lebenswelt, ihre Vergangenheit und Biografie

einsteigt, entspannt man sich und bekommt wieder etwas zurück“ (KDA: 2001, S. III/5). Der Umgang mit älteren Menschen trägt durch die Fokussierung auf die grundlegenden Bedürfnisse somit interaktiv auch zur eigenen Persönlichkeitsentwicklung und Reflexion bei. Im Rahmen ihrer Forschungsarbeit hat die Bradford Dementia Group insgesamt zwölf positive Interaktionen gefunden, die „Türen zum Menschen mit Demenz“ (vgl. KDA: 2001, Handbuch Demenz) öffnen können.

Ebenso wurden Verhaltensweisen gefunden, die sich eher kontraproduktiv auf den Interaktionsprozess auswirken. Kitwood spricht hier von maligner, bösartiger Sozialpsychologie, die ihre eigene autonome Dynamik entwickelt hat und die „das Personsein tief schädigt und möglicherweise sogar das körperliche Wohlbefinden untergräbt“ (Kitwood: 2005, S. 75). Doch selbst diese Verhaltensweisen der Betreuenden geschehen nicht in böser Absicht, sondern viel eher dadurch, dass sie so gelernt, immer weiter getragen und niemals hinterfragt wurden. Die Liste der malignen Verhaltensweisen enthält 10 Punkte, die im Laufe der Zeit auf 17 erweitert wurden. Beispielsweise werden dort Punkte aufgeführt wie: Infantilisieren, zur Machtlosigkeit verurteilen oder jemandem zum Objekt erklären (vgl. Kitwood: 2005, S. 75f). Einige diese Aspekte wurden in die Beobachtungs-Skala des Dementia Care Mapping Verfahrens eingefügt und konnten so auch operationalisiert werden.

Es stellte sich dabei heraus, dass die malignen Verhaltensweisen insbesondere von folgenden Faktoren abhängig sind: von Angst und Anonymität gepaart mit Desinteresse und Macht. Diese Handlungsmuster lassen sich ebenso gut auch in vielen anderen sozialen Bereichen wie der Kinder- und Jugendbetreuung oder in psychiatrischen Zusammenhängen wieder erkennen. Die Nähe zu den Ausführungen von Goffman (Stigma: 1994) und Hohmeier (Alter als Stigma: 1978) zum Begriff des „Stigmas“ scheint nicht zufällig zu sein. Die Arbeiten gewinnen in diesem Lichte eine neue Aktualität. Die Grundlage dafür bieten Stigmatisierungen, Typisierungen sowie verallgemeinernde Zuschreibungen, die sich in alltäglichen Interaktionen „begünstigend“ auswirken und den ungeschützten Einsatz von malignen Verhaltensweisen fördern. Der maligne Umgang mit Menschen, die als „nicht-zugehörig“, „außenstehend“ oder „anders“ im Vergleich mit der eigenen Lebenswelt bewertet werden, wird dabei entscheidend erleichtert.

## **Exkurs zum Begriff des Stigmas**

Goffman verwendete den Begriff Stigma in „Bezug auf eine Eigenschaft (...), die zutiefst diskreditierend ist“ (Goffman: 1994, S. 11), die jedoch erst in der Relation zu anderen Menschen ihre eigentliche, d.h. stigmatisierende Wirkung erzielt, in dem sie die Normalität des anderen – des *Normalen* (Goffman: 1994, S. 13) bestätigt. Sind zu dem gesellschaftliche Bedingungen wie beispielsweise soziale Einrichtungen vorhanden, in denen Menschen leben, die dieselben Stigmata aufweisen, so liegt es - im wörtlichen Sinne - in der Hand und an der Haltung der Normalen wie sich der Umgang gestalten lässt. Häufig sind Diskriminationen, die aus Gedankenlosigkeit geschehen, die über die Sprache transferiert werden oder die aus einem Machtgefälle heraus entstehen, doch in ihrer Wirkung eine Reduktion der Lebensqualität / -chancen der Bewohner einer Einrichtung bewirken können.

Hohmeier beschreibt in seiner Arbeit, dass das Alter an sich einer gesellschaftlichen Etikettierung unter der Prämisse der biologischen Degeneration unterliegt und dass die sozialen Faktoren bis dato in die Betrachtung der Altersphase noch zu wenig einbezogen wurden. „Es scheint gerechtfertigt, die in Bezug auf Alter und Altsein stattfindenden Definitionsprozesse als Stigmatisierungen zu bezeichnen, weil die Erklärungen in der Regel monokausal ausfallen – die Ursachen werden mehr oder weniger ausschließlich in biologischen Veränderungen gesucht -, weil die Bewertungen fast immer negativ sind – alt zu sein, gilt als unvereinbar mit zentralen gesellschaftlichen Werten – und weil die Definitionen bestimmbar ungünstige Konsequenzen für die subjektive und objektive Situation alter Menschen haben“ (Hohmeier: 1978, S. 12). So werden alte Menschen einer sozialen Gruppe zugeordnet, die nicht nur eine Generalisierung erfährt, sondern gleichsam aufgrund von weiteren Zuschreibungen pathologisiert wird. „Alter wird zu einem ‚master status‘, der (...) die gesamte Identität eines Menschen festlegt“ (ebd.). Das lange Zeit in der gerontologischen Forschung vorherrschende Defizit-Modell bestätigte diese Annahme. Die Überwindung dieser destruktiven Sichtweisen konnte nur als gesamtgesellschaftlicher Prozess und durch die Schaffung von neuen Leitbildern gelingen, die das Alter und Altsein als Teil des gesamten Lebens verstehen und auch die Potentiale des Alters anerkennen<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup> Stichworte: Produktivität des Alters, Etablierung des Bürgerschaftlichen Engagements, das erfolgreiche Altern, die Entdeckung des älteren Menschen als Konsumenten ...

## **Die Ergebnisse der Bradford Dementia Group**

Zurück zu den Ergebnissen der Bradford Dementia Group: Neben der Beobachtung der malignen Faktoren konnte festgestellt werden, dass auch die positiven Interaktionen relativ ineffektiv sind, da die Mehrzahl von ihnen nur wenige Sekunden andauern und mehrheitlich aus einem stereotypen Austausch von Floskeln bestehen wie: „’Hallo Janet, geht es dir gut?’, ‚Ja, danke’, ‚Na, ja, bald gibt es Mittagessen. Ich sehe dich dann’“ (Kitwood: 2005, S. 130). Kitwood erläutert, dass diese interaktiven Prozesse „nicht primär ein Ergebnis struktureller Unzulänglichkeiten oder schlechter personeller Ausstattung, sondern begrenzter interaktiver Fähigkeiten des Personals“ sind (Kitwood: 2005, S. 129f). Selbst in Settings, in denen weite Zeitfenster für die Interaktion mit den Bewohnern bestehen und in denen die Möglichkeiten „gestützter Interaktion“ (ebd.) gegeben wären, „ist immer noch festzustellen, dass die Interaktionen kurz und oberflächlich sind; sind die MitarbeiterInnen ihren essentiellen Pflichten nachgekommen, so neigen sie dazu, sich miteinander zu unterhalten, oder etwas ‚Praktisches’ zu tun.“ (Kitwood: 2005, S. 130). Die Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Interaktion in der Pflege liegen demnach in der Befähigung der Mitarbeiter, ein Bewusstsein für die Bedeutung der Interaktion in der Pflege zu entwickeln und diese Erkenntnis auch praktisch umsetzen zu lernen, denn „Interaktion bedeutet nicht einfach nur das Reagieren auf Signale, sondern das Erfassen von Bedeutung, die von anderen übermittelt werden. Es beinhaltet Reflexion, Antizipation, Erwartung und Kreativität“ (Kitwood: 2005, S. 130).

Durch die Forschungsarbeit kristallisierten sich schließlich 12 interaktive Muster heraus, die sich positiv auf die Befindlichkeit einer Person auswirken. Im Einzelnen handelt es sich dabei um:

1. *Anerkennen (recognition).*

Menschen mit Demenz werden als Mann/Frau direkt angesprochen, angeschaut und ihnen wird aktiv zugehört. Auch nonverbale Interaktionen gehören dazu.

2. *Verhandeln (negotiation).*

Menschen mit Demenz werden nach ihren Bedürfnissen gefragt, statt an Vermutungen angepasst. Es werden Wahl- und Entscheidungsmöglichkeiten eröffnet, die Anlass zu interaktiven Prozessen geben .

3. *Zusammenarbeiten (collaboration)*

Persönliche Pflege wird als Prozess betrachtet, der unter Beteiligung und mit möglichst weitgehender Eigeninitiative des Pflegebedürftigen stattfindet

#### 4. *Spielen (play)*

Durch Spontaneität und spielerische Aktivitäten werden Erfahrungen möglich, die den Selbstaussdruck stärken. „Ein gutes Pflegeumfeld ist eines, das diesen Fähigkeiten erlaubt zu wachsen“ (Kitwood: 2005, S. 134).

#### 5. *Timalation (timalation)*

Diese Wortkombination beinhaltet das Wort ‘timao’ (gr: ich würdige) und den Begriff Stimulation als sensorische Anregung. „Die Bedeutung dieser Art von Interaktion liegt darin, dass sie Kontakt, Sicherheit und Vergnügen bieten kann, während sie nur sehr wenig erfordert. Sie ist daher bei schwerer kognitiver Beeinträchtigung besonders wertvoll“ (Kitwood: 2005, S. 135).

#### 6. *Feiern (celebration)*

Hierbei steht die Stimmung im Mittelpunkt, von der Menschen mit Demenz genauso erfasst werden wie die Mitarbeiter und die Grenzen zwischen Betreuenden und Betreuten aufweichen – dem reinen Vergnügen halber.

#### 7. *Entspannen (relaxation)*

Entspannung ist ein Grundbedürfnis, doch viele Menschen mit Demenz entspannen besser, wenn ein anderer Mensch in der Nähe ist bzw. ein unmittelbarer Körperkontakt vorhanden ist.

#### 8. *Validation (validation)*

In der Übersetzung bedeutet der Begriff ‘stark, robust, widerstandsfähig’. „Die Erfahrung eines anderen Menschen zu würdigen, zu validieren bedeutet, die Realität und Macht dieser Erfahrung und damit ihre ‚subjektive Wirklichkeit‘ zu akzeptieren“ (Kitwood: 2005, S. 135).

#### 9. *Halten (holding)*

Im psychologischen Sinne ist gemeint: einen schützenden Raum bieten, in dem auch schmerzliche, wütende, konfliktbeladene und verborgene Emotionen und Traumata sicher sind.

#### 10. *Erleichtern (facilitation)*

Diese Interaktion steht in direktem Zusammenhang mit dem ‚Zusammenarbeiten‘, denn seitens der Pflegenden werden Handlungen übernommen, wenn „der Handlungssinn der Person ernsthaft erschöpft wurde oder wenn eine Person nicht mehr weiß, was sie tun soll“ (Kitwood: 2005, S. 136).

#### 11. *Schöpferisch sein (creation)*



Hierbei bietet der Mensch mit Demenz spontan seine Fähigkeiten an: er beginnt zu singen, zu tanzen oder zitiert ein Gedicht...

#### 12. *Geben (giving)*

Im Prozess des Geben und Nehmens tritt der Mensch mit Demenz mit dem anderen in Kontakt und bringt dabei seine Gefühle zum Ausdruck.

Diese Interaktionen stärken allesamt die Integrität der Person, „in dem sie ein positives Gefühl verstärkt, eine Fähigkeit nährt oder dabei hilft, eine seelische Wunde zu heilen“ (Kitwood: 2005, S. 133). Um dieses Ziel zu erreichen sind zwei große Bereiche und viele einzelne Faktoren miteinander abzustimmen: Zum einen geht es darum, ein Milieu bereit zu stellen, das persönliche und psychische Entwicklungen zulässt – sowohl für die Mitarbeiter als auch für die Pflegebedürftigen und zum anderen geht es um die stetige Verbesserung und den Ausbau der Qualität der Pflege, des Settings und der Organisation inklusive der Aufgabe kultureller Transformation. Die Komplexität der Thematik hat Kitwood in seinem Werk „Demenz“ eingehend dargelegt – an dieser Stelle sei darauf verwiesen.

#### **Wie wird die Dementia-Care-Mapping Methode angewendet?**

Die Methode wird in sieben Schritten durchgeführt. Kern des Prozesses ist eine strukturierte Beobachtung, in der die Interaktionen in der Pflege während eines Tages abgebildet werden. Dabei entsteht eine landkartenartige Abbildung, die zeigt, womit demenziell erkrankte Menschen ihre Tage verbringen. „Das umfangreiche Datenmaterial gibt Auskunft über den Grad des Wohlbefindens und der Zufriedenheit der Bewohner/innen mit Demenz“ (Strunk-Richter: 2002, S. 662). Zur Beobachtung, die von einem sog. „Mapper“<sup>52</sup> durchgeführt wird, wird ein Instrument eingesetzt, das 24 Verhaltenskategorien enthält. Diese sind aufgeteilt in Verhaltensweisen, die das Person-sein stärken oder das Person-sein schwächen<sup>53</sup>. Jede Kategorie ist durch einen Buchstaben gekennzeichnet, dem zusätzlich ein Befindlichkeitswert zugeordnet ist. Dieser sog. „Well-or-Ill-being-Wert“ kann sowohl einzeln als auch zusammen mit dem Verhaltenswert ausgewertet werden und hat so gesehen eine besonders hohe

---

<sup>52</sup> Die Universität Witten-Herdecke und des Meinwerk-Institut in Paderborn bieten Schulungs- und Ausbildungskurse zum Verfahren DCM an (s. a. <http://www.dcm-deutschland.de> )

<sup>53</sup> Ausführliche Informationen und die Datenblätter sind einsehbar über die Privatuniversität Witten-Herdecke unter: <http://wga.dmz.uni-wh.de/orga/html/default/sjot-6spfv2.de.html>

Bedeutung für die Auswertung<sup>54</sup>. Alle 5 Minuten wird – in einem vorher festgelegten Beobachtungs-zeitraum („Mapping“ genannt) eine Notiz gemacht, die in eine Gesamtauswertung mündet. Der Bericht zeigt sowohl positive als auch negative einwirkende Faktoren pflegerischen Handelns. Er bildet das reale und situative Erleben, die Zufriedenheit, das Wohlbefinden, die Teilhabe und die Beschäftigung der Person ab. „Auf diese Weise zeigen sich das in der Pflege gelebte Menschenbild sowie die damit verbundene Einstellung und Haltung. Wird den Menschen mit Respekt und Achtung begegnet? Oder werden sie eher als Objekte betrachtet und behandelt?“ (Strunk-Richter: 2008, S. 42).

Diese Ergebnisse werden den Mitarbeitern vorgestellt und mit ihnen diskutiert. Ziel ist es, einen Handlungsplan für den Menschen mit Demenz zu erstellen, der dazu führt, eine Verbesserung der Lebensqualität im direkten Umfeld des Bewohners zu bewirken. Darüber hinaus gilt es interaktive Prozesse in den Teams und in der Einrichtung anzustoßen, die weitere positive Entwicklungen ermöglichen.

Das DCM Verfahren wird häufig darin kritisiert, dass Menschen sich anders verhalten, wenn sie beobachtet werden. „Aber die Praxis zeigt, dass Mitarbeiter in der Regel zu beschäftigt sind, um etwas Ungewöhnliches zu tun oder ihr Verhalten so zu ändern, wie sie es sonst nie tun (würden)“ (KDA: Handbuch Demenz: 2001, S. I/126). Doch wenn sich solche Verhaltensweisen zeigen würden, könnten sich zum Bestandteil der Dokumentation werden und im besten Fall positiv mit in die Team-Diskussion einfließen.

Darüber hinaus ist der zeitliche Rahmen bzw. die Zeitspanne, in dem die Beobachtungen stattfinden, ein weiterer Kritikpunkt. „Eine gute Lösung für den erheblichen Zeitaufwand ist es, viele freiwillige Mitarbeiter in dem Verfahren zu schulen und sie bei Bedarf einzusetzen, wie es im Reginenhaus in Hamm-Rhynern der Fall ist“ (ebd.)<sup>55</sup>.

Hinsichtlich der positiven Eigenschaften des Verfahrens bleibt es allerdings fraglich, warum die Methode bislang nicht nur wenig bekannt ist in den Einrichtungen, sondern auch nur wenig Anhänger unter den Praktikern gefunden hat. Eine mögliche Antwort liegt wohl darin, dass die Einrichtungen üblicherweise von rigiden Verfahrensweisen beherrscht werden,

---

<sup>54</sup> vgl. [www.Tup-online.com](http://www.Tup-online.com) 1/2003. Charlotte Boes: Dementia Care Mapping – Einschätzung von Wohlbefinden bei Menschen mit Demenz. Download: 17.06.2008. In diesem Aufsatz sind die Kategorien und die Codes abgebildet.

<sup>55</sup> Vgl. KDA: Handbuch Demenz: 2001, S. I/129f. Kurzbericht über den Einsatz und den Erfolg des Verfahrens.

„mittels derer die Arbeit im Modus des Erledigens oder Durchziehens bezüglich dessen, was als essenziell oder unentbehrlich gilt, bewältigt wird: Beherrschen des Körpers, der Emotionen und des Verhaltens“ (Müller-Hergl: 2004: S. 72). Dabei sind die Mitarbeiter durchaus überzeugt, im Sinne der Bewohner zu agieren, denn sie sehen die asymmetrisch-abhängigen Beziehungen zu ihren Bewohnern in ihrem Arbeitsumfeld als „natürlich“ an (ebd.). Jegliche Kritik an diesem medizinisch orientierten Demenz- und Versorgungsmodell werden „ideologisch lächerlich gemacht“, denn DCM bedeutet nicht, das Leben des Menschen mit Demenz zu managen. Doch genau dieses Verständnis ist in vielen Einrichtungen nicht vermittelbar. Die Kritik lautet dementsprechend, dass der Ansatz zu theorielastig sei, zu viele Konflikte beinhalte und sie bislang eine gute Pflege und Betreuung für Menschen mit Demenz bereitgehalten haben. „Dieses Gefühl spiegelt teilweise die fehlende Bereitschaft (vielleicht eine Unfähigkeit) wider, persönlich beteiligt zu sein, sowie einen Drang, den Status quo nicht zu verändern“ (Müller-Hergl: 2004, S. 75).

Richtig ist, dass die Anforderungen, die sich aus der Prämisse „Lebensqualität für Menschen mit demenziellen Erkrankungen“ für alle Beteiligten ergeben, hoch sind, facettenreich und manchmal auch schmerzhaft sind. Auch die positiven Ergebnisse der Forschungsgruppe Kitwoods bestätigen, „dass enorme Mengen psychischer Energie beteiligt sind. Werden die Schilde indessen gesenkt und die Menschen in die Lage versetzt, den mobilisierten Ängsten ins Antlitz zu schauen und sich hindurchzuarbeiten, so wird diese Energie für konstruktive Arbeit freigesetzt. In jenen seltenen Einrichtungen, in denen dies eingesetzt hat, gibt es neuen Schwung und Freude, und es ist ungeheuer ansprechend“ (Kitwood: 2005, S. 204). In Einrichtungen wo diese Bereitschaft der Mitarbeiter zu Veränderung und Entwicklung nicht vorhanden ist, wo sich Widerstände und Lager formieren, kann die Methode DCM<sup>56</sup> nicht zum Erfolg führen. Dort stehen vermutlich andere Fragestellungen im Vordergrund. In manchen Fällen ist es auch die Angst, nicht zu wissen, welche Entwicklungen und Veränderungen auf die Mitarbeiter / die Einrichtung zukommen, die zur Ablehnung des Einsatzes führen. Die Begründung dafür liegt häufig darin, dass über das Verfahren die pflegerische Arbeit offen und transparent dargestellt werden muss und sich neue Perspektiven professionellen Handelns auf tun. Mitarbeiter werden für den Umgang mit demenziell erkrankten Menschen sensibilisiert, ihre Wahrnehmung wird geschärft und es werden Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt, die sich nicht ausschließlich auf praktische Verrichtungen in der Pflege beziehen. „Die psychosoziale Seite rückt stärker in den

---

<sup>56</sup> gebräuchliche Abkürzung für Dementia Care Mapping

Mittelpunkt“ (Strunk-Richter: 2002, S. 666). Durch diese Auseinandersetzung verändert sich auch - in reflexiver Weise - die Haltung der Mitarbeiter. In gewisser Hinsicht sind diese - vielmehr als in einer rein pflegerischen Tätigkeit – als Person mit in den Prozess einbezogen.

### **3.6. Die Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes dargestellt am Modellprojekt „Demenz neu denken“**

Im Jahr 2002 initiierte das Kuratorium Deutsche Altershilfe in Kooperation mit dem Bundesministerium für Gesundheit ein Modellprojekt in Hessen unter dem Titel „Demenz neu denken. DCM-gestützte Qualitätsentwicklung der Pflege von Menschen mit Demenz“ Ziel des Projekts war es, „die Frage zu untersuchen, ob Dementia Care Mapping eine geeignete Methode ist, das Wohlbefinden von Menschen mit Demenz und damit die Qualität der Pflege in stationären Einrichtungen zu verbessern“ (Main-Kinzig-Kreis<sup>57</sup>: 2005, S. 2). Die Beantwortung dieser Fragestellung war gleichzeitig mit umfassenden Qualitätsentwicklungsprozessen in den Einrichtungen verbunden, so dass neben der Erprobung der Methode auch Schulungen, Organisationsberatungen, Maßnahmen zur Milieuverbesserung und begleitende Supervisionen vorgesehen waren.

Der Förderzeitraum erstreckte sich auf drei Jahre, die Koordination oblag dem Kuratorium Deutsche Altershilfe in Köln. Die wissenschaftliche Begleitforschung wurde durch das Saarbrücker Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (ISO) durchgeführt. Insgesamt nahmen daran 22 Einrichtungen und 298 Mitarbeiter sowie 39 Führungskräfte an der Studie teil<sup>58</sup>. Unter der Prämisse, dass sich „das Belastungserleben in der Pflege reduziert, wenn sich die Qualität der Pflege verbessert und die Kompetenzen der Mitarbeiter steigen“ (Main-Kinzig-Kreis<sup>59</sup>: 2005, S. 5) konnte die Projektphase beginnen.

Der Einsatz der Methode erfolgte in vier Schritten: zunächst wurden die Mitarbeiter zu sog. „Mappern“ geschult, dann wurde das Instrument vor Ort eingesetzt. In einem dritten Schritt stellten die Mapper ihre Ergebnisse im Team vor, um daran anschließend eine Handlungsplanung für die jeweiligen Bewohner erstellen zu können. Insgesamt wurden 9 Mappingvorgänge zwischen Mai 2002 und Oktober 2004 durchgeführt „Begleitet und

---

<sup>57</sup> Im folgenden Text wird die Abkürzung MKK verwendet.

<sup>58</sup> Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Ergebnisse im Main-Kinzig-Kreis. Informationen zu den Ergebnissen des Landkreises Marburg-Biedenkopf können über eingesehen werden: <http://www.marburg-biedenkopf.de> → Veröffentlichungen.

<sup>59</sup> Im folgenden Text mit MKK abgekürzt

unterstützt wurden die Mapper/innen durch Gruppensupervision und Follow-ups“, die vertiefende Informationen und Einsichten in das Verfahren bieten sowie die Bereitschaft zur kollegialen Beratung erhöhen sollten (MKK: 2005, S. 2).

Im Projekt arbeiteten jeweils zwei Einrichtungen als Paar zusammen (Cross-Over-Mapping). Am Ende eines jeden Projektjahres setzten sich die Paare neu zusammen, so dass jeder Mapper einen Einblick in drei verschiedene Einrichtungen bekam. „In den ausgewählten Wohnbereichen wird immer von geschulten Mitarbeitern der Partnereinrichtung gemappt, damit der Blick auf einen Wohnbereich möglichst neutral ausfällt und die Gefahr unbewusster Manipulation minimiert wird“ (Raabe: 2002, S. 8). Diese Vorgehensweise verursachte nicht nur beim Austausch in den flankierenden Mapper- und Heimleitergesprächsrunden eine Art „positiven Neid“ zwischen den Einrichtungen, sondern es meldeten auch Mitarbeiter aus anderen Wohnbereichen ihr Interesse am DCM Verfahren an, das zeigte, dass „auch diese Mitarbeiter mehr involviert und informiert werden wollten“ (Raabe: 2002, S. 9). Es gilt als sicher, dass der Erfolg des DCM Einsatzes auch von der Kommunikation zwischen „gemappten“ und „ungemappten“ Wohnbereichen und der Person des Mappers selbst abhängt, denn diese sind durch ihr Engagement für das DCM Verfahren in eine exponierte Rolle geraten. „Für die Mapper ist dies ein Zugewinn für das eigene Wertgefühl, aber von den Kolleginnen und Kollegen gibt es auch neidische Blicke; und dabei sind auch viele Bremser, die gar nicht so gerne sehen, was da jetzt alles passiert“ (Raabe: 2002, S. 9). Das war ein Grund, weshalb die Umsetzung des Projekts so transparent und so offen wie möglich gestaltet wurde, denn es sollten möglichst alle Mitarbeiter an Inhouse-Schulungen, gestalterischen Vorschlägen zur Milieuverbesserung... teilhaben können. Einvernehmlich kamen viele Mitarbeiter so zu dem Ergebnis, dass es „eben die Kleinigkeiten (seien), die die Lebensqualität von Menschen mit Demenz verbesserten“ (Raabe: 2002, S. 10). Doch dazu ist erforderlich, dass die „negativen Kleinigkeiten“ (ebd.) wie beispielsweise „eine lieblose Art des Essenanreichens, das unterschiedslose Umbinden von Servietten oder die mangelnde Kontaktaufnahme vor funktionalen Tätigkeiten“ (ebd.) den Pflegenden in ihrer täglichen Routine bewusst vor Augen geführt werden. Gleich nach den ersten Mapping-Einsätzen verbesserte sich in einigen Einrichtungen die Situation beim Essen: das Tempo wurde verlangsamt, es stehen nun Schüsseln auf dem Tisch, der Zeitbedarf wird an die Bedarfe der Bewohner angepasst, Essenswünsche werden realisiert und: Eine Mitarbeiterin sitzt mit am Tisch. Die Mitarbeiter wurden sensibilisiert, ihre Einstellung zu ändern und die Wertigkeit der Beziehung anzuerkennen. In der Folge etablierten sich sog. „Bienchendienste“, die auf die

Verbesserung des Wohlbefindens der Bewohner abzielen und mit wenigen Mitteln und wenig Zeiteinsatz zu erledigen sind.

Die reflexive Arbeit im Team ermöglichte es, nach sinnvollen Veränderungen zu suchen und diese auch einzuführen, so dass die Bewohner direkt davon profitieren konnten. „Das Verfahren guckt in die Töpfe, es legt das Private offen und guckt in die Interaktionsqualität hinein. Es führt an seinem sensiblen Punkt zur Transparenz, was viele Einrichtungen eigentlich gar nicht wollen'. Man zeige gern die neue Couchgarnitur oder das faszinierend formulierte Leitbild, das der Supervisor geschrieben habe, aber Dinge, die den Beziehungsprozess zu den Klienten verdeutlichen, kämen nicht zur Sprache, da man dies ja angeblich nicht erheben könne“ (Raabe: 2002, S. 2002). Stellen sich die Einrichtungen hingegen auf das Verfahren ein und sind offen dafür, so können sie und ihre Bewohner auf vielfältige Weise von den Ergebnissen profitieren und dabei sofort anfangen, die Pläne in die Tat umzusetzen.

#### Die Ergebnisse des Projekts

Die Datenbasis der Evaluation setzte sich aus Well-Ill-Being-Werten (WIB-Werte genannt), Verhaltensprofilen und den Berichten aus den zehn beteiligten Einrichtungen zusammen.

Die *WIB-Werte* haben sich in allen Einrichtungen durchschnittlich um 0.3 auf insgesamt 1.5 Punkte erhöht. Der WIB-Wert + 1 ist damit in allen Einrichtungen mit 69% am häufigsten vertreten: Er zeigt an, dass der/die Beobachtete mit der Situation ganz gut fertig wird; es Kontakte zu anderen Menschen gibt und Zeichen des Unwohlseins ganz fehlen). „Konkret bedeutet dies, dass während des Beobachtungszeitraums von sechs Stunden (...) durchschnittlich eineinhalb Stunden erhebliche Anzeichen von Wohlbefinden bei den Bewohnern zu beobachten waren und rund 4 Minuten lang außerordentliches Wohlbefinden. Während der übrigen Zeit (4 Stunden) ging es den Bewohnern gut, 13 Minuten lang wurden leichte und eine Minute lang beträchtliche Anzeichen von Unwohlsein beobachtet“ (MKK: 2005, S. 29).

Das Gesamtergebnis der Bewertung der stationären Einrichtungen zeigt an, dass überwiegend positive Veränderungen stattgefunden haben. Anfänglich erreichte keine Einrichtung einen sehr guten WIB-Wert, da 2/3 der Einrichtungen lediglich als befriedigend eingestuft werden konnten. Am Ende des Projekts zumindest eine Einrichtung mit sehr gut ab. Fünf

Einrichtungen erreichten guten WIB-Werte und vier befriedigende Werte. Selbst die als verbesserungswürdig eingestufte Einrichtung erreichte am Ende des Projekts einen besseren Wert als zu Beginn des Projekts.

Die Veränderungen, die in den stationären Einrichtungen stattgefunden haben, lassen sich in vier Gruppen darstellen. Die Tabelle macht deutlich, dass die absoluten Werte der positiv bewerteten Veränderungen auch relative Verschiebungen zwischen den Einrichtungen beinhalten:

WIB Werte:	Anzahl der Einrichtungen
Deutliche Verbesserung (+0,5 bis + 0,8)	2
Verbesserung (+ 0,2 bis+ 0,3)	4
Geringfügige Verbesserung (+ 0,1)	2
Verschlechterung (- 0,2 bis –0,3)	2

Abb 15 Well-III-Beeing Werte

Deutliche Verbesserungen ergeben sich, wenn die Bewohner über längere Zeit auf die Begleitung von Mitarbeitern setzen können: „Es werden immer wieder Kontakte zu den Bewohnern aufgenommen, die zudem gezielter gestaltet sind und biografisches Wissen über die Lebensthemen erkennen lassen“. Als Verbesserung kann gewertet werden, wenn sich die Wohlbefindenswerte um 0.3 Punkte anheben und ein gesteigertes Wohlbefinden bei den Bewohnern dokumentiert wird. Steigert sich der WIB-Wert einer Einrichtung lediglich um 0.1 Punkte, so sind die Veränderungen lediglich als geringfügig anzusehen. Es wurde beobachtet, dass die Qualifikation der Mitarbeiter weniger dazu beigetragen haben als die Rahmenbedingungen. Beispielsweise kümmerte sich eine Präsenzkraft am Vormittag um unruhige und beeinträchtigte Menschen. Am Nachmittag fehlte diese Begleitung, so dass die Bewohner sich selbst überlassen waren: Die Werte für das Unwohlsein stiegen an, Stress machte sich breit. Der Bericht zeigt diesbezüglich deutliche Unterschiede zwischen Vor- und Nachmittag. Ebenfalls von einer angespannten Personalsituation waren die zwei Einrichtungen betroffen, in denen Verschlechterungen dokumentiert wurden.

Die Aufzeichnung des Verhaltens der Bewohner während des Tages kann in einem Profil dargestellt werden. „Das Verhalten jedes einzelnen Bewohners wird in Fünf-Minuten-Schritten kodiert und verdeutlicht Stärken und Schwächen der Pflegeumgebung“ (MKK: 2005, S. 31). Es zeigt an, wie und womit sich der Bewohner während des Tages beschäftigt

hat. Im Projektverlauf hat sich in den Einrichtungen eine Verbesserung um 34% in den Kategorien „in Kontakt sein mit anderen“ und „mit einer kreativen Tätigkeit beschäftigt sein“ ergeben. Eine 35%ige Steigerung hat sich in der Kategorie „an einem Spiel teilhaben“, eine 44%ige im Bereich „an einer religiösen Aktivität teilnehmen“ gezeigt. Im Bereich „an einer sportlichen Übung teilnehmen“ waren Werte um 66% zu verzeichnen. Werte über 80 % wurden in den Bereichen „mit einer Tätigkeit beschäftigt sein, die sich auf intellektuelle Fähigkeiten konzentriert“ und „mit einer handwerklichen Tätigkeit beschäftigt sein“ dokumentiert. Eine 21%ige Steigerung hat auch die Kategorie „unabhängiges Laufen oder Gehen“ erfahren. Hierbei wird es Menschen mit Demenz ermöglicht, auf ihre eigene angst- und stress abbauende Kompetenz zurückzugreifen. (vgl. MKK: 2005, S. 31ff).

Diese Ergebnisse zeigen bereits eine veränderte Tages- und Kontaktgestaltung in den Einrichtungen an. In den Abschlussberichten finden sich dazu Beschreibungen, die beispielsweise darüber berichten, dass die neue Wohnküche zum Zentrum der Gemeinschaft geworden ist oder sich der Umgang mit Menschen mit Demenz dahingehend gewandelt hat, dass wesentlich empathischer auf die Bewohner eingegangen wird. Bemerkenswert ist auch der Bericht eines Teams, das den personenzentrierten Ansatz nicht nur verstanden hat, sondern nun konsequent umsetzt und die gewonnenen Kenntnisse zu den Lebensthemen und biografischen Erfahrungen ihrer Bewohner in das Alltagsgeschehen integriert. Ebenso positiv zu bewerten ist auch das Ergebnis, dass die „repetitive Selbststimulation“ fast ganz verschwunden ist. Die Kodierung der Kategorien, in denen ältere Menschen „passiv dasitzen“, „beobachten“ oder „anderen zuhören“ werden maßgeblich – neben den Mahlzeiten – am häufigsten kodiert. Die Begründung findet sich darin, dass Menschen nicht den ganzen Tag über ununterbrochen beschäftigt oder in Kontakt sind.

Das *Verhaltensprofil* zeigt insgesamt eine neue Kultur der Pflege in den Einrichtungen an, wobei dennoch keine der Einrichtungen den Höchstwert des Abwechslungsfaktors von 7 – 12 erreicht hat. Dieser Faktor ist ein Indikator dafür wie Bedürfnisse nach Beschäftigung in den Einrichtungen umgesetzt werden: 5 Einrichtungen lagen dabei zwischen 4 und 6, 5 Einrichtungen im Bereich 3. „Es stellt sich deshalb die Frage, ob das Maß des Abwechslungsfaktors 7 – 12 als Indikator einer neuen Kultur der Pflege nicht zu hoch gegriffen ist“ (MKK: 2005, S. 34).



Neben den spürbar positiven Veränderungen wurden auch Verhaltensweisen aufgezeichnet, die als *personale Detraktionen* (PD) bezeichnet werden. „Es handelt sich dabei um einen Umgang mit Menschen mit Demenz, bei dem sie nicht als Person wertgeschätzt oder sogar erniedrigt werden“ (MKK: 2005, S. 34). In der Regel „ergeben“ sich diese Verhaltensweisen aus der Gewohnheit Dinge und Abläufe einfach durchzuführen - nicht aus böswilliger Absicht verletzen zu wollen. Erst wenn diese Verhaltensmuster aufgedeckt werden, bietet sich die Möglichkeit der Veränderung an. „Zeichen der neuen Kultur der Pflege sind eine geringe Anzahl personaler Detraktionen“ (ebd.). Fünf Einrichtungen haben dieses Ziel erreicht: Hier wurden lediglich zwei PD's in milder Form festgestellt. In drei Einrichtungen wurden je drei PD's in milder und mäßiger Form beobachtet. In zwei Einrichtungen wurden jedoch vier bis sieben PD's in milder und mäßiger Form dokumentiert. Die Liste der Personal Detraktionen wurde von der Kategorie „zum Objekt machen“ – meist im Zusammenhang mit der Einnahme von Mahlzeiten – angeführt. Nachfolgend wurden die Kategorien „Überholen“ und „Entmächtigen“ beobachtet. Beispielhaft wird im Bericht angeführt, wie einer Bewohnerin - in für sie nicht nachvollziehbarer Weise – ein Kleiderschutz umgelegt und kurz darauf das Essen in den Mund geschoben wird. Weder ist mit ihr dabei gesprochen worden, noch hatte sie die Möglichkeit, sich darauf einzustellen, noch wurde ihr die Möglichkeit gegeben, ihr Brot selbst zu schmieren bzw. das Essen selbst zum Mund zu führen. Vermutlich ist Situation der Einnahme von Mahlzeiten sehr stark strukturiert und ritualisiert, so dass Mitarbeiter aus Gewohnheit in alte Muster zurückfallen ohne sich diese bewusst zu machen. Hinsichtlich dieser Verhaltensweisen ist es wichtig, diese zu dokumentieren und zu reflektieren – doch zu vermeiden, Mitarbeitern lediglich ihre Mängel und Schwächen vorzuhalten.

So wurden seitens der Mapper auch alle *positiven Veränderungen* dokumentiert, „denen eine besondere Bedeutsamkeit für die Bewohner/innen zukommt oder die bemerkenswerte Fähigkeiten von Mitarbeiter/innen zeigen“ (MKK: 2005, S. 35). Spürbare Effekte zeigten sich insbesondere in Tätigkeiten, in die die Bewohner einbezogen wurden (bspw. hauswirtschaftliche Tätigkeiten) oder in denen sie unmittelbar mitwirken konnten (bspw. spielen, feiern, beten). „Bemerkenswerte Fähigkeiten der Mitarbeiter/innen zeigten sich in der personenzentrierten Kontaktgestaltung, der besonderen Wertschätzung und dem humorvollen Umgang mit den Bewohner/innen, im Verhandeln, Trostgeben und Halten sowie in der Durchführung der Gruppenvalidation“ (MKK: 2005, S. 35).

Darüber hinaus wurden Maßnahmen ergriffen, die Umgebung für die Bewohner attraktiver und sicherer zu gestalten: Terrassen wurden angelegt, Wohnküchen eingerichtet, schattenfreie Beleuchtungssysteme installiert und kreative Techniken angewendet, um die Wohnbereiche gemütlicher zu machen. „Angehörige, Ärzte, Heimaufsicht und sonstige Besucher registrierten die Veränderungen mit Wohlwollen“ (MKK: 2005, S. 36).

#### Die Beanspruchung der Mitarbeiter

Zusätzlich zu den Beobachtungssequenzen der Bewohner erhielten die Mitarbeiter im Jahr 2002 und 2004 Fragebögen zu ihrer Arbeitsbelastung. Hintergrund dieser Befragung war die Hypothese, dass sich die Belastung verringert, wenn sich die Pflege verbessert. Diesen Prozess auch zu dokumentieren, war Ziel der Befragung. Die Rücklaufquote der Befragung lag bei 74% - 204 Fragebögen wurden ausgewertet.

Am Ende des Projekts wurde die Arbeitssituation insgesamt günstiger beurteilt als zu Beginn des Projekts. Hierbei hoben sich insbesondere zwei Werte hervor: Die Belastung durch zu viele Bewohner/innen und zu viel Zeitdruck wurden als weniger stark empfunden. Auch der Umgang mit schwierigen, aggressiven oder depressiven Menschen; eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten und der stetigen Konfrontation mit Verlusten wurden als weniger belastend erlebt. Diese Effekte zeigten sich besonders stark in den Einrichtungen, die aufgrund ihrer WIB-Werte als gut oder sehr gut einzustufen sind (vgl. MKK: 2005, S. 37f: Tabellen).

Offenbar hat das Projekt auch zu Verbesserungen im sozialen Klima zwischen Leitung und Mitarbeitern gewirkt – zwischen den Mitarbeitern selbst haben sich jedoch keine signifikanten Unterschiede ergeben. Dennoch hat sich die Situation in den Einrichtungen deutlich verbessert: Mitarbeiter dürfen nun mehr Entscheidungen treffen und ihre individuellen Ressourcen und persönlichen Ansprüche finden mehr Beachtung und Einsatz.

#### Die Ergebnisse aus Sicht der Leitungen.

Als wichtigstes Ergebnis wurden die Steigerung des Wohlbefindens der Bewohner/innen und die Entwicklung eines Gemeinschaftslebens angesehen. Den Bewohnern wird mit Respekt begegnet, ihre Gefühle werden geachtet und herausforderndes Verhalten als Versuch der Kommunikation verstanden. Ebenso sind die nach Müller-Hergl benannten „Bienchendienste“ zu einem kommunikativen Bestandteil des Tagesablaufs geworden. Die Bewohner/innen

wirken ausgeglichener, entspannter, wirken jedoch auch aktiver und ansprechbarer. Durch die Gestaltung des Umfeldes sind darüber hinaus „Inseln“ geschaffen worden, die der Kommunikation förderlich sind.

Aus der Sicht der Leitungen hat sich auch die Arbeit in den Teams verbessert: Die Mitarbeiter/innen sind durch die Fortbildungen und die Umsetzung des neuen Ansatzes sicherer im Umgang mit Menschen mit Demenz geworden und können ihre Fähigkeiten nun gezielter einsetzen. Sie haben eine neue Sensibilität für die Bedürfnisse der Bewohner/innen entwickelt und reaktive Strategien parat, die ihren Arbeitsalltag entlasten. Insgesamt ist die Krankheitsrate zurückgegangen, die Arbeitszufriedenheit gestiegen. „Die Kollegiale Beratung im DCM-Prozess wurde als sehr positiv erlebt“ (MKK: 2005, S. 42).

Für die Leitungen selbst haben sich jedoch auch Veränderungen ergeben: Sie wählen ihre Mitarbeiter nun gezielter für bestimmte Aufgabenbereiche aus, verstehen sich immer mehr als „lernende Organisation“ und haben die Bereitschaft entwickelt, sich hinsichtlich ihrer Fragestellungen/Probleme mit anderen zu vernetzen. Ebenfalls positiv hat sich das Projekt auf die Öffentlichkeit ausgewirkt: Die Nachfrage nach Heimplätzen in den beteiligten Einrichtungen ist gestiegen.

Neben den positiven Effekten gab es jedoch auch Schwachpunkte, die von den Leitungskräften bemängelt wurden:

- die Informationen im Vorfeld des Projekts wurden als unzureichend empfunden,
- die finanzielle Ausstattung für den Einsatz von Aushilfskräften während der Fortbildungs-, Supervisions- und Mappingzeiten hätte besser sein können und
- die finanzielle Unterstützung für milieuverbessernde Maßnahmen hätte höher ausfallen dürfen.

„Zu den mit Abstand bedeutendsten Bedingungen zählten Personalmangel und die Ängste der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Weiter wurden schlechte räumliche Voraussetzungen und eine gemischte Bewohnerstruktur genannt. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass es in vielen Einrichtungen gelungen ist, im Projektverlauf homogene Bewohnergruppen zu bilden, was sich sehr bewährt hat“ (MKK: 2005, S. 44).

Ausgehend von der Fragestellung, ob Dementia Care Mapping sowohl das Wohlbefinden als auch die Qualität der Pflege verbessern kann, so kann nun geantwortet werden, dass alle

Einrichtungen von der Durchführung profitiert haben. „Die Lebensqualität für Menschen mit Demenz hat sich zum Teil deutlich verbessert und das Belastungserleben der Mitarbeiter/innen signifikant reduziert. Bessere Ergebnisse wurden dann erreicht, wenn die Leitung den Prozess intensiv begleitet und gemeinsames Lernen gefördert hat. Darüber hinaus waren eine geregelte Kommunikationsstruktur zwischen Mapper/innen und Leitung sowie die optimale Ausnutzung des Schulungsbudgets von Bedeutung“ (MKK: 2005, S. 46).

Dementia Care Mapping kann somit als Verfahren angesehen werden, dass im Sinne eines Hilfsinstruments Prozesse in Gang bringen und abbilden kann, die die Qualität in der Pflege messbar zu machen. Dabei ist nicht nur das Prinzip Freiwilligkeit aller Beteiligten unabdingbare Voraussetzung, sondern auch die Bereitschaft der Leitungen und Mitarbeiter, etwas verändern bzw. verbessern zu wollen. Daneben ist es wichtig, dass die Mitarbeiter sich kritisch mit den verschiedenen Situationen mit den Bewohnern, den Leitungskräften, aber auch den Kollegen im Alltag auseinandersetzen zu wollen und zu können. Die Auseinandersetzung unter Kollegen setzt allerdings eine grundlegende Kommunikationsfähigkeit im Team voraus.

DCM ist ein wichtiges Instrument, durch das anhand von ausgewählten Kriterien das Wohlbefinden von Menschen mit Beeinträchtigungen beschrieben werden kann, die häufig selbst nicht in der Lage sind, über ihre Befindlichkeit zu berichten. Zwar gehören Verhaltensbeobachtungen schon lange zum Repertoire der psychologischen Methodik, doch stellt die DCM Methode insofern eine Innovation dar, als dass sie keine Laborsituationen konstruiert, nachstellt oder analysiert, sondern die Messdaten im Kontext selbst erhoben werden können. Anhand dieser Art der Ermittlung von Daten in der alltäglichen Wirklichkeit der Bewohner / Betroffenen<sup>60</sup>, kann die hohe Bedeutung des Zusammenspiels des Lebensweltkonzepts und des personenzentrierten Ansatzes als Gesamtkonzept hervorgehoben werden. Denn nur dort, wo Menschen ihre sozialen Beziehungen leben und wo sich ihr Leben abspielt, ist ihr Verhalten aller Wahrscheinlichkeit nach ungekünstelt und sicher. Das gilt insbesondere für Menschen mit Demenz, die überaus sensibel und mit Angst auf neue Umgebungen reagieren.

Darüber hinaus sichert die Ausrichtung am personenzentrierten Ansatz und am Lebensweltkonzept einen stetigen theoretischen und reflexiven Rückbezug sowie eine

---

<sup>60</sup> einer Welt der natürlichen Einstellung, die schlicht als gegeben bezeichnet wird (vgl. Schütz; Luckmann: 2003, Kap. 1 A)

Kontinuität in der Möglichkeit der praktischen Überprüfung der Inhalte des DCM Instrumentariums.

### **Ist Qualität überhaupt messbar?**

Es ist unbestritten, dass die Sicherung und Verbesserung der Qualität in allen sozialen Feldern an Bedeutung gewonnen hat. Doch ist sie überhaupt messbar in Bereichen, wo mit Menschen umgegangen wird? „Manchmal ist dann auch der Einwand zu hören, personenzentriert arbeiten sei heute kaum mehr möglich, weil Qualitätssicherung im Vordergrund stehe. Das ist ein Trugschluss. Personenzentrierte Grundsätze sind sehr wohl vereinbar mit Qualitätssicherung und stellen darüber hinaus dafür sehr brauchbare Kriterien zur Verfügung“ (Pörtner: 2005, S. 92). Die rein quantitativen Parameter sind zur Erhebung des Wohlbefindens des Menschen nicht ausschlaggebend und nicht ausreichend. Es ist besser, die Qualität in ihrem Kern zu erfassen und den administrativen Aufwand dabei so gering wie möglich zu halten. Das wichtigste Kriterium ist daher das Wohlbefinden des Menschen – eben die Perspektive der Menschen, die dort betreut werden. Diese Erkenntnis hat sich bislang kaum durchgesetzt – doch *ein* Exempel mit großer Außenwirkung wurde – analog dem Verfahren des Dementia Care Mappings - in der Stiftung für Schwerbehinderte Luzern (SSBL) statuiert: Es wurde „ein Vorgehen entwickelt, das es ermöglicht, auch Menschen mit schwerer geistiger Behinderung, die sich kaum sprachlich ausdrücken können, in die periodisch durchgeführten Befragungen zur Zufriedenheit der Bewohnerinnen und Bewohner mit einzubeziehen“ (Pörtner: 2005, S. 93). Der Grad der Zufriedenheit ist das Maß der Dinge, doch reicht er nicht aus, um die Qualität einer Einrichtung beschreiben zu können.

Erst durch die konsequente Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes lassen sich Abläufe, Prozesse und Situationen quantifizieren, die anhand von Kriterienkatalogen überprüfbar werden. „Solche Kriterien lassen sich sowohl aus den sieben Grundsätzen für den Umgang mit alten Menschen wie aus den Richtlinien für den Alltag ableiten. (...). Sie müssen der jeweiligen Arbeitssituation angepasst und im Detail so ausformuliert werden, dass sie genau den Aufgaben des betreffenden Arbeitsplatzes entsprechen. Die Beurteilung der Mitarbeitenden aufgrund der einzelnen Kriterien muss stets durch konkrete Beispiele aus ihrem Arbeitsalltag belegt werden“ (Pörtner: 2005, S. 94). Kriterien, die der personenzentrierten Arbeitsweise entsprechen sind beispielsweise: Klarheit, Selbstverantwortung, Unterstützung

für selbstständiges Handeln, Reflexivität des Mitarbeiters, Anerkennung klein(st)er Entwicklungsschritte, die Sprache des Gegenübers finden u.a. (vgl. Pörtner: 2005, S. 95f).

### **3.7. Diskussion**

Die Paradigmenwechsel der letzten Jahr(zehnt)e innerhalb der *Behindertenhilfe* haben eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Belange von Menschen mit Behinderungen hervorgerufen. In der Folge hat die Einführung des Empowerment-Konzepts die Autonomie der Person mehr denn je in den Mittelpunkt gerückt und darüber hinaus mit dem Case Management Ansatz eine Methode bereit gestellt, die Menschen mit Behinderungen auf ihrem Weg zum mündigen und selbstbestimmten Menschen unterstützt.

Mit dem Fünf-I-Programm nach Wacker (2001, S. 93 in: 1999c ) sind Punkte beschrieben worden, die nicht nur richtungsweisend sind, sondern unter den Prämissen „Individualisierung“, „Integration“, „Infrastruktur“, „Information“ und „Inklusion“ Ziele für die Entwicklung einer Behindertenhilfe aufzeigen, die zur Verbesserung der Möglichkeiten selbstbestimmter Lebensführung von Menschen mit Behinderungen beitragen helfen. Die Wirkung dieser Grundsätze wird auf zwei Ebenen deutlich: auf der strukturellen Ebene der Einrichtungen und Anbieter und auf der gemeinwesen- bzw. quartiersorientierten Ebene. Das Programm hilft dabei, Ziele zu verfolgen, die Menschen mit Behinderungen von der „Versorgungsstrasse“ auf den „Assistenzweg“ führen (Wacker: 2001, S. 94). Grundlegende Voraussetzung dafür „muss aber auf jeden Fall die Chance sein, Einfluss nehmen zu können auf den eigenen Wohnort und die eigenen Wohnumstände sowie auf die Art und Ausgestaltung benötigter und gewünschter Unterstützung“ (ebd.).

Neben dieser Erkenntnis zeigt die Richtung des Paradigmenwechsels an, dass Menschen mit Behinderungen mehr zugestanden und zugehört wird und noch werden muss. Auf der Basis von Respekt vor den eigenen Lebensentwürfen und Strategien in der Lebensführung ist der Glaube an die Fähigkeiten des Einzelnen gestärkt worden<sup>61</sup>. Diesen Weg haben bereits viele Anbieter und Dienstleister in der Behindertenhilfe beschritten, die Umsetzung dauert an und bringt weiterhin vielfältige Innovationen hervor. Sie unterstützen Menschen mit Behinderungen dabei, ihre Ressourcen zu entdecken und befähigen sie, eigene Ziele erreichen zu können (vgl. Theunissen: 1999, S. 279). Eindrucksvoll belegt werden kann diese

---

<sup>61</sup> « Ihre prominente Rolle erfährt die Stärkenperspektive im Konzept des Empowerment (...), welches für ein neues Programm der Sozialen Arbeit und Behindertenhilfe steht » (Theunissen : 1999, S. 278).

programmatische Tendenz beispielsweise auch durch das Konzept und die Einrichtung von Koordinierungs-Kontakt- und Beratungsstellen (KoKoBe) im rheinischen Raum (vgl. LVR<sup>62</sup>), die ein niederschwelliges und breit gefächertes Angebot für Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen darstellen und in allen Lebensfragen – insbesondere diejenigen, die das Wohnen betreffen - angefragt werden können.

Ein expliziter Gewinn an Lebenssouveränität ist dann erreicht, wenn Menschen mit Behinderungen lernen, was es heißt, ihren Alltag ( so weitgehend wie möglich ) selbstständig organisieren und bewältigen zu können, so zu leben, dass sie mit Geld umgehen können, alltägliche Verrichtungen allein durchführen zu können, sich im Wohnumfeld zurechtzufinden, ihre Meinung zu äußern und ihre Wünsche - auch bezüglich gewünschter Assistenzleistungen - zu artikulieren.

Die Einführung des Persönlichen Budgets auf gesetzlicher Ebene hat dazu beigetragen, die gesellschaftliche Stellung und Anerkennung von Menschen mit Behinderungen zu stärken und ist somit als weiterer Schritt in die Gesellschaft hinein zu verstehen. Es unterstützt diejenigen in ihrem Bestreben nach Unabhängigkeit und Selbstbestimmung, die auch bereit und motiviert sind, sich diesen neuen persönlichen Anforderungen zu stellen. Daneben wird es Menschen mit Bedarfen geben, die ein „Mehr“ an Unterstützung notwendig machen. Auch sie können befähigt werden, ihre individuellen Bedürfnisse zu äußern bzw. es können Wege mit ihnen gefunden werden, die es möglich machen, zu verstehen, was und wie sie ihr Leben gestalten möchten. „Ohne Zuhören ist keine zufriedenstellende Betreuung oder Begleitung möglich. Zuhören ist die Basis, auf der sich die personenzentrierte Haltung entfaltet. (...) Zuhören ist die Voraussetzung, um verstehen zu können, wie andere Menschen empfinden und was sie brauchen und um herauszufinden, wie man am besten auf sie eingeht“ (Pörtner: 2005, S. 60). Diese Art der Kommunikation impliziert ein Zuhören mit allen Sinnen, insbesondere dann, wenn sprachliche Äußerungen schwerfallen, denn „die Sprache des anderen Menschen zu finden ist unerlässlich, um mit ihm in Kontakt zu kommen. Betreuer müssen sowohl die Sprache derjenigen, die sie betreuen verstehen wie auch sich so ausdrücken, dass sie von ihnen verstanden werden“ (Pörtner: 2005, S. 73).

Das Projekt „Unterstützer Ruhestand“ hat hinsichtlich dieser Intention gezeigt, dass persönliche Ziele – über intensive Interaktionen - in erreichbare Nähe rücken, wenn

---

<sup>62</sup> vgl. [http://www.lvr.de/soziales/wohnen\\_freizeit\\_behinderung/kokobe/](http://www.lvr.de/soziales/wohnen_freizeit_behinderung/kokobe/)

Menschen mit Behinderungen dabei – punktuell, doch kontinuierlich – unterstützt werden. Ihr Selbstwertgefühl wird dadurch gestärkt, die Zufriedenheit des „Selbstgeschaffenen“ stellt sich ein und die Motivation, auch andere in diesen Prozess einbeziehen – sie teilhaben zu lassen, löst weitere Effekte und Synergien aus. Dass sich derartige Optionen eröffnen lassen, scheint für viele Menschen mit Behinderungen und auch Mitarbeiter noch „Neuland“ zu sein: Hier ist eine offene, loyale und zukunftsweisende Sozialpolitik von Bedeutung, die Menschen in diesem Bestreben unterstützt.

#### Zwischenfazit

Dort wo Menschen mit Behinderungen mit ihren Fragestellungen ernst genommen werden – wo sie Akzeptanz und Unterstützung erfahren, dort haben sie am ehesten die Chance, die Anforderungen, die ein weitgehend normales, selbstständiges und selbstbestimmtes Leben an sie stellt, erfüllen zu können. Und dort wo es Menschen in ihrem Umfeld gibt, die sie darin bestärken, sie motivieren, befähigen, ihnen Orientierung bieten und ihnen dies zutrauen, gibt es Anlass, dass diese Ziele in absehbarer Zeit auch von mehr Menschen mit Behinderungen erreicht werden können als bisher.

In der *Altenhilfe* hingegen erzeugt das derzeit vorherrschende wirtschaftsliberale Paradigma eine Stimmung, die zwar die Kundenwünsche in den Mittelpunkt stellt, doch das solidarische Gedankengut zu marginalisieren droht. Management, Organisationsberatung und – entwicklung, Kosteneffizienz und – effektivität haben unter dem Dach von Qualität vielerorts Einzug gehalten. Die Kostenfrage wird in der Altenhilfe immer deutlicher formuliert: Sie ist mittlerweile bestimmend für die Frage der professionellen Besetzungen am Markt. Mehr und mehr werden auch die sozial-pflegerischen Berufe einer ökonomischen Prüfung unterzogen. Die Marktlage macht es notwendig, sich als Anbieter zu positionieren und zu behaupten. Auch Berufe, die per se eher eine gesellschaftliche Geringschätzung erfahren und deren Leistungen augenscheinlich schwer messbar sind, müssen sich legitimieren. Die Frage nach der Messbarkeit der Pflege-Qualität wird gestellt – insbesondere dann, wenn sie – wie in der Begleitung von demenziell erkrankten Menschen - an den Faktor „Interaktion“ geknüpft ist.

Unter der Prämisse „Lebensweltorientierung“ werden Lösungen entwickelt, in der qualitätsspezifische – und dennoch messbare – Charakteristika, wie sie beispielsweise durch



das Dementia Care Mapping Verfahren dokumentiert werden können, hervorgehoben werden. Dennoch ist das Verfahren „nur“ der methodische Ausdruck einer Haltung – einer inneren Haltung, die den Menschen und seine Bedürfnisse - so wie durch den personenzentrierten Ansatz darstellt - in den Mittelpunkt stellt, ihn wertschätzt und achtet. Auch dadurch, d.h. im direkten Kontakt mit den Bewohnern, entsteht messbare (und fühlbare) Qualität in den Heimen.

So entsteht das Bild eines Sektors, der auf direkte personbezogene, transparent gestaltete und nachhaltige Dienstleistungen setzt. Das Ergebnis wird ein Gewinn an Profil sein, das die „guten“ Anbieter in ihrer Rolle stärkt: Sie werden sich zunehmend in der Qualität, im Umfang und in der Leistung ihres Angebots von anderen unterscheiden – bei voller Kosteneffizienz: Der Markt wird – so ist zu hoffen - die Spreu vom Weizen zu trennen wissen. Moderne Unternehmen, die ihre Leistungen, passgenau an die Bedarfe und Wünsche der Kunden angleichen, werden dabei sicherlich einen gewissen Vorteil genießen. Unter der Voraussetzung, dass ausreichend Mittel verfügbar sind, um Qualität auch wirklich garantieren zu können.

Die Leitbilder der Altenhilfe sind Orientierungen, die handlungsleitende Strategien, Ideen und Vorgehensweisen bieten. Allen voran ist hier die Lebensweltorientierung zu nennen, die eigentlich vielmehr eine Haltung, denn ein Leitbild verkörpert. Lebensweltorientierung bedeutet, Orte zum Wohnen und Leben sowie Dienste bereitzustellen, in denen Menschen Respekt und Sinn erfahren. Versorgung, Pflege und Begleitung sind dabei als Arrangements zu verstehen, die diese Ziele unterstützen und die sich explizit an den kausalen Bedeutungsstrukturen und Bedürfnissen der Bewohner ausrichten.

Die Umsetzung dieser Leitlinie erfüllt sich mit dem Einsatz des personenzentrierten Ansatzes. Anhand von zwei Projekten, in denen das Dementia Care Mapping als personenzentriertes Verfahren erprobt wurde, konnte explizit gezeigt werden, dass sich das Wohlbefinden alter Menschen durch sogenannte positive Interaktionen verbessern lässt. Diese Ansatz findet in der Altenhilfe zunehmend Anklang: „Neben der Suche nach Erkenntnissen zur adäquaten Milieugestaltung, Tagesablaufstruktur und angemessenen Umgangsformen rücken Fragen der Möglichkeiten einer gezielten emotionalen Unterstützung im Pflegeprozess in den Blickpunkt des Interesses“ (Böggemann et al: 2006, S. 366). In einer pflegewissenschaftlichen Untersuchung (Projekt Demian) konnte gezeigt werden, dass die direkte Zuwendung am

häufigsten dazu führt, positive Emotionen auszulösen. Weitere positive Stimuli waren Spaziergänge und die Betrachtung von Blumen und Bildern (ebd.). Funktionieren kann diese Art des Umgangs allerdings nur, wenn die Begleiter geschult sind und ein Bewusstsein vorhanden ist, das die Bedeutung dieser interaktiven Prozesse anerkennt und die Motivation erzeugt, diese Erkenntnis auch praktisch umsetzen zu wollen. Funktionierende Interaktionen benötigen jedoch noch mehr: Settings, die die Bewohner aufsuchen, weil sie sich dort wohlfühlen und Teams, die die Bereitschaft mitbringen, sich offen, kritisch und reflexiv auseinandersetzen und weiterentwickeln zu wollen.

Der Kostendruck in der Altenhilfe ist in den letzten Jahren immens gestiegen – der Druck um die Aufrechterhaltung und die Weiterentwicklung qualitativ hochwertiger Pflege und Betreuung jedoch auch. Altenheime sind zu soziale Unternehmen geworden, die sich am Markt positionieren müssen. Die Anforderung, person- und dennoch bedürfnisgerechte Leistungen erbringen zu wollen, ist dabei nicht leicht zu erfüllen – insbesondere nicht bei einer steigenden Anzahl von schwerst-pflegebedürftigen alten/ hochbetagten Menschen. Der person-zentrierte Ansatz kann beide Aspekte - Kosteneffizienz und bedarfsgerechte Pflege und Betreuung - miteinander verbinden, wenn Einrichtungen und Mitarbeiter die Bereitschaft zeigen, sich auf innovative Prozesse einzulassen und die finanziellen und organisatorischen Spielräume solches zulassen.

Erste Auswirkungen zeigen sich bereits durch den Ausbau der ambulanten und teilstationären und betreuten Angebote: Mehrheitlich möchten Menschen im Alter in ihrer gewohnten Umgebung bleiben und diese erst verlassen, wenn die gesundheitlichen Probleme im häuslichen Umfeld nicht mehr durch unterstützende und flankierende Leistungen dort bewältigt können. Im Hinblick auf die Lebenssituation alter Menschen und die Kostensituation des Gesundheitssystems vereinigt dieses Ansinnen die Interessen beider Seiten. Die einzelnen Veränderungen in den regionalen Versorgungslandschaften sind dabei mancherorts zwar kritisch zu betrachten, doch insgesamt gesehen hat sich nicht nur die Anbieterzahl vervielfältigt, sondern auch deren Leistungsspektrum. So bieten beispielsweise einige Pflegedienste auch Mittagstische, Tagesbetreuung, Alltagsbegleitung oder gar ein Nachtcafé an.

Die Veränderungsprozesse sind kein spezifisches Problem der Altenhilfe, vielmehr handelt es sich um ein gesamtgesellschaftliches Phänomen: die Ressourcen aller Bereiche unterliegen

einem hohen Optimierungsdruck hinsichtlich ihrer Qualität, Sicherheit und Effektivität. Vor dem Hintergrund einer demografischen Entwicklung, die den Anteil älterer Menschen in der Gesellschaft ansteigen lässt, entsteht so die Notwendigkeit, langfristige ressourcenschonende und effiziente Lösungen finden zu müssen. Für das Sozial- und Gesundheitssystem bedeutet diese Entwicklung, dass die Versorgungsleistungen für alle Bürger auf dem Prüfstand stehen. So auch für Menschen mit Behinderungen. Je mehr Menschen mit Behinderungen sich verselbstständigen, ambulant betreut oder dezentral von Einrichtungen wohnen, desto stärker werden sie im Alter – wie andere Menschen auch – auf verschiedene Dienstleistungen und Angebote angewiesen sein. Es ist zu erwarten, dass zukünftige Generationen von Menschen mit Behinderungen<sup>63</sup> vermehrt durch individuelle Lebens- und Altersstile<sup>64</sup> in Erscheinung treten und nicht nur eigene Vorstellungen und Wünsche formulieren werden, sondern ebenfalls ein Alt-werden in der gewohnten Umgebung/Häuslichkeit wie beispielsweise auch einem Mehrgenerationenhaus bevorzugen werden.

Dazu ist es ebenso erforderlich, dass sie – neben den Leistungen aus der Eingliederungshilfe – auch Zugang zum Leistungssystem der Pflegeversicherung haben, auch dann, wenn sie in einer Einrichtung der Behindertenhilfe leben, so dass „alle notwendigen Bedarfe behinderter Menschen – unabhängig von dem Ort an dem sie wohnen oder unterstützt werden – gedeckt werden“ (Arbeitskreis Teilhabeorientierte Pflege: 2006). Teilhabe bedeutet in dieser Hinsicht auch, ihnen Entscheidungswege zu eröffnen, die es ermöglichen aus einem Pool an passgenaue Leistungen auswählen zu können.

Als Teil dieser pluralisierenden Gesellschaft müssen Menschen mit Behinderungen, ihre Begleiter und Dienstleister auch von den Erkenntnissen der gerontologischen Forschung, der Pflegewissenschaft und den methodisch-praktischen Anwendungen der Altenhilfe profitieren können.

Insbesondere die folgenden Themenbereiche sind für die Behindertenhilfe weiter zu erschließen, zu entwickeln oder ggf. zu modifizieren:

---

<sup>63</sup> Es ist davon auszugehen, dass die nachfolgenden Generationen älterer Menschen mit Behinderungen andere Ansprüche an das Alter und Altwerden haben werden als die derzeitige Generation. Sie haben durch Förderung, Beschulung, Ausbildung/Beschäftigung vielfach eigene Ideen, Interessen und Möglichkeiten kennen gelernt.

<sup>64</sup> „Altersstile werden als operationalisierte Aktivitätsdimension und stärker personenabhängige Altersform bezeichnet“ (vgl. Backes; Clemens: 1998, S. 166). Thomae spricht von „chronifizierten Verhaltensweisen und Gefühlen“ (ebd.), die im Umgang mit Belastungen aus dem sozialen Umfeld gebildet wurden. Das gegenwärtige Aktivitätsniveau einer Person scheint dabei in engem Zusammenhang mit ihren sozialen Kompetenzen zu stehen (vgl. ebd. und Thomae: 1987)

- Erweiterung der Erkenntnisse zu physischen und psychischen Veränderungen im Alter,
- Kenntnisse über Methoden wie Validation, Biografie, 10-Minuten Aktivierung nach U. Hackenberg , Dementia Care Mapping u.a. ,
- Pflorgetechniken incl. Lagerungen, Transfer und Prophylaxen,
- Umgang mit alterstypischen Hilfsmitteln,
- Kenntnisse / Erfahrungen mit Sterbe- und Trauerbegleitung,
- medizinische Kenntnisse zu den typischen Alterserkrankungen,
- Umgang mit demenziell/depressiv und multimorbid erkrankten Menschen
- rehabilitative Verfahren und Präventionen,
- Erschließung von sinnerfüllten und individuellen Beschäftigungsmöglichkeiten für und mit alten Menschen,
- Hygiene – auch unter dem Aspekt der Selbstpflege,
- Informationen zu rechtlichen und finanziellen Fragestellungen,
- Schriftverkehr und Umgang mit Behörden, Ämtern und administrativen Verfahren,
- Zeit - und Organisationsmanagement,
- Aufbau eines einfachen Systems medizinisch-pflegerischer Dokumentation (ggf. über Pictogramme)
- Schaffung von Zugängen zu Selbsthilfe-Aktivitäten und -gruppen, Heimbeirat
- Schulung und Beratung pflegender Angehöriger,
- Umgang mit Verordnungen, Medikamenten und Behandlungen
- Unterstützung beim Aufbau und der Erschließung von interessensgeleitend Netzwerkkontakten.

Letztlich ist die Implementierung davon abhängig, wie offen, wie reflexionsfähig, wie flexibel und wie kritikfähig sich mit den einzelnen Komponenten auseinandergesetzt werden kann. Dabei sind auch die Motivation und die Bereitschaft der Beteiligten maßgeblich, ein Konzept auszuwählen und einen Themenbereich so zu bearbeiten, dass er sich den Bedarfen, Kompetenzen und Interessen älterer und alter Menschen anpasst.

Mit dem personenzentrierten Ansatz steht eine Leitlinie in der *Altenhilfe* zur Verfügung, die sich sowohl inhaltlich als auch methodisch zur Weiterentwicklung in der Behindertenhilfe anbietet. Allerdings wird dieser Ansatz auch in der Altenhilfe noch zu wenig berücksichtigt. Die Auswirkungen und Verkrustungen der „Sauber-satt-warm-trocken“ Leitlinie wiegen

immer noch zu schwer. Daneben gibt es jedoch mehr und mehr Einrichtungen, die sich auf den Weg machen und die sich auch in ihrem täglichen Kampf um Kostenkalkulationen, personellen Engpässen und Schwierigkeiten, administrativen Hürden und Barrieren sowie Konkurrenzdenken nicht beirren lassen und sich auf ihren eigentlichen Auftrag besinnen und sich neu ausrichten.

Neben dem „Snoezelen“ haben weitere methodische Konzepte wie etwa die Basale Stimulation bereits Eingang gefunden (vgl. Fröhlich; Bienstein und Buchholz; Schürenberg) und sind für den Pflegealltag modifiziert / erweitert worden. Dabei können kann durchaus von Elementen aus der Behindertenhilfe profitiert werden – wie bereits vielerorts durch die Einrichtung von sog. Snoezelenräumen oder mobilen Snoezelen-Stationen (vgl. Mötzing: 2005, S. 78 – 82) geschehen.

Auch die Einrichtung von regelmäßigen „Teamgesprächen“, in denen fallbezogene Handlungs- und Behandlungspläne besprochen werden, entspricht den jahrlang bewährten Praktiken der Behindertenhilfe. Sicherlich werden sich hier weitere Anleihen aus der Behindertenhilfe als sinnvoll erweisen – insbesondere im Hinblick auf den Ausbau ambulanter Strukturen, Hausgemeinschaftskonzepten, Servicewohnen und Altenwohngemeinschaften, denn die Begleitung im Alltag gehört zur Kernkompetenz der Mitarbeiter in der Behindertenhilfe. Dabei geht es einerseits um die Erschließung von Ressourcen und den Aufbau weiterer Kompetenzen auf dem Weg zu mehr Unabhängigkeit und Selbstständigkeit, aber andererseits genauso um die Sicherung und den Erhalt des bereits Erreichten. Hinsichtlich dieser Aufgabenstellung ist es wichtig, hintergründig methodengestützt vorzugehen, damit die o. g. vordergründigen persönlichen Ziele tatsächlich erreichbar, transparent und überprüfbar bleiben für den Einzelnen. Die Unterstützungsplanung als Gesamtkonzept aller Beteiligten – damit ist der Betroffene selbst und sein Unterstützer gemeint - incl. des Einsatzes eines geeigneten Instrumentes zur Hilfeplanung hat sich in dieser Fragestellung bereits bewährt (vgl. LVR).

Insbesondere dort, wo im Dialog mit den Beteiligten eine Lösung zur Unterstützung des alten Menschen gefunden werden muss und auch dort, wo sich Menschen in schwierigen Situationen befinden, hat sich das Planungsverfahren Hilfeplankonferenz als sinnvoll erwiesen. Elemente aus diesen Erfahrungen könnten auch Eingang in den Umgang und die Unterstützung von Menschen mit Demenz finden.

Darüber hinaus sind die Interaktionsformen in der Altenhilfe noch entwicklungsfähig, denn vielfach wird in Fortbildungen von kommunikativen Schwierigkeiten in Teams, unter den Mitarbeitern und mit den Vorgesetzten sowie zu den Bewohnern und unter den Bewohnern berichtet<sup>65</sup>. Hinsichtlich dieser Problemstellung stehen zwar viele Methoden zur Verfügung, doch finden sie nur vereinzelt Anwendung. Die Selbstreflexion im Team, die Arbeit im und als Team und das Verständnis von Beziehungsarbeit als Entwicklungshilfe im Sinne eines stützenden Settings von Menschen mit Demenz, haben sich vielfach den rigiden Strukturen des Pflgetags unterzuordnen und fristen somit vielerorts ein Schattendasein. Doch: „Menschen, die mit Menschen arbeiten, müssen sich in ihrem Tun auseinandersetzen, es überprüfen und reflektieren (...) Supervision oder Praxisberatung ist eine Notwendigkeit für die Arbeit in diesen Bereichen, doch stößt ihre Durchsetzung oft auf große Schwierigkeiten“ (Pörtner: 2008, S. 140). Dabei wird die Bedeutung der Interaktion als eine Interventionsmethode zwar als wichtig erachtet, doch ihr Stellenwert rangiert (immer noch) weit hinter den pflegerischen Aufgabenstellungen. Anders in der Behindertenhilfe: Hier sind kommunikative generell Räume vorhanden, die die Reflexion ermöglichen und fördern und damit Wege für das Team selbst, aber auch den Umgang mit den Betroffenen eröffnen<sup>66</sup>. Es wird als besonders wichtig erachtet, mit den Betroffenen in Kontakt zu sein, ihre Bedürfnisse zu kennen und entsprechende Unterstützungsleistungen anzubieten. In pflegerischen Kontexten wird die Pflegeverrichtung so gestaltet, dass sie für den Einzelnen Erlebnis, Erfahrung und Kontakt gleichermaßen darstellt.

Mit der Leitlinie des personenzentrierten Ansatzes hat die Altenhilfe bereits einen Grundstein gelegt. Dabei hat sich das Zusammenspiel von theoretischen Leitlinien und praktischen Handlungsanleitungen (s. DCM) als äußerst wertvoll erwiesen. „Wünschenswert sind interne Fortbildungsangebote in den Institutionen, in denen Ausbilder gemeinsam mit den beteiligten Mitarbeiterinnen auf den Grundlagen des Konzeptes eine personenzentrierte Arbeitsweise entwickeln können, welche die spezifischen Rahmenbedingungen der betreffenden Einrichtung berücksichtigt“ (Pörtner: 2008, S. 213f).

Erste Schritte in der *Behindertenhilfe* zur Implementierung des personenzentrierten Ansatzes wurden bereits von Haveman et al. (1998; 2000) durch die Entwicklung eines Lehrgangskonzepts zur Vorbereitung auf den Ruhestand und das Alter unternommen.

---

<sup>65</sup> diese Erkenntnis stammt aus eigenen Fortbildungen in der Altenhilfe, die zum Thema „Alles kein Problem ....oder doch?“ angeboten wurden.

<sup>66</sup> Dieser Ansatz wird durch das Bezugspflegesystem, die interdisziplinären Hilfeplankonferenzen, aber auch durch die meist wöchentlich stattfindenden Teambesprechungen sowie Supervisionen u. a. noch unterstützt – nicht zuletzt stellen diese interaktiven Räume eine Kernkompetenz der Mitarbeiter der Behindertenhilfe dar, wenn diese mit Menschen kommunizieren und in Kontakt treten können müssen, die sich möglicherweise nicht verbal äußern können.

Evaluationsergebnisse zur Durchführung dieser – und der nachfolgenden - Kurseinheiten liegen jedoch nicht vor und es bleibt ungewiss, ob sich diese methodische Anleitungen durchsetzen werden. Es ist schwer, Inhalte zu vermitteln, die zunächst „zeitraubend“ erscheinen und ihr Potential nicht in sofort ablesbaren Ergebnissen präsentieren, sondern erst im Menschen „wirken“ müssen, in dem eine Auseinandersetzung erfolgt, Vorstellungen ergründet werden und gestalterische Umsetzungen erfolgen können. „Allzuoft wird vergessen, dass Methoden lediglich Hilfsmittel sind, welche die Umsetzung personenzentrierter Grundlagen unterstützen sollen. (...). Entscheidend ist nicht dass, sondern wie mit einer Methode gearbeitet wird“ (Pörtner: 2005, S. 123). Die Gestaltung der Einheiten, die Durchführung, Evaluation und ggf. die Modifikation bereiten somit zunächst einmal Mühe. Möglicherweise erweist sich hier eine Rückbesinnung auf die Intentionen und Potentiale des personenzentrierten Ansatzes als äußerst ratsam. Sie bringt zudem den Vorteil, dass mit dem Blick auf das humanistische Menschenbild auch die Inhalte des Roger'schen Menschenbildes in die Soziale Arbeit zurückkehren und die Vision Kitwood's von der „neuen Kultur des Umgangs mit dem Altern und mit alten Menschen“ realisiert werden könnte. „Die personenzentrierten Grundlagen sind ein gutes Fundament dafür“ (Pörtner: 2005, S. 124f).

Im Zuge der Pluralisierung der Lebensstile werden auch ältere Menschen mit Behinderungen zunehmend selbstständiger und selbstbestimmter. Das Persönliche Budget in der Behinderten- und Altenhilfe wird als ein Baustein dieses Trends dazu beitragen, die Lebensstile aller alternden Menschen weiter ausdifferenzieren. „In dem Maße, in dem die Altersbilder faktisch pluralisiert werden, verliert auch die Stigmatisierung des Alters an Bedeutung“, so dass „jenseits von Klasse und Stand Individualisierungsschübe zu verzeichnen sind“ (Wetzler: 2000, S. 195 und 198). Dabei werden sich vermutlich in den nächsten Jahr(zehnt)en eine Vielzahl von neuen Lebensstil-Kombinationsmöglichkeiten und Wohnformen ergeben.

Den bisherigen Ausführungen folgend, vereinen sich in einer Art Schnittmenge zwischen Alten- und Behindertenhilfe Kernbereiche von Entwicklungen und Herausforderungen, die alle alt-werdenden Menschen gleichermaßen betreffen, denn die Anforderungen an die Lebensqualität von Menschen mit und ohne Behinderungen sind im Alter gleich (vgl. Wacker: 2002, S. 27). Ein Vergleich aus dem Jahr 1996 des Deutschen Zentrums für Altersfragen zeigt, dass lediglich die Plätze der Wünsche für das Alter in ihrer Rangfolge differieren (Wetzler: 2000, S. 193; BASE: 1996). Für Menschen mit Behinderungen sind in erster Linie Routinen wichtig, die Vertrautheit sichern, sowie Lebenssinn und Anerkennung.

Ältere Menschen ohne Behinderungen nennen zunächst die Gesundheit, dann Selbstständigkeit/Selbstbestimmung und dann den Wunsch nach Sicherheit. Auf dem Hintergrund biografischer Erfahrungen sind diese Zuordnungen wenig verwunderlich, haben doch die wenigsten Menschen mit Behinderungen sich in ihrem Leben selbst um ihre Gesundheit kümmern müssen, eine uneingeschränkte Selbstbestimmungsmöglichkeit erfahren können. Hingegen haben sie gelernt, sich bestimmten Routinen unterzuordnen, die sie als vertraute Muster in ihr Leben integriert haben. Den Lebenssinn und Anerkennung haben viele über die Erfüllung von Aufgaben oder ihre Arbeit in der WfbM erfahren.

Ganz allgemein gesehen, erscheint die Verbesserung der Lebensqualität für ältere Menschen in der Alten- und Behindertenhilfe ein Thema zu sein, das allen Beteiligten wichtig ist. Darüber hinaus weisen die Zielgruppen älterer Menschen mit Behinderungen und alte bzw. hochbetagte, möglicherweise pflegebedürftige/erkrankte Menschen vielfache Gemeinsamkeiten im Hinblick auf ihre Begleitung, Versorgung und ihren Unterstützungsbedarf auf. Die diesbezüglichen Fragestellungen und Aufgaben bei jedem älteren Menschen, ob mit oder ohne Behinderung, sind nicht gleich, sondern individuell, aber sie weisen dennoch auf gewisse Ähnlichkeiten auf.

Insbesondere im konzeptionellen Rahmen der „Lebensweltorientierung“ vereinen sich die fünf Kernthemen Teilhabe, Autonomie, Biografie, Gesundheit und Wohnen, die eine konvergente und multidimensionale Zusammenarbeit auf der Suche nach neuen Perspektiven, Lösungsansätzen in individuellen Fragestellungen und Aufgaben sinnvoll erscheinen lassen (Bsp. Wohnen im Alter, Pflege, Betreuung im Alltag, Nutzung von Unterstützungssystemen...). Es lohnt es sich deshalb, von Synergien und Erfahrungen zu profitieren, um wechselseitige Entwicklungen anzustoßen: Die Gemeinsamkeit der Leitbilder, deren Umsetzung über den personenzentrierten bzw. empowermentgestützten Ansatz erfolgen kann, bilden jedoch nur eine Schnittstelle, über die sich weiterhin ausgetauscht werden sollte.

Eingebettet sind diese Lebensbereiche für viele Menschen im Alter in Interaktionsbezügen, die sie in ihrem Alltag begleiten. Gerade im hohen Alter und in besonderen Lebenssituationen, die beispielsweise durch Behinderungen oder Beeinträchtigungen geprägt sind, sind Menschen dabei auf ihre Begleiter angewiesen, die in ihrem Sinne handeln und denen sie vertrauen können. Die Beziehung zum alten Menschen bildet damit das „tragende Element“ der Begleitung. Dabei müssen der Charakter und die Grenzen dieser Beziehung für alle Beteiligten klar sein, denn die Mitarbeiter üben in dieser Hinsicht ihren Beruf aus. „Das Wohl



und die Förderung der ihnen anvertrauten Menschen steht im Zentrum, es geht um ihre Bedürfnisse, um die Gestaltung ihrer Lebensbereiche, nicht um die der Betreuenden, deren privates Leben anderswo stattfindet“ (Pörtner: 2003, S. 110).

Für die Behindertenhilfe wird entscheidend sein, *wie* sie die Anleihen/Ansätze aus der Altenhilfe implementiert, modifiziert und im Alltag der Menschen mit Behinderungen und hohem Hilfebedarf umsetzt und *wie* Kooperationen mit Einrichtungen/Diensten der Altenhilfe gestaltet werden können, so dass sinnvolle Synergieeffekte entstehen können.

Eine Vision vom „neuen Alter“ (Wacker: 2001, S. 112ff) könnte darin liegen, die Chance zu ergreifen, Menschen mit Behinderungen zu ermutigen, zu befähigen und ihnen zuzutrauen, ihre Bedürfnisse zu erkennen, ihren eigenen individuellen Lebensstil zu finden, aufzubauen, zu gestalten und zu pflegen und d.h. auch, zu lernen, sich von anderen zu unterscheiden, sich abzugrenzen und eigene Wege zu gehen. Diese Wege zuzulassen und auch eigenwilligen Lebensentwürfen Raum zu geben, ist Aufgabe der Mitarbeiter und Einrichtungen. Dabei wird auf dem Hintergrund der Konzeptionen einer lebenswelt- und personzentrierten Alten- und Behindertenhilfe „Empowerment als modernes Interventions- und Förderprinzip (...) ein Mittel sein, um die Utopie der ‚neuen Alten‘ in eine Realutopie zu überführen“ (Wacker: 2001, S. 112).

Bedingt durch unterschiedliche Finanzierungsgrundlagen und juristische Rahmenbedingungen ist jedoch in beiden Hilfesystemen eine gewisse Systemimmanenz spürbar. Notwendige Innovationen, die möglicherweise ganz neue Perspektiven zur Gestaltung des Lebens im Alter bzw. des hohen Alters offerieren würden, werden zwar entwickelt, doch profitieren Alten- und Behindertenhilfe noch zu wenig von den Erfahrungen des anderen. Trotz dem in beiden Bereichen die Anforderungen an Pflege, Versorgung und Begleitung steigen und die Bereitschaft vorhanden ist, voneinander lernen zu wollen, fehlen häufig die Zugänge bzw. die Möglichkeiten des Austauschs verschiedener Ebenen der Leistungsträger.

Vor dem Hintergrund der demografischen Veränderungen sind Lösungen anzustreben, die nachhaltig, ressourcenschonend und bedarfsorientiert für die folgenden Generationen angelegt sind.

#### 4 Optionen gerontologisch begründeter Konvergenzen in der Altenhilfe und in der Behindertenhilfe

Durch die vorherigen Ausführungen ist deutlich geworden, dass sich die Leitbilder der Alten- und Behindertenhilfe nicht nur ähneln, sondern in den wesentlichen Kernbereichen durchaus deckungsgleich sind. Hinsichtlich ihrer Ausgestaltung gibt es jedoch Unterschiede: Während die Altenhilfe ihren Schwerpunkt in der Pflege, Alltagsbegleitung und Rehabilitation von pflegebedürftigen alten Menschen sieht, liegt der Fokus der Behindertenhilfe auf einer lebensbegleitenden heilpädagogischen Förderung und Begleitung sowie integrativen – insbesondere berufspädagogischen – Unterstützungsleistungen (vgl. Hermann: 2006, S. 235).

Die Lebensphase Alter findet noch wenig Berücksichtigung, da die Gruppe älterer Menschen noch sehr klein ist (s. o.). Beiden Ausrichtungen gemein ist, dass sie sich an der Lebenswelt und am einzelnen Menschen orientieren und dabei die Gestaltung von persönlichen und sozialen Lebensbezügen in den Mittelpunkt stellen. Insbesondere unter den Prämissen Teilhabe und Autonomie vereinen sich Ansätze, Konzepte und Möglichkeiten, die alten Menschen Chancen eröffnen, die „nicht die Defizite, sondern die Ressourcen in den Vordergrund“ (Pörtner: 2005, S. 5) stellen und die Anforderungen lösungsorientiert meistern helfen. Diese Herangehensweise wird sowohl von der Alten- als auch der Behindertenhilfe genutzt und sie belegt die konsequente Abkehr von einem Blickwinkel, der lediglich die Beeinträchtigungen hervorgehoben hat.

Die Überwindung der defizitorientierten Sichtweise wurde nicht zuletzt durch die Einführung der ICF (DIMDI: 2005) erleichtert, die mit ihren Entwürfen zu progressiven Perspektiven, niederschweligen Zugängen und porösen Durchlässigkeiten nicht nur dazu beigetragen hat, für ein neues Verständnis um den Begriff „Behinderung“ zu werben, sondern dieses auch als *eine* Normalität unter vielen anderen in der Gesellschaft verstehen zu lernen. Angelehnt an die Leitbilder „Teilhabe“ und „Autonomie“ wird so der Behinderungsbegriff zu einem Oberbegriff verdichtet „zu jeder Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit eines Menschen. Er ist damit umfassender als der Behinderungsbegriff des SGB IX“ (DIMDI - Vorwort: 2005, S. 4f) und berücksichtigt insbesondere auch den Lebenshintergrund und die Geschichte des Einzelnen. Ebenso enthält die ICF „die Rahmenbedingungen für die Herstellung von Chancengleichheit von Personen mit Behinderungen“ und gilt daher als geeignetes grundlegendes Instrument zur Umsetzung von sozialer Teilhabe und Unterstützung sowie zum Überwinden von gesellschaftlichen Barrieren. Und das sowohl für Menschen, die seit

frühen Jahren mit einer Behinderung leben als auch für solche, die im Laufe ihres Lebens eine Behinderung erworben haben.

Wie sich die Bedingungen für Menschen mit Behinderungen im gesellschaftlichen Kontext unter den Leitlinien des ICF darstellen und ausgestalten lassen, ist abhängig von den demografischen Vorzeichen, den sich vollziehenden strukturellen Rahmenbedingungen des Alters wie Hochaltrigkeit, Feminisierung, Ruhestandsphase und Singularisierung inklusive ihrer potentiellen Risiken wie Pflegebedürftigkeit, Isolation und gerontopsychiatrischen Erkrankungen und ihren jeweiligen Ausprägungen. So gesehen, kann davon ausgegangen werden, dass es sich im deutschen Sprachraum um eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung handelt, die zu ihrer Bewältigung die Kräfte einer ganzen Gesellschaft benötigen wird. Die stetig steigende Anzahl von Menschen mit Demenz ist ein Indiz dafür, das in diese Richtung weist.

Im Kontext dieser Fragestellung lohnt sich bisweilen auch der Blick in andere Länder, denn es gilt, nicht nur eine nationale, sondern ebenfalls eine internationale Aufgabe meistern zu müssen. Das Alter und seine demografischen Auswirkungen stellen auch andere Nationen vor Anforderungen. Der Erfahrungs- und Informationsaustausch mit Vertretern anderer Länder kann hier sicherlich effektive bzw. produktive (vgl. Staudinger: 2003) Ergebnisse bringen. Damit sind nicht nur politisch engagierte Menschen gemeint, sondern es gilt, insbesondere diejenigen anzusprechen und zu gewinnen, die dieser demografische Wandel selbst betrifft: Ältere Menschen müssen *selbst* vermehrt Gelegenheiten erhalten und auch aktiv ergreifen, sich produktiv einbringen zu können: Für sich selbst, für andere sowie intra- und intergenerativ. Dann werden sie auch selbst auf die Potentiale des Alters insbesondere im höheren Alter setzen können. Fraglich nur, um welche Potentiale es zukünftig gehen wird. Das herauszufinden und dabei Formen zu gestalten, die den persönlichen Bedarfen entsprechen, aber auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen weiterentwickeln helfen, ist die dringliche Aufgabe der nächsten Jahre. Es geht daher „um die Schaffung neuer Formen der Produktivität, die den Fähigkeiten und Wünschen dieser Lebensphase gerecht werden, ähnlich wie dies dem von den Vereinten Nationen 2002 in Madrid verabschiedeten internationalen Aktionsplan für das Altern vorgeschlagen und empfohlen wird“ (Staudinger: 2003, S. 36ff).

Eine dieser Formen ist auch der vermehrte Aus- und Aufbau neuer Initiativen des *Bürgerschaftlichen Engagements*. „Allerdings zeigen alle diese Bemühungen bisher noch nicht die angestrebte Breitenwirkung bei der gegenwärtig älteren Generation. Nach dem Alters-Survey sind bei den über 65jährigen nur 12,3% ehrenamtlich und 3,3% beruflich tätig. Im internationalen Vergleich ist das Engagement der deutschen Rentner immer noch als vergleichsweise gering einzustufen“ (ebd.). Dabei ist eben diese Art von „Produktivität“ für das Alter von entscheidender Bedeutung, denn es geht um nicht weniger als um die Herstellung der eigenen Zufriedenheit / des eigenen Wohlbefindens im Alter. Die Notwendigkeit, sich mit dieser Zielsetzung auseinanderzusetzen erscheint zunächst nicht wirklich nahe liegend, doch erfährt der Mensch genau dort ihren Sinn, wo er sich für sie einsetzt, produktiv ist, Pläne verfolgt, Anerkennung und Harmonie erfährt. „Ein solcher Sinnbegriff und Begriff von Produktivität machen deutlich, dass der biologische Abbau und der soziale Rollenverlust per se zu keinem Bedeutungs- oder Produktivitätsverlust führen müssen. Vielmehr ist es das Leben, das die alte Person mit diesen biologischen und sozialen Veränderungen führt, dass sinnvoll oder sinnlos, das produktiv oder unproduktiv ist“ (ebd.). Vor diesem Hintergrund muss alten Menschen die Weitergabe von intergenerativem, aber auch generativem und individuellem Wissen als Handlungsauftrag erscheinen. Durch die vielerorts entstandenen Wohnprojekte - exemplarisch seien hier die Hausgemeinschaften und Mehrgenerationenhäusern genant - kann gezeigt werden, dass die Zufriedenheit derjenigen, die sich beteiligen und einbringen um ein Vielfaches steigt, denn sie gestalten ihre Zukunft aktiv und nach ihren eigenen Wünschen mit <sup>67</sup>.

Auch ältere Menschen mit Behinderungen verspüren vielfach den Wunsch, ihre Erfahrungen einbringen zu wollen, diese weiterzugeben und darüber mit anderen sprechen zu wollen. Die Unterstützung dieser Art von Produktivität des Alters durch die Schaffung von niederschweligen Rahmenbedingungen, die auch für Menschen mit Behinderungen leicht zugänglich sind, stellt eine andere Anforderung dar, die eine Gesellschaft, die auf Vielfalt der Lebens- und Altersstile setzt, meistern muss. Nebenbei sei betont, dass die Leistungen, die durch das Bürgerschaftliche Engagement von Menschen erbracht werden, „in ihren direkten Auswirkungen auf die volkswirtschaftliche Produktivität im engeren Sinne (...) kaum zu überschätzen“ (Staudinger: 2003, S. 37) sind. So gesehen hat diese sog. Produktivität des Alters zwei Seiten: eine psycho-soziale, die am ehesten in der Interaktion mit anderen zur Wirkung kommt und eine gesellschaftliche, die die Unterstützung von anderen älteren

---

<sup>67</sup> [www.bertelsmann-stiftung.de](http://www.bertelsmann-stiftung.de) → Projekt: SONG. Leben im Quartier.

Menschen oder eine ehrenamtliche Dienstleistung in den Vordergrund rückt, die dem Gemeinwohl zu Gute kommt. Dabei ist zu beachten, dass auch diejenigen, die diese bürgerschaftlichen Dienstleistungen erbringen, häufig selbst bereits zu der Gruppe älterer Menschen gehören, die einerseits ihre „späte Freiheit“ genießen wollen und sich andererseits gesellschaftlich einbringen wollen. So gesehen, ist es wichtig, auch ihre Interessen und Kompetenzen zu erfragen und zu kennen, um die Partner, die zusammen gebracht werden produktiv sein wollen, passgenauer zusammen bringen zu können.

Allein der perspektivische Blick auf das hohe und sehr hohe Alter mit seinen schleichenden oder auch einschneidenden sozialen und gesundheitlichen Veränderungen legt „Initiativen zugunsten einer gezielten ‚Politik des vierten Lebensalters‘ nahe“ (Zeman; Schmidt: 2001, S. 270f). Sozialpolitisch fraglich bleibt, ob die Konzentration auf das vierte Lebensalter eine neuerliche Ausrichtung auf die Defizite des Alters mit sich bringt, die sich wiederum stigmatisierend auf die letzte Lebensphase auswirken könnte. Doch es ist „zu erwarten, dass gerade unter dem Eindruck der demografisch alternden Gesellschaft, gerontologische und seniorenpolitische Ansätze an Bedeutung gewinnen werden, die auf die gesellschaftliche und kulturelle Integration der Altersphase in ihrem Gesamtverlauf gerichtet sind, ohne sie mithilfe einer ‚Phasenlehre‘ sozialtechnologisch in den Griff nehmen wollen“ (Zeman; Schmidt: 2001, S. 271f). Der vierte Altenbericht aus dem Jahr 2002 unterstützt diese Intention, denn „die Kommission geht davon aus, dass das ‚vierte Alter‘ ein Lebensabschnitt ist, der den Erfolg moderner Gesellschaft widerspiegelt (...). Die Kommission ist der Überzeugung, dass Menschen in allen Lebensabschnitten, also auch im hohen Lebensalter als handelnde Personen anzusehen sind, die selbstständiges und selbstbestimmtes Leben anstreben. Die stetig steigende Anzahl der über 90jährigen „fitten“ Rentner scheint diese Aussage zu stützen. Diese grundsätzliche Überzeugung gilt auch für demenziell erkrankte ältere Menschen, wobei hier die Unterstützung und Begleitung in Abhängigkeit von den Kompetenzen der betroffenen Personen gestaltet werden muss. Die Kommission vertritt die Auffassung, dass präventive, kurative, pflegerische und psychosoziale Interventionen eine Minimierung von Risiken im Alter bewirken und Elemente für ein gutes Leben im Alter bereitstellen können. Dazu bedarf es eines solidarischen gesellschaftlichen Klimas und verlässlicher gesellschaftlicher Rahmenbedingungen: Nicht allein die individuelle Verantwortung für Lebensqualität im hohen Alter ist gefordert, sondern auch gesellschaftliche und staatliche Daseinsvorsorge“ (BMFSFJ: 2002, S. 51)

In der Konsequenz ist allerdings keine Egalisierung der Altersphasen gefragt, sondern eine genauere Definition der Bedarfe, Kompetenzen und Interessen der verschiedenen Zielgruppen, die sich an sozialen und gesellschaftlichen Parametern orientieren und beispielsweise den Grad der Selbstständigkeit in der alltäglichen Lebensführung in den Blick nehmen. Dabei werden der Ausbau und die Weiterentwicklung der Altenhilfe vor dem Hintergrund der sich ausdifferenzierenden Altersstile neu zu definieren sein. Die Versorgung wird sich nicht nur auf den Bereich Wohnen fokussieren, sondern es ist auch „ein Bedeutungszuwachs der sozialräumlichen und umfeldbezogenen Stützung von Betagtenhaushalten zu erwarten. Dies beinhaltet nicht nur infrastrukturelle Optimierungen, sondern auch soziale Hilfen, die in der Fläche bzw. in das Quartier wirken“ (Zeman; Schmidt: 2001, S. 272). Das Konzept des ambulant Betreuten Wohnens bzw. der häuslichen Versorgung und der neuen Formen hausgemeinschaftlichen Wohnens sowie des Service Wohnens werden weiter an Bedeutung gewinnen (Bsp. Mehrgenerationenhäuser) und neben pflegerischen Leistungen, könnte die Zukunft einer sozialen Altenarbeit in flankierenden Angeboten für den alten Menschen und seine Angehörigen bestehen. Bereits 1998 hat der Bundesverband der Arbeiterwohlfahrt ein sozialräumlich angelegtes Angebot vorgelegt: Es handelt sich um eine „Rahmenkonzeption für eine offene Altenarbeit (...), die dieses Feld als integralen Bestandteil von Bürgerbegegnungsarbeit fasst und eine Grundlage für die Erstellung oder Überarbeitung von Einzelkonzeptionen auf regionaler oder lokaler Ebene bietet. Dabei wird die Erfahrung, dass die Nachfrage nach traditionellen Formen der offenen Altenarbeit (...) rückläufig ist, Rechnung getragen, und ein ‚integrativer Ansatz‘, der offene Altenarbeit als Teil von Bürgerbegegnungsarbeit definiert, verfolgt. Damit sollen im traditionellen Spektrum der Altenhilfe nun auch generationenübergreifende Perspektiven verankert werden, wie sie im Kontext innovativer Projekte bereits realisiert wurden“ (Zeman; Schmidt: 2001, S. 273f).

Um weitere neue Projekte auf den Weg zu bringen, die u. a. die Bürgerbeteiligung und auch die Wahlrechte stärken, müssen auch die finanziellen Bedingungen grundlegend neu verhandelt werden, denn „ ‚die Ökonomisierung des Sozialen‘ (wird) auch für die soziale Altenarbeit beträchtlich sein“ (Zeman; Schmidt: 2001, S. 276), doch andererseits auch neue Potentiale erschließen und Optionen eröffnen. Neue Wege können beispielsweise durch die Untervermietung von Räumen, das Erheben von Beiträgen für Veranstaltungen, sozialen Dienstleistungen oder monatliche Gebühren begangen werden. Das Spannungsfeld der sozialen Altenhilfe wird sich auch zukünftig „zwischen der Konzentration auf soziale

Hilfebedürftigkeit und einer eher auf Ressourcen der Älteren setzenden gesellschaftsorientierten Seniorenpolitik entfalten“ (Zeman; Schmidt: 2001, S. 276). Dabei wird die Hauptaufgabe so definiert sein, dass „die soziale und gesellschaftliche Integration von Individuen und Zielgruppen in allen Lebenslagen des Alters zu sichern und weiter voranzutreiben“ (Zeman; Schmidt: 2001, S. 277) ist. Im Einzelnen werden somit folgende Aufgaben angesprochen: Prävention und Schutz vor Ausgrenzung, Durchlässigmachen von starren Altersgrenzen, Abbau von Barrieren, Aufbau von Konzepten zur Partizipation, anwaltliche Interessensvertretung, Anregung und Empowerment in Richtung „Selbstbestimmtes Leben im Alter“, Förderung der Selbsthilfe und Autonomie, Förderung des bürgerschaftlichen Engagements, die Vernetzung von Angeboten. Intention sozialer Arbeit ist nicht mehr das ausschließliche Bereitstellen von Leistungen und Angeboten, sondern auch die Anregung und Unterstützung zur Selbsthilfe und – organisation. In intergenerativer Hinsicht übernehmen viele Ältere im privaten bereits Aufgaben für jüngere Menschen, doch diese auch öffentlich zu erschließen, „ist ein sozialstaatliches Anliegen mit wachsender Priorität“ (Zeman; Schmidt: 2001, S. 277).

Neben diesen psychosozialen Aspekten heißt Teilhabe auch, dass Menschen mit Behinderungen die Möglichkeiten und Innovationen im Bereich *Gesundheit, Prävention, Rehabilitation* sowie in den Bereichen *Pflege* und auch *Palliative Care* uneingeschränkt und selbstständig in Anspruch nehmen bzw. nutzen können – auch wenn sie ein Alter erreichen, in dem sie nicht mehr „gefördert“ werden können, weil sie den schützenden Raum der WfbM verlassen haben. Dazu sollten sie selbst vermehrt die Chance erhalten, ihre Bedürfnisse artikulieren zu können, sich einzubringen und damit ernst genommen werden, denn „wie Menschen sich mit ihrem Alter zurechtfinden werden, wird entscheidend davon beeinflusst, was sie bisher in ihrem Leben erlebt habe und wie mit ihnen umgegangen wurde. (...) Mit anderen Worten: wie jüngere Menschen mit geistiger Behinderung jetzt betreut werden, hat direkte Auswirkungen darauf, wie sie sich später mit ihrem Altsein zurechtfinden werden. Betreuende, die personenzentriert arbeiten, die Menschen mit geistiger Behinderung in ihrer Individualität respektieren und unterstützen, die offen sind für das ‚andere‘ in anderen Menschen, sind gut gerüstet, um ihnen, wenn sie alt geworden sind, weiterhin gerecht werden zu können“ (Pörtner: 2005, S. 141f). Dieser Prozess der Begleitung sollte so frühzeitig einsetzen, dass Menschen mit Behinderungen die Chance haben, „die Veränderungen, die sie an sich erleben, besser einordnen und akzeptieren können“ (Pörtner: 2005, S. 140).

Doch werden die Systeme der Alten- und Behindertenhilfe nicht zuletzt auch durch die finanziellen Rahmenbedingungen bestimmt (und begrenzt), die sich vor allem durch die Aufteilung des SGB ergeben: Menschen mit Behinderungen erhalten in erster Linie Leistungen nach den Vorgaben des SGB IX und XII, die Leistungen für Menschen im Alter werden nach dem SGB V, SGB XI und auch nach dem SGB XII abgerechnet. In Fällen der Pflegebedürftigkeit von älteren Menschen mit Behinderungen führt gerade diese Systemimmanenz zu Problemen, denn derjenige Träger, der die Eingliederungshilfe nach dem SGB IX zu finanzieren hat, hat zunächst alle Leistungen aus einer Hand zu gewähren. „Bei Menschen mit anerkannter Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI erhält er zusätzlich von der zuständigen Pflegekasse eine pauschale Erstattung der Pflegeaufwendungen, die allerdings nur zehn Prozent der Gesamtvergütung und maximal 256 € beträgt. Mit dieser Erstattung sind die Träger der Sozialhilfe nicht zufrieden und sie fordern daher – übrigens gemeinsam mit den Verbänden behinderter Menschen – eine Anerkennung des Wohnheims der Eingliederungshilfe als ‚Häuslichkeit‘, in welcher Pflegebedürftige dann die gesamten Leistungen der häuslichen Pflege nach SGB XI beanspruchen können“ (Sack: 2008, S. 10). Diese Prämisse würde es zulassen, dass ein alter pflegebedürftiger Mensch mit Behinderung dort alt und gepflegt werden könnte, wo er auch lebt. Ebenso könnten noch andere Optionen eröffnet werden, die ein uneingeschränktes Wahlrecht ermöglichen, d. h. auch dass ein Einzug in ein Wohnangebot der Altenhilfe möglich wird, wenn gewünscht.

Nach dem SGB XII, in dem die Aufgabe der Eingliederungshilfe formuliert ist, gibt es für die Erfüllung dieser Prämisse keine Altergrenze. Aus der anderen Perspektive betrachtet, müsste der Mensch mit Behinderung in ein Pflegeheim umziehen, sobald die Pflege - und nicht die Teilhabe - und damit auch eine andere gesetzliche Finanzierungsgrundlage (SGB XI und XII) – im Vordergrund stünde. Zwar gilt nach dem § 55 SGB XII, dass „eine Verlegung eines pflegebedürftigen Menschen mit Behinderung unter Beachtung seiner angemessenen Wünsche nur dann in Frage kommt, wenn der Träger der Einrichtung feststellt, dass die Pflege eines behinderten Menschen in dieser Einrichtung nicht sichergestellt werden kann (Sack: 2008, S. 11), doch stellt sich in diesem Zusammenhang umgekehrt die Frage, ob die Einrichtungen der Behindertenhilfe überhaupt in der Lage sein werden, diese Bedarfe auch adäquat abdecken zu können.

Für den älteren Menschen selbst ist es elementar wichtig, zu wissen, wohin er gehört – wo er zu Hause ist. „Daher ist die Zielsetzung im Alter seinen ‚angestammten‘ Platz zum Wohnen



nicht zu verlieren, eine Zielsetzung, die selbstverständlich für alle alt werdenden Menschen sehr wichtig ist, für Menschen mit geistiger Behinderung von besonders zentraler Bedeutung. Der Großteil der heute alt werdenden Menschen mit geistiger Behinderung lebt in Heimen und hat daher den Wunsch, weiterhin in den Wohneinrichtungen für behinderte Menschen zu leben, in denen sie ihre Heimat gefunden haben (Sack: 2008, S. 12). Viele Einrichtungen der Behindertenhilfe passen diesbezüglich ihre Angebote / Leistungen selbst an: Sie versammeln pflegerische und pädagogische Professionen in den Teams, arbeiten mit ambulanten Pflegediensten zusammen, gestalten Angebote und Gruppen für Senioren und nutzen - bedauerlicherweise noch zu wenig - Methoden aus der Altenhilfe. Sicherlich würde der möglicherweise modifizierte Einsatz der DCM Methode, der Mäeutik in der Pflege und der vermehrte Einsatz von palliativen Methoden einen Fortschritt und eine Verbesserung der Betreuungsqualität von schwerst-mehrfach behinderten Menschen bringen. Darüber hinaus gehören altersspezifische Kenntnisse und Fähigkeiten in jede Ausbildung und in jedes Team der Behindertenhilfe.

Im Zuge des vermehrten Ausbaus *ambulanter Strukturen* stellt sich die Frage nach der Versorgung jedoch ganz neu, denn auch die Bewohner des Betreuten Wohnens werden dort alt und gepflegt werden wollen, wo sie leben. Normalität kann in diesem Zusammenhang nicht nur bedeuten, in ein Pflegeheim umzuziehen. Diese Entscheidungen sind für den Einzelnen abhängig zu treffen.

Ein Anbieter aus der Region des Kreises Borken und aus der Stadt Dortmund zeigen, dass es auch anders geht und, dass Menschen mit Behinderungen und alte Menschen durchaus Tür an Tür in einer Einrichtung leben können. Darüber hinaus könnte ein Blick in die vielerorts neu entstandenen Hausgemeinschaften in der Altenhilfe (KDA: 2001) lohnenswert sein, die zunehmend auch ambulant betreut werden und in denen sich Menschen auch bürgerschaftlich engagieren können ([www.gemeinsam-sein.de](http://www.gemeinsam-sein.de)).

Die hohe Bedeutung des Bürgerschaftlichen Engagements offenbart sich in der Altenhilfe insbesondere darin, dass es nicht gelingen würde ohne auszukommen. „Demenz ist keine ausschließliche Angelegenheit professioneller Berufsgruppen, Institutionen und Disziplinen, Demenz gehört in die Mitte der (Zivil-)Gesellschaft. Wenn für die originäre Pflege oder die Begleitung von Menschen mit Demenz formuliert wird, dass es einer Koproduktion bedarf, muss mit Blick auf das zivilgesellschaftliche Projekt eines demenzfreundlichen

Gemeinwesens weitergehend formuliert werden: Es bedarf des Bündnisses aller gesellschaftlicher Gruppen; jedoch muss darin das Engagement der Bürgerinnen und Bürger als Experten ihres Lebens und Zusammenlebens - auch im Alter – eine zentrale Rolle spielen“ (Wißmann; Gronemeyer: 2008, S. 151f). Somit bedeutet Teilhabe auch, das alte Menschen im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbst aktiv werden können und dabei durch kommunale Dienste, Angebote und Gegebenheiten unterstützt werden. Die Vielfalt der Lebensstile, Haltungen, Kompetenzen und die Heterogenität der Altersgruppen können in ihrem Zusammenspiel als bestimmende Faktoren gelten, die über die Möglichkeiten und Chancen einer zukunftsorientierten und offenen Gesellschaft mitentschieden werden.

**Welche praktischen Bedeutungen können diese sozialpolitischen und gesellschaftlich angestoßenen Diskussionspunkte und Strömungen vor dem Hintergrund einer lebenswelt- und personzentrierten Ausrichtung für die Alten- und Behindertenhilfe haben?**

Lebenswelt ist der Bereich der Wirklichkeit, der sich durch unser stetiges Handeln und die Interaktion in ihr erschließt. Im Alltag begegnen wir den natürlichen und gesellschaftlichen Gegebenheiten, die wir als Bedingungen erleben und bewältigen (lernen) müssen. „Wir erfahren den Alltag wesensmäßig als den Bereich menschlicher Praxis“ (Schütz, Luckmann: 2003, S. 447f). In ihm bestehen und entstehen über das bewusste Erleben zahlreiche Verbindungen und Netzwerke, die in ihrem Kern als „systematisch verbundene thematische, interpretative und motivmäßige Relevanzen zusammen wirken“ (ebd.) können.

Im Erleben selbst zeigt sich ein *ganzheitlicher Typus* (ebd.), der die Gegebenheiten der natürlichen Einstellung repräsentiert.

Dieser Typus erleichtert das Verstehen des Alltags, die Integration von Erlebnissen auch Gegenständen, Personen und Situationen. Für alte und behinderte Menschen ist dieses Verständnis insofern von Bedeutung, als dass es Vertrauen und Orientierung schafft, wo die reine Kognition nachlässt. Sie können sich darauf verlassen – ohne verlassen zu sein. Wo allerdings neue Erfahrungen gemacht werden, da ist eine bewusste Aufmerksamkeit gefragt, da ist Reflexion erforderlich, da wird auch die Integration in die bereits bestehenden Erfahrungen angestoßen.

In der Alten- und Behindertenhilfe wird gleichermaßen auf die reinigende, reflexive und bilanzierende Kraft der Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie gesetzt. Im bewussten (Nach-) Erleben der Lebensereignisse und Situationen zeigt sich, was dem einzelnen Menschen in seiner letzten Lebensphase – wörtlich gesprochen – am Herzen liegt bzw. auch, welche Ziele und Pläne er noch verfolgen möchte, um die eigene Lebensgeschichte vervollständigen zu können. Dieses Ansinnen vereint sowohl intrapersonelle als ökologische Komponenten des Seins und erfordert somit die Integration von Lebenswelt und Person. Oder anders gesagt: es berücksichtigt insbesondere die Bedarfe der Person in der eigenen Lebenswelt und – geschichte. Über das retrospektive Erleben werden Abschnitte, Situationen oder Erfahrungen noch einmal gemacht.

Ist – so mag man sich nun fragen – die Biografie denn nur über ein bewusstes Erleben erfahrbar? Jein. Ja, weil darüber die Kognition angesprochen wird und reflexive, d.h. auch therapeutische Zwecke in Gang gesetzt werden können, die einer bewussten Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte förderlich sind. Und nein, weil sich über lebensweltlich und – geschichtlich geprägte Erlebnisse die Ebenen des subjektiven relevanten Typus synthetisch miteinander verschmelzen lassen und ebenso intensive Erfahrungen zulassen, die auch Menschen mit Beeinträchtigungen Zugänge zu ihrer Biografie verschaffen (beispielsweise über Photos, Bücher, alte Briefe, Möbel, Bilder, Gerüche, Nahrungsmittel...). In dieser Hinsicht ist der zweite Weg der Weg, den Menschen mit Beeinträchtigungen besser verstehen werden, weil er die Gefühlsebene über das Erlebte anspricht.

Einzig notwendig ist es, dass sich die Begleiter ganzheitlich auf die Person einstellen, sich ihr annähern und ihr vielfältige Optionen eröffnen, die möglicherweise auch krisenhaft aussehen bzw. enden können, aber in jedem Fall ein *eigenes Erleben* ermöglichen. Standards sind hierzu weniger gefragt – einzig ein Einstellen und Erspüren der Bedürfnisse einer Person in seiner alltäglichen Wirklichkeit kann sich als hilfreich erweisen. Ein erster Weg dazu kann der Einsatz der DCM Methode sein, der über die Beobachtung Zugänge zum Menschen schafft und Verhalten erklärbar macht.

Darüber hinaus ist es wichtig, zu erfahren, welchen Prioritäten sich ein Mensch zuwendet / zuwenden möchte und welchen Sinn er für sich worin sieht. Was treibt ihn an, was motiviert ihn, sich gerade mit diesen oder jenen Themen oder Handlungen zu beschäftigen? Wird der personenzentrierte Ansatz erst genommen, so kann der Einzelne – so unsinnig oder eigensinnig

es auch für andere aussehen mag - über das zu entscheiden, was sein Leben im Alltag ausmacht. „Es trifft zweifellos zu, dass der Handelnde selbst und kein anderer mit letzter Gewissheit darüber entscheiden kann, ob etwas, das gerade geschieht, von ihm selbst so oder anders entworfen worden war oder ob es sich um Ereignisse handelt, die ohne sein Zutun im Gang sind“ (Schütz, Luckmann: 2003, S. 451). Doch wenn der Mensch allein nicht in der Lage ist, müssen die Begleiter als Assistenten oder Anwälte fungieren und Optionen schaffen, die Entscheidungen in dem Rahmen ermöglichen, in dem der Mensch fähig ist, sie auch selbst treffen zu können.

Für das Leben und Wohnen in Angeboten der Alten- und Behindertenhilfe ist noch ein weiterer Aspekt von Bedeutung, denn Menschen erleben hier, dass ihre Welt aus vielen Regeln, Bedingungen und Vorgaben besteht, die für sie zunächst einmal unverrückbar erscheinen, die sie als schlicht gegebene Wirklichkeit sehen, die ihnen jedoch auch Halt und Orientierung bietet. In dieser Lebenswelt begegnen Menschen ihresgleichen und versuchen miteinander zu interagieren. Dazu sind Mittel und Zeichen von Bedeutung, die für alle verständlich sind und die einen für die Lebenswelt vertrauten Rahmen schaffen, in dem der Mensch seine Erfahrungen macht: „In der Gemeinsamkeit von Zeit und Raum, in der leibhaftigen Gegenwart des Mitmenschen gelingt mir dies durch unmittelbare Beobachtung. Im Gegensatz zur reflektiven Erfassung der Wesenszüge der ‚reinen‘ Wir-Beziehung erfasse ich den Anderen aktuell in einer gewissen Bestimmtheit“ (Schütz; Luckmann: 2003, S. 105).

Dabei kann sich die Wahrnehmung auf das Handeln und Tun oder auf eine bestimmte Dichte und Nähe im Erleben beziehen. Beispielsweise halten sich viele demenziell erkrankte Menschen gern an den Händen, da sie sich über dieses Medium selbst erspüren und miteinander kommunizieren können – in einer Lebenswelt, die ihnen immer fremder wird, denn der „Drang nach Aktualisierung oder Selbstverwirklichung ist ein Schlüsselkonstrukt“ (Morton: 2002, S. 20), das den Menschen antreibt, ihm Motivation und Kraft verleiht – bis zuletzt. Das Erleben bleibt, denn es verbindet sich für den Einzelnen in der Gesamtheit der sensorischen und emotionalen Ereignisse, die auf ihn einströmen – auch, wenn er demenziell erkrankt und/ oder behindert ist. Sich selbst zu erleben und sich zu aktualisieren bedeutet insbesondere für demenziell erkrankte Menschen, die im Verlauf ihrer degenerativen Erkrankung immer mehr Verluste erleiden müssen, noch da zu sein, noch präsent zu sein, sich zu spüren und auf ihre Art teilzuhaben. So dient das Erleben, Handeln und Kommunizieren der Aufrechterhaltung des Selbstkonzepts. Stimmt das Selbstkonzept mit der gemachten /

gefühlten Erfahrung überein, so ist eine seelische Balance gegeben. Diese zu erhalten, zu unterstützen und zu fördern, muss Ziel jeglicher Begleitung von Menschen mit Beeinträchtigungen im Alter sein (vgl. Pörtner: 2005, S. 32ff). Dass diese Aufrechterhaltung auch gelingen kann, dazu ist u. a. eine förderliche und anregende Umgebung notwendig, die Vertrauen, Sicherheit und Orientierung vermittelt.

Ein Beispiel dazu liefert das Konzept der sog. Pflegeoase aus der Schweiz. Dort werden hochbetagte und schwer-pflegebedürftige Menschen in einem großen Raum zusammen gepflegt, betreut und begleitet. „Dabei gehen die Akteure davon aus, dass auch weitgehend immobile Menschen mit schweren Demenzen den Halt und die Geborgenheit der Gruppe suchen, vertraute Geräusche um sich haben möchten, sich selbst spüren wollen, angst- und schmerzfrei sein möchten, jemanden brauchen, der Signale wahrnimmt und in ihrem Sinne interpretiert. Dass sie die Möglichkeit der Gemeinschaft benötigen und auch die des Rückzugs in bestimmten Situationen. Diese Entwicklungen werden meist unter dem Begriff ‚Oase‘ als eine Möglichkeit der Milieugestaltung diskutiert“ (Eisenberg: 2007, S. 27). Dabei wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch Gemeinschaft braucht – am Tag und manche auch in der Nacht. „Entweder in einem Raum – für etwa vier bis zehn Personen – mit individuell gestalteten Nischen für die Betten. Oder in einem Raum der Gemeinschaft, in dem die Menschen tagsüber zusammen sind und die Nacht sowie eventuell erforderliche Rückzugszeiten (...) in ihrem Zimmer verbringen“ (ebd.). Darüber hinaus gehört eine interdisziplinäre Präsenz von Fachkräften zum Konzept, die sich um die Zuwendung und Ansprache aller Sinne der Erkrankten bemühen und auch palliative Ansätze berücksichtigen. Die wichtigste Erkenntnis aus den Erfahrungen der Pflegeoase lautet, dass „Menschen in der Oase spüren, dass sie nicht allein sind. Manchmal sind sie rund um die Uhr in dieser Gemeinschaft, sitzen oder liegen zusammen, ihre Betten fügen sich in die Idee des Raumes ein“ (Eisenberg: 2007, S. 29) Zu erkennen, wann ein Mensch eine Rückzugsmöglichkeit braucht, ist Aufgabe der Betreuungskräfte – diese brauchen geschulte Sinne und ein Wissen um die Bedürfnisse des Einzelnen. Die Methode DCM kann sich auch hier als hilfreiche Methode zur Umsetzung dieses innovativen Ansatzes erweisen.

An einem solchen Ort fühlen sich Menschen in ihrem Erleben verstanden. „Deshalb ist es bei Pflege und Betreuung so wichtig, sich in das Erleben anderer Menschen einfühlen zu können“ (Pörtner: 2005, S. 45). Aktives Zuhören, zu lernen, den anderen zu verstehen und ihm aufmerksam und achtsam zu begegnen, sind Grundlagen im Umgang mit Menschen mit

Beeinträchtigungen. Die Gestaltung der Umgebung und die organisatorische Struktur sind insoweit von Bedeutung als dass sie einen erheblichen Einfluss auf die Unabhängigkeit und Autonomie des Einzelnen ausüben. In einem britischen Projekt und in schwedischen Wohngruppen hat man Menschen mit Demenz und ihrem Bedürfnis, sich nützlich fühlen zu wollen, entsprochen und ihnen Aufgaben gegeben, die sie in Eigenregie erfüllen. Dabei mussten zunächst die Betreuer lernen, wie sie mit den Menschen mit Demenz so kommunizieren können, dass sie ihnen auch Optionen und Wahlmöglichkeiten einräumen konnten, um die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz überhaupt eruieren zu können. „Ein nicht-direktives Vorgehen bei der Kommunikation mit Menschen mit Demenz stellt uns vor eine sehr große Herausforderung“, die - wenn sie angenommen wird – viele Betreuer und Begleiter in ihrem Selbstverständnis bestätigt und ihnen mitteilt, dass sie nun mit den Elementen, Inhalten und Visionen arbeiten, für die sie ehemals als Berufsanfänger angetreten sind. Nicht-direktive, d.h. anregende Umgebungen zu schaffen für Menschen mit Beeinträchtigungen, die ihnen Optionen für Entscheidungen und Wahlmöglichkeiten eröffnen und ihnen auf ihre Art Sinn vermitteln und das Gefühl des Gebrauchtseins wird weithin die mittelbare Herausforderung der Alten- und Behindertenhilfe sein.

Auf der Basis einer lebensweltorientierten und personzentrierten Ausrichtung in der Alten- und Behindertenhilfe bieten sich weitere vielfältige Ansatzpunkte, die Raum für neue Inspirationen Visionen in der Betreuung und Begleitung von älteren Menschen und Menschen mit Beeinträchtigungen geben. Den Anlass dazu geben die Menschen selbst, denn sie lernen, ihre Bedürfnisse besser artikulieren zu können, kennen ihre Rechte und bereiten sich mehr und mehr auf das Alter(n) vor. So begründet sich die Hoffnung, dass die Entwicklung und Umsetzung weiterer Ideen eine neue Kultur des Umgangs, der Pflege, der Begleitung des Wohnens und des bürgerschaftlichen Handelns hervorbringen wird, die zu einem solidarischen Verständnis beiträgt und eine Vielfalt an Lebensstilen hervorbringen wird, in der auch Menschen mit Beeinträchtigungen ihren Platz finden werden.

## 5 Literatur

**Aktion Mensch (2003):** Magazin, Ausgabe 3.

**Antonovsky, A. (1997):** Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.

**Arbeitskreis Teilhabeorientierte Pflege bei der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (2006):** Empfehlungen für eine teilhabeorientierte Pflege.

[http://www.behindertenbeauftragte.de/nn\\_1040688/SharedDocs/Downloads/DE/Teilhabeorientierte\\_Pflege\\_\\_Soziales\\_\\_Ne,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Teilhabeorientierte\\_Pflege\\_\\_Soziales\\_\\_Ne.pdf](http://www.behindertenbeauftragte.de/nn_1040688/SharedDocs/Downloads/DE/Teilhabeorientierte_Pflege__Soziales__Ne,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Teilhabeorientierte_Pflege__Soziales__Ne.pdf)

**Atchley, R. C. (1971):** Retirement and leisure participation. Continuity or crisis? In: The Gerontologist, 11, p. 13 – 17.

**Backes, G.; Clemens, W. (1998):** Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung, Weinheim, München: Juventa.

**Baltes, P. (1987):** Theoretical propositions of life-span development psychology: On the dynamics between growth and decline. Development Psychology, 23, p. 611 – 626.

**Baltes, P.; Baltes, M. (1990):** Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: Baltes, P., Baltes, M. (Hrsg.): Successful aging: Perspectives from behavioral sciences, S. 1 – 3. Cambridge: Cambridge Press.

**Baltes, M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.) (1989):** Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber Verlag.

**Baltes, Paul; Baltes, Margret (1989a):** Optimierung durch Selektion und Kompensation – ein psychologisches Modell erfolgreichen Alterns. In: Zeitschrift für Pädagogik, 35, S. 85 – 105.

**Bartels, S. (1989):** Beim biologischen Altern sind alle gleich. Medizinische Aspekte des Alters und Alterns geistig behinderter Menschen. In: Zur Orientierung (I) 13, S. 12 – 14.

**BASE (1996):** Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag.

**Beck-Gernsheim, E. (1992):** Das halbierte Leben. Frankfurt: Fischer.

**Beck-Gernsheim, E. (1993):** Familie und Alter: Neue Herausforderungen, Chancen und Konflikte. In: Naegele, G.; Tews, H.-P. (Hrsg.): Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen: Westdeutscher Verlag.

**Beermann, M; Reischuk, R. (1987):** Zur Lebenssituation älterer Menschen mit geistiger Behinderung in der BRD. In: Wieland, H.: Geistig behinderte Menschen im Alter. Theoretische und empirische Beiträge zu ihrer Lebenssituation in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und in der Schweiz. Heidelberg: Schindele. S. 67 - 115.

**Bertling, E., Schwab, A. (1995):** Erfülltes Alter: Auch für Menschen mit einer geistigen Behinderung. VHN, 2, S. 212 – 221.

**Bienstein, Christel; Fröhlich, Andreas (2006):** Basale Stimulation in der Pflege. Kallmeyer Verlag und Verlag selbstbestimmtes Leben: Düsseldorf, 3. Auflage.

**Blonski, H. (1997):** Wohnen im Alter. Weinheim: Beltz.

**Bobbio, Norberto (1999):** Vom Alter. De senectute. München: Piper.

**Boes, Charlotte (2003):** Dementia Care Mapping – Einschätzung von Wohlbefinden bei Menschen mit Demenz. Download: 17.06.2008.

**Böggemann, M.; Bär, M.; Kruse, A.; Kaspar, R.; Re, S.; Seidl, U.; Berendonk, Ch. (2006):** Individuelle Zuwendung kann kein zufälliges Beiwerk sein: Ergebnisse einer Interventionsstudie zur Pflege dementer Menschen. In: Pflegezeitschrift 6, S. 366 – 369.

**Bourlière, F. (1990):** Biologische Aspekte des Alterns. In: Martin, E.; Junod, J.-P. (Hrsg.): Lehrbuch der Geriatrie. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber, S. 32 - 39.



**Bourlière, F. (1990):** Physiologische Aspekte des Alterns: In: Martin, E.; Junod, J.-P. (Hrsg.): Lehrbuch der Geriatrie. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber, S. 40 - 52.

**Bradl, Chr. (1987):** Das Bild Geistigbehinderter in der Geschichte der Psychiatrie. In: Dreher, W.; Hofmann, T.; Bradl, Chr. (Hrsg.): Geistigbehinderte zwischen Pädagogik und Psychiatrie. Bonn.

**Brandstädter, J.; Greve, W. (1992):** Das Selbst im Alter. In: Adaptive und protektive Mechanismen. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 24, S. 269 – 297.

**Brandstädter, J.; Rothermund, K. (1998):** Bewältigungspotentiale im höheren Alter: adaptive und protektive Prozesse. In: Kruse, A. (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie. Bern, Toronto, Seattle, Göttingen: Hogrefe. Band I: Grundlagen, S. 223 – 237.

**Breloer, Gerhard (1981):** Zur Vermittlungsproblematik der Altersforschung – Aufgaben der Erwachsenenbildung. In: Braun, Walter (1981) (Hrsg.): Die ältere Generation. Zum Problemfeld zwischen Gerontologie und Pädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

**Bruckmüller, Maria (1992):** Begleitung und Förderung behinderter Menschen im Alter. In: Rapp, N., Strubel, W.: Behinderte Menschen im Alter. Freiburg: Lambertus.

**Buchholz, Thomas; Schürenberg, Ansgar (2005):** Lebensbegleitung alter Menschen. Basale Stimulation in der Pflege alter Menschen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber Verlag, 2. Auflage.

**Buchka, Maximilian (2003):** Ältere Menschen mit geistiger Behinderung. Bildung, Begleitung, Sozialtherapie. München, Basel: Reinhardt.

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2001):** Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Alter und Gesellschaft. Berlin.

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2002):** Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation. Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin.

**Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005):**  
<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/hilfe-und-pflegebeduerftige-in-alteneinrichtungen,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf>  
Download: 24.07.2007

**Clemens, W. (1994):** Lebenslage als Konzept sozialer Ungleichheit – zur Thematisierung sozialer Differenzierung in Soziologie, Sozialpolitik und Sozialarbeit. In: Zeitschrift für Sozialreform, 40, S. 141 – 165. In: Clemens, W., Backes, G. (1998): Lebensphase Alter. Weinheim und München: Juventa.

**Cumming, Elaine; Henry; William (1961):** Growing old. The process of disengagement. New York: Basic Books.

**Dewe, B., Ferchhoff, W. et al. (1991):** Entwicklungslinien soziologischer Theorie in den westlichen Industrienationen : Von der Soziologie zur Sozialphänomenologie. In: H. Kerber, A. Schmieder (Hrsg.): Soziologie: Arbeitsfelder, Theorien, Ausbildung. Ein Grundkurs. Hamburg.

**DIMDI. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. WHO Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (2005) (Hrsg.):** ICF. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Genf. Stand Oktober 2005. Download: 17.11.2008  
[http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf\\_endaussage-2005-10-01.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf)

**Doose, Stefan (2004):** „I want my dream!“. Persönliche Zukunftsplanung. Neue Perspektiven und Möglichkeiten einer individuellen Hilfeplanung mit Menschen mit Behinderungen. Lübeck: Netzwerk People First Deutschland.

**Dörig-Hug, Vreni (1988):** Ermutigung zur Ganzheitlichkeit. Basel.

**DUDEN (2001):** Deutsches Universalwörterbuch. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Dudenverlag, 4. Auflage.

**Ebert, H. (2000):** Menschen mit Behinderung in der Freizeit: „Wir wollen überall dabei sein“, Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

**Eisenberg, S. (2007):** Räume schaffen. In: *Altenpflege*, 5/2007, S. 26 – 29.

**Erikson, E. H. (1950):** Growth and crisis of the healthy personality. In: M. J. Senn (Ed.): *Symposium on the healthy personality*. P. 91 - 146. New York.

**Erikson, E. H. (2003):** Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

**Ern, M. (1992):** Wege der Annäherung an die Lebenssituation von älterwerdenden und alten Menschen mit geistiger Behinderung. Dissertation. Aachen und Mainz.

**Evers, Adalbert (1999):** Neue Leitbilder für Dienste im Gesundheits- und Sozialbereich. In: Jansen, B.; Karl, F.; Radebold, H.; Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.): *Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis*. Weinheim und Basel. Beltz, S. 569 – 578.

**Featherman, D.L. (1989):** Erfolgreiches Altern. Adaptive Kompetenz in einer Ruhestandsgesellschaft. In: Baltes, M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.) (1989): *Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen*. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber Verlag.

**Feil, Naomi (1992):** Validation. Ein neuer Weg zum Verständnis alter Menschen. *Altern und Kultur*: Wien, 3. Auflage.

**Filipp, Sigrun-Heide (1996):** Lebenserfahrung und Lebenssinn. Biographische Aspekte des Alterns. In: *Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen: Funkkolleg: Altern. Studieneinheit 3*. Tübingen, S. 2 - 42.

**Fooker, Insa (1997):** Intimität auf Abstand. Familienbeziehungen und soziale Netzwerke. In: Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen (Hrsg.): Funkkolleg Altern. Studieneinheit 14, S. 4 - 36. Tübingen.

**Füsgen, I. (1988):** Alterskrankheiten und stationäre Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer.

Garnezy, N. (1991): Resilience in children's to negativ life events and stressed environments. Pediatric Annals, 20, S. 459 – 466.

**George, Linda (1981):** Subjective well-being: conceptual and mehtodological issues. Annual Review of Gerontology and Geriatrics, 2, p. 345 – 381.

**Goffman, Erving (1994):** Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 11. Auflage.

**Graumann, C. F. (1992):** Alte Menschen in ihren Umwelten. In: Niederfranke, A.; Lehr, U.; Oswald, F.; Maier, G.: Altern in unserer Zeit. Heidelberg.

**Gutzmann, H.; Zank, S. (2005):** Demenzielle Erkrankungen. Medizinische und psychosoziale Interventionen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 149 – 172.

**Habermas, Jürgen (1985):** Theorie des kommunikativen Handelns. Frankfurt am Main, 3. Auflage. Band 1 und Band 2.

**Handwerkskammer Münster (2005):** Fördern und Beraten. Mentorennetzwerk. [www.hwk-muenster.de/hwkweb/navigation/start.html](http://www.hwk-muenster.de/hwkweb/navigation/start.html) (Stand: 20.06.2005)

**Haveman, M.; Michalek, S.; Hölscher, P.; Schulze, M. (2000):** Selbstbestimmt älter werden. Ein Lehrgang für Menschen mit geistiger Behinderung zur Vorbereitung auf Alter und Ruhestand. Geistige Behinderung 39, 1, S. 56 – 62.

**Haveman, M.; Michalek, S. (1998):** Selbstbestimmt älter werden – Ein Lehrgang für Menschen mit geistiger Behinderung. Universität Dortmund, Fachbereich Sondererziehung und Rehabilitation.

**Haveman, M.; Stöppler, R. (2004):** Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen, Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation. Stuttgart: Kohlhammer.

**Havighurst, R. J.; Albrecht, R. (1961):** Successful aging. In: R. H. Williams, C. Tibbitts, W. Donahue (Hrsg.): Processes of aging. New York: Atherton Press. Vol. 1, p. 299 – 320.

**Havighurst, R. J. (1963):** Dominant concerns in the life cycle. In: Schenk-Danzinger, L.; Thoma, H. (Hrsg.): Gegenwartsprobleme der Entwicklungspsychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 301 – 331.

**Havighurst, R. J.; Albrecht, R. (1968):** Ansichten über erfolgreiches Altern. In: Thoma, H.; Lehr, U.: Altern – Probleme und Tatsachen. Frankfurt: Akademische Verlagsanstalt, S. 567 - 571.

**Hellerich, G. (1990):** Lebensbedingungen – Lebenswelt. In: Grubizsch, S; Rexilius, G. (Hrsg.): Psychologische Grundbegriffe. Mensch und Gesellschaft in der Psychologie. Ein Handbuch. Hamburg.

**Hermann, Jochen (2006):** Normales Altern unnormale? Ruhestand in der stationären Behindertenhilfe. In: Geistige Behinderung 3/06, 45. Jg.; S. 229 – 240.

**Herrera, R. R.; Lopez, E. F.; Checa J. A.; Fuente, D. L.; Tamayo, I.; Herrars, D.; Schmitz-Scherzer, R. (1994):** Erste Ergebnisse einer Vergleichsstudie zur Lebenssituation alter Menschen in Heimen in Spanien und Deutschland. Zeitschrift für Gerontologie 27, S. 145 – 148.

**Herriger, N. (1997):** Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung, Stuttgart: Kohlhammer.

**Herriger, N. (2006):** Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart: Kohlhammer, 3. Auflage.

**Herriger, N. (2007):** Empowerment von Menschen mit Behinderung. Eine kritische Reflexion. In: Empowerment und Inklusion. Schlagworte oder realistische Perspektive?

Lösungswege für die Praxis der Behindertenhilfe. Halle: Tagungsdokumentation vom 19. und 20.04.2007 in den Franckeschen Stiftungen. ([www.empowerment-und-inklusion.de](http://www.empowerment-und-inklusion.de). Stand: 23.11.2007).

**Hinz, A. (2004):** Vom sonderpädagogischen Verständnis der Integration zum integrationspädagogischen Verständnis der Inklusion?! In: Schnell, I.; Sander, A (Hrsg.): Inklusive Pädagogik. Klinkhard: Bad Heilbrunn, S. 41 – 74.

**Hirsch, R.-D.; Kastner, U. (2004):** Heimbewohner mit psychischen Störungen. Köln: KDA, Forum 38.

**Hirt, Rainer (2004):** Biographiearbeit zwischen Erinnerung und Therapie. Materialien zur Vorbereitung auf die Fachtagung „Biographisches Arbeiten als Innovation“. [www.sw.fhjena.de/people/rainer.hirt/aufsaeetze/Biographiearbeit\\_zwischen\\_Erinnerung\\_und%20Therapie.pdf](http://www.sw.fhjena.de/people/rainer.hirt/aufsaeetze/Biographiearbeit_zwischen_Erinnerung_und%20Therapie.pdf) Stand: 12.07.05

**Hohmeier, J. (2004):** Die Entwicklung der außerschulischen Behindertenarbeit als Paradigmenwechsel – Von der Verwahrung zur Inklusion. In: Forster, R. (Hrsg.): Soziologie im Kontext von Behinderung. Theoriebildung, Theorieansätze und singuläre Phänomene. Kempten: Klinkhardt, S. 127 – 141.

**Hohmeier, J. ; Pohl, H.-J.(1978):** Alter als Stigma oder wie man alt gemacht wird. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

**Hörl, J. (1998):** Zum Lebensstil älterer Menschen. In: Kruse, A. (1998) (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie, Band 1: Grundlagen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

**Hörl, J.; Rosenmayr, L. (1994):** Gesellschaft, Familie, Alternsprozess. In: Reimann, H., Reimann, H.: Das Alter. Stuttgart: Enke.

**Hummel, K. (1991):** Öffnet die Altersheime! Weinheim, Basel: Beltz, 4. Auflage.

**Hummel, K.; Hummel-Steiner, I. (1986):** Wege aus der Zitadelle. Hannover: Vincentz.

**Husserl, E. (1976):** Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie. Den Haag.

**Idler, E. L.; Kasl, S. V.; Lemke, J.H. (1990):** Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven. Connecticut counties. In: American Journal of Epidemiology 131, S. 91 - 103.

**Janicki, M; Heller, T.; Seltzer, C.; Hogg, J. (1997):** Practise guideline für the clinical assessment and care management of Alzheimer an other dementias among adults with mental retardation. Journal of Intellectual Disability Research 40; 374 – 382. In: Havemann, M.; Stöppler, R. (2004): Altern mit geistiger Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer.

**Juchli, L. (1985):** Heilen durch die Wiederentdeckung der Ganzheit. Stuttgart: Thieme.

**Jutzi, K.; Walburg, W.-R (1999):** Wünsche und Bedürfnisse von älteren Menschen mit geistiger Behinderung im Hinblick auf Arbeit, Wohnen, Freizeit. Bericht zu einem Forschungsprojekt, in: Menschen mit geistiger Behinderung. Alt – und was dann? Tagungsdokumentation. Kiel: Erziehungswissenschaftliche Fakultät der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel: Institut für Heilpädagogik.

**Käser, R. (1993):** Neue Perspektiven in der Schulpsychologie. Handbuch der Schulpsychologie auf ökosystemischer Grundlage. Bern, Stuttgart, Wien.

**KDA. Kuratorium Deutsche Altershilfe (2001):** Handbuch Demenz. Türen öffnen zum Menschen mit Demenz. Köln.

**Keuning, D.; de Lange, R. (1995):** Grondslagen van het management. Stenfert Kroese: Houten. In: Van Riet, N.; Wouters, H. (2002). Case Management. Luzern: Interact, S. 185f.

**Kipp, J.; Jüngling, G. (1994):** Verstehender Umgang mit alten Menschen. Frankfurt am Main: Fischer.

**Knopf, D. (1997):** Früh beginnen. Perspektiven für ein produktives Altern. In: Funkkolleg Altern. Studienbrief 5. Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen: Tübingen. S. 4 – 45.

**Kraimer, K. (1994):** Die Rückgewinnung des Pädagogischen. Aufgaben und Methoden sozialpädagogischer Forschung. Weinheim.

**Krohwinkel, M. (1988):** Der pflegende Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis. Bonn.

**Krohwinkel, M. (1993):** Der Pflegeprozess am Beispiel von Apoplexiekranken: Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitativer Prozesspflege. Baden-Baden.

**Kruse, A.; Lehr, U. (1996):** Reife Leistung. Psychologische Aspekte des Alterns. In: Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen (Hrsg.): Funkkolleg Altern. Studieneinheit 5, S. 1 - 52. Tübingen.

**Kruse, Andreas (1992):** Psychologische Aspekte. In: Hirsch, Rolf D. (Hrsg.): Altern und Depressivität, Göttingen: Verlag Hans Huber

**Kuhn, Thomas (1962):** Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

**Kuypers, J.A.; Bengtson, V. L. (1973):** Social breakdown an competence: a model of normal aging. Human development 16, S. 181 – 201.

**Landschaftsverband Rheinland (2003):** Individuelles Hilfeplanverfahren des Landschaftsverbandes Rheinland – Handbuch. Köln. Der Mensch im Mittelpunkt. Die Hilfeplanung. Download 30.07.2008:  
[http://www.lvr.de/soziales/wohnen\\_freizeit\\_behinderung/hilfeplanung/](http://www.lvr.de/soziales/wohnen_freizeit_behinderung/hilfeplanung/)

**Lang, E. (1994):** Altern – Alterskrankheiten – Geroprophylaxe. In: Reimann, H., Reimann, H.: Das Alter. Stuttgart: Enke.



**Lehr, U. (1989):** Erfolgreiches Altern – Einführung. In: Baltes, M. M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): Erfolgreiches Altern. Bedingungen und Variationen. Bern, Stuttgart, Toronto: Hans Huber Verlag.

**Lehr, U. (2007):** Psychologie des Alterns. Wiebelsheim: Quelle und Meyer.

**Lehr, U. (1991):** Psychologie des Alterns. Heidelberg, Wiesbaden: UTB, 7. Auflage.

**Lehr, U. ; Späth, L. (1990):** Altern als Chance und Herausforderung. Bonn: Verlag aktuell.

**Lehr, U.; Thomae, H. (1987):** Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie. Stuttgart: Enke.

**Lehr, Ursula (1991):** Psychologie des Alterns Heidelberg, Wiesbaden, 7.Auflage

**Lehr, Ursula (2005):** Kompetent alt werden. Der demografische Wandel und seine Auswirkungen. In: Blätter der Wohlfahrtspflege 1/2005, S. 3 - 4.

**Lempp, R. (2000):** Die Bedeutung der Kompetenzförderung für ältere Menschen mit Behinderung. Expertise zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Stuttgart.

**Leppert, K.; Gunzelmann, T.; Schumacher, J.; Strauß, B.; Brähler, E. (2005):** Resilienz als protektives Persönlichkeitsmerkmal im Alter. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 55, S. 365 – 369.

**Longino, C.F.; Kart, C. S. (1982):** Explicating activity theory: a formal replication . J. Gerontologist, 37, p. 713 – 722.

**Maddox, G. L. (1987):** Aging differently. The Gerontologist, 27, p. 945 – 969.

**Main-Kinzig-Kreis (2005):** Demenz neu denken. DCM-gestützte Qualitätsentwicklung der Pflege von Menschen mit Demenz in Einrichtungen des Main-Kinzig-Krieses. Bundesmodellprojekt 2002 – 2004. Projektbericht. Download: 17.06.2008

[http://www.mkk.de/cms/media/pdf/aemter/sozialamt/aeltere\\_buerger/DCMProjekt\\_MKK.pdf](http://www.mkk.de/cms/media/pdf/aemter/sozialamt/aeltere_buerger/DCMProjekt_MKK.pdf)

**Mair, H. ; Hollander, J. ; Roters-Möller, S. (2007):** Den Ruhestand gestalten lernen. Forschungsprojekt an der Westfälischen-Wilhelms-Universität Münster, 2006 – 2008.

<http://egora.uni-muenster.de/ew/ruhestand>

**Maslow, A. (1962):** Toward a psychology of being. New York: Harper.

**Mayer et al. (Hrsg.) (1996):** Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag.

**Mayer, U.; Baltes, P. (1996) (Hrsg.):** Die Berliner Altersstudie (BASE). Berlin: Akademie Verlag.

**Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg (Hrsg.) (1995):** Alternde und alte Menschen mit geistiger Behinderung in Baden-Württemberg. Stuttgart.

**Minnemann, Elisabeth (1994):** Die Bedeutung sozialer Beziehungen für Lebenszufriedenheit im Alter. Regensburg: Roderer.

**Mötzing, Gisela (2005):** Beschäftigung mit alten Menschen. München und Jena: Urban und Fischer.

**Morton, I. (2002):** Die Würde wahren. Personenzentrierte Ansätze in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Stuttgart: Klett-Cotta.

**Müller-Hergl, Christian (2005):** Geleitwort. In: Kitwood, Tom: Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten alten Menschen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber, 4. Auflage.

**Neuffer, M. (2003):** Case Management – Soziale Arbeit mit einzelnen und Familien, München, Juventa.

**Neuffer, Manfred (2007):** Case Management. Soziale Arbeit mit Einzelnen und Familien. Juventa, 3. Auflage.

**Nirje, Bengt (1974):** Das Normalisierungsprinzip und seine Auswirkungen in der fürsorglichen Betreuung. In: Kugel, R.; Wolfensberger, W. (Hrsg.): Geistig behindert – Eingliederung oder Bewahrung? Stuttgart: Thieme.

**Noack, Juliane (2005).** Erik H. Eriksons Identitätstheorie. Oberhausen: Athena Verlag

**Paris (1998).** Zit. In: Hörl, J.: Zum Lebensstil älterer Menschen. In: Kruse, A. (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie, Band 1: Grundlagen. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

**Petzold, Chr., Petzold, H. (1992) (Hrsg.):** Lebenswelten alter Menschen. Hannover: Vincentz. Plan und Handbuch unter:  
[http://www.lvr.de/soziales/wohnen\\_freizeit\\_behinderung/hilfeplanung/handbuch138w.pdf](http://www.lvr.de/soziales/wohnen_freizeit_behinderung/hilfeplanung/handbuch138w.pdf)

**Plomin, R.; Thompson, L. (1986):** Life-span development behavioral genetics. In: Baltes, P.; Featherman, D.L.; Lerner, R. M. (Hrsg.): Life span development and behavior, p. 1 –31. New York: Erlbaum.

**Pörtner, Marlies (2005):** Alt sein ist anders. Personzentrierte Betreuung von alten Menschen. Stuttgart: Klett Cotta.

**Pörtner, Marlies (2008):** Ernstnehmen – zutrauen – verstehen. Personzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. Stuttgart: Klett Cotta, 6. Auflage.

**Pörtner, Marlis (2005):** Alt sein ist anders. Interview mit Marlis Pörtner. In: Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung. 4 /05, S. 5 - 8.

**Raabe, Harald (2002):** Dementia Care Mapping. Beobachten, verstehen, verändern. In: Pro Alter 3/2002, S. 7 – 11.

**Reimann, H.; Reimann, H. (1994):** Das Alter. Einführung in die Gerontologie. Stuttgart: Enke, 3. Auflage.

**Rogers, Carl (1972):** Die klientenzentrierte Psychotherapie. München: Kindler.

**Rogers, Carl (1972):** Die nicht-direktive Beziehung. München: Kindler.

**Rogers, Carl (2004):** Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett Cotta, 14. Auflage.

**Rosenmayr, L. (1992):** Sexualität, Partnerschaft und Familie älterer Menschen. In: Baltes, P.B.; Mittelstraß (Hrsg.): Zukunft des Alterns und gesellschaftliche Entwicklung. Berlin, S. 461 – 491.

**Rosow, I. (1963):** The aged, family and friends. New York: Free Press.

**Rutter, M. (1987):** Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. In: British Journal of Psychiatry, 147, S. 598 – 611.

**Saleebey, D. (1997):** The strengths perspective in social work practice. New York. 2. Auflage.

**Schmitt, E. (2004):** Aktives Altern, Leistungseinbußen, soziale Ungleichheit und Altersbilder. Ein Beitrag zum Verständnis von Resilienz und Vulnerabilität im höheren Erwachsenenalter. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 37, S. 280 – 292.

**Schwarzer, R.; Lange, B., Jerusalem, M. (1982):** Selbstkonzeptentwicklung nach einem Bezugsgruppenwechsel. Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 14, S. 125 – 140.

**Seligman, Martin (1979).** Erlernte Hilflosigkeit. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg.

**Schneekloth, U.; Müller, U. (1995):** Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen – Schnellbericht zur Infratest-Heimerhebung 1994. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger

Lebensführung in Einrichtungen“. Dokumentation des 1. Symposiums vom 24. März 1995 in Berlin. Bonn.

**Schöllgen, I.; Huxhold, O. (2009):** Differenzielles Altern. In: Informationsdienst Altersfragen. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen, Heft 2 , S. 12 – 15.

**Schulz- Nieswandt, Frank (2006):** Sozialpolitik und Alter. Grundriss Gerontologie Band 5. Stuttgart: Kohlhammer.

**Schütz, A.; Luckmann,T. (1979/84):** Strukturen der Lebenswelt. Frankfurt am Main: Suhrkamp. Band 1 und 2.

**Schütz, Alfred (1974)** Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

**Schütz, Alfred; Luckmann, Thomas (2003):** Strukturen der Lebenswelt. Konstanz: UTB.

**Schütz, Alfred; Parsons, Talcott (1977):** Zur Theorie sozialen Handelns. Ein Briefwechsel. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

**Schwarte, N.; Oberste-Ufer, R. (1997):** LEWO. Marburg: Lebenshilfe.

**Siegrist, J. (1989):** Steps towards explaining social differentials in morbidity: The case of West Germany. In: Fox, J. (Hrsg.): Health inequalities in European Countries. Aldershot: Gower, S. 353 – 371.

**Simeone, I.; Masson, G. (1986):** Sozialmedizinische Politik, in: Lehrbuch der Geriatrie, Martin, E.; Junod, J.-P. (Hg.), Bern, Huber.

**Skiba, Alexander (2006):** Geistige Behinderung und Altern. Norderstedt: Books on Demand (<http://dnb.ddb.de>).

**Smith et al.: Wohlbefinden im hohen Alter. In: Mayer, K., Baltes, P. (Hrsg.) (1996):** Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag. BASE: S. 497 –523.

**Speck, Otto (1996):** System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 3. Auflage.

**Statistisches Bundesamt (2001):** Pflegestatistik 2001. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung.

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Sozialpflege1Bericht2001,property=file.pdf>

(Download: 24.09.2007).

**Statistisches Bundesamt (2004):** Durchschnittliche weitere Lebenserwartung.

[www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoe/tab3.php](http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoe/tab3.php) Stand: 14.07.05

**Statistisches Bundesamt (2004):** Soziale Sicherung. Schwerbehinderte Menschen am Jahresende. [www.destatis.de/basis/d/solei/soleiq27.php](http://www.destatis.de/basis/d/solei/soleiq27.php) Stand: 23.06.2005

**Staudinger et al. (1996):** Psychologische Widerstandsfähigkeit im Alter. In: Mayer, K., Baltes, P. (Hrsg.): Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag. S. 321 – 350.

**Staudinger, U. (2003):** Das Alter(n): Gestalterische Verantwortung für den Einzelnen und die Gesellschaft. In: Das Parlament vom 12.05.2003, S. 35 – 42.

**Staudinger, U. M.; Marsiske, M. und Baltes, P. (1995):** Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. In: Cicchetti, D.; Cohen, D.J. (Hrsg.): Development psychopathology. Vol 2; Risk, disorder and adaption. New York: Wiley, S. 801 – 847.

**Steinhagen-Thiessen, E.; Wrobel, N.; Borchelt, M. (1996):** Der Zahn der Zeit. Körperliche Veränderungen im Alter. In: Deutsches Institut für Fernstudienforschung an der Universität Tübingen: Funkkolleg: Altern. Studieneinheit 7. Tübingen, S. 1 - 38.

**Strawbridge, W.J.; Wallhagen, M. I. (1991):** Impact of family conflict on adult child caregivers. The Gerontologist 31, p. 770 – 777.

**Strunk-Richter, Gerlinde (2002):** Bedürfnisse erkennen. Dementia Care Mapping. Eine Methode, die sich mit dem Wohlbefinden und der Lebensqualität von Menschen mit Demenz auseinandersetzt. In: Die Schwester/Der Pfleger, 41. Jahrgang 8/2002, S. 662 – 666.

**Strunk-Richter, Gerlinde (2008):** In den Blick nehmen. In: Altenpflege 4/2008, S. 42 – 43.  
Teegen, F. (1994): Ganzheitliche Gesundheit. Hamburg.

**Tartler, Rudolf (1961):** Das Alter in der modernen Gesellschaft. Stuttgart: Enke.

**Tews, H.-P. (1993):** Altenhilfepolitik für behinderte Menschen – Altenhilfepolitik für alte Behinderte? Beitrag zur Fachkonferenz „Altenpolitik für Behinderte im Seniorenalter“ des Bundesministeriums für Familie und Senioren. Bonn – Bad Godesberg. 29. – 30.03.1993.

**Tews, H.-P. (2001):** Behindertenpolitik für ältere Menschen mit geistiger Behinderung. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Versorgung und Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Opladen: Leske und Budrich, Band V, S. 11 – 42.

**Theunissen, G. (1999):** Zur Bedeutung von Stärken und Widerstandskraft. Zeitschrift für Heilpädagogik 6/99, S. 278 – 284.

**Theunissen, G. (2000a):** Alte Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz. Handlungsmöglichkeiten aus pädagogischer Sicht, in: Persönlichkeit und Hilfe im Alter. Zum Alterungsprozeß bei Menschen mit geistiger Behinderung, Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hg.), Marburg: Lebenshilfe Verlag, S. 54 – 92.

**Theunissen, G. u.a. (2000b):** Zur Situation geistig behinderter Menschen in ihrer Freizeit, in: Geistige Behinderung, Heft 4, Jg. 39, S. 360- 372.

**Theunissen, Georg (2000):** Alte Menschen mit geistiger Behinderung und Demenz. Handlungsmöglichkeiten aus pädagogischer Sicht. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.): Persönlichkeit und Hilfe im Alter. Zum Alterungsprozeß bei Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Lebenshilfe Verlag, 2. Auflage, S. 54 - 92.

**Theunissen, Georg (2001):** Die Independent-Living Bewegung. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft. Nr. 3/4/2001. <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh3-4-01-theunissen-independent.html> (Stand: 06.08.2007)

**Theunissen, Georg (2002):** Behindertenarbeit im Zeichen einer Umorientierung. Inclusion, Partizipation und Empowerment. In: Soziale Arbeit 10 + 11, S. 362 – 369.

**Theunissen, Georg; Plaute (2002):** Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg: Lambertus.

**Theunissen, Georg (2007):** Inklusion – Perspektiven für die Behindertenarbeit unter Berücksichtigung des Wohnens und Lebens in der Gemeinde von Menschen mit Lernschwierigkeiten und mehrfachen Behinderungen. Dokumentation zur Fachtagung „Empowerment und Inklusion“ 19. – 20.4.2007 in Halle, S. 17 – 27.  
[www.empowerment-und-inklusion.de](http://www.empowerment-und-inklusion.de) (Zugriff 05.04.2008).

**Thimm, Walter (1995):** Das Normalisierungsprinzip – Eine Einführung. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V.(Hrsg.): Kleine Schriftenreihe Band 5. Marburg: Lebenshilfe Verlag.

**Thomae, H. (1969):** Altern als psychologisches Problem, in: Bericht 26. Kongress Dt. Gesellschaft für Psychologie, Irrle, M. (Hg.), Tübingen 1968, Göttingen 1969, S. 22 – 36.

**Thomae, H. (1979):** The concept of development and life-span development psychology. In: Baltes, P.; Brim, G. Jr. (Hrsg): Life-span development an behavior. New York: Academic Press, p. 282 – 312.

**Thomae, H. (1983):** Alternsstile und Alternsschicksale – Ein Beitrag zur Differentiellen Gerontologie. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.

**Thomae, H. (1987):** Alternsformen – Wege zu ihrer methodischen und begrifflichen Erfassung, in: Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA), Lehr, U.; Thomae, H., Stuttgart: Enke.



**Thomae, Hans (1966):** Persönlichkeit. Eine dynamische Interpretation. Bonn: Bouvier.

**Tobin, Sheldon; Neugarten, Bernice L. (1968):** Zufriedenheit und soziale Interaktion im Alter. In: Thomae, H.; Lehr, U. (Hrsg.): Altern, Probleme und Tatsachen. Frankfurt: Akademische Verlagsanstalt. S. 572 – 578.

**Tokarski, W. (1989):** Freizeit – und Lebensstile älterer Menschen. Kasseler Gerontologische Schriften 10. Kassel: Gesamthochschulbibliothek.

**Van Riet, N.; Wouters, H. (2002):** Case Management. Ein Lehr- und Arbeitsbuch über die Organisation und Koordination von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen. Luzern: Interact.

**Wacker, E. (2001):** Wohn-, Förder- und Versorgungskonzepte für ältere Menschen mit geistiger Behinderung – ein kompetenz- und lebensqualitätsorientierter Ansatz. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Versorgung und Förderung älterer Menschen mit geistiger Behinderung. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung. Opladen: Leske und Budrich, Band V, S. 43 – 121.

**Wacker, E. (2004):** Bei der Versorgung älterer Menschen mit Behinderung gibt es viel zu verbessern, in: Pro Alter: Ältere Menschen mit Behinderung. Herausforderung für Politik und Gesellschaft, Fachmagazin des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, Heft 2, S. 8 –14.

**Wacker, E. ; Wetzler, R.; Metzler, H.; Hornung, C. (1998):** Leben im Heim. Angebotsstrukturen und Chancen und selbstständiger Lebensführung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe. Bericht zu einer bundesweiten Untersuchung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Einrichtungen“. Baden-Baden.

**Wacker, Elisabeth (1999c):** Residential Needs and Residential Planning for Elderly Persons with mental Retardation in Germany. Vortrag beim AAMR Kongress in New Orleans. Mai 1999.

**Wahl, H.-W. (1991):** „Das kann ich allein!“ Selbstständigkeit im Alter – Chancen und Grenzen. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber Verlag.

**Wahl, H.-W.; Baltes, M. (1992):** Die Mikroökologie alter Menschen: Forderungen nach Autonomie und Sicherheit. In: Petzold, Ch.; Petzold, H. (Hrsg). Lebenswelten alter Menschen: Konzepte, Perspektiven, Praxisstrategien. Hannover: Vincentz, S. 96 – 119.

**Watzlawik, P. (1990):** Menschliche Kommunikation. Bern, 8. Auflage.

**Weick, A. (1986):** The Philosophical Context of a Health Model of Social Work. In: Social Casework 67 (9); p. 551 – 559.

**Wendt, W.-R. (1997):** Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Lambertus: Freiburg.

**Wieland, H. (1987) (Hrsg.):** Geistig behinderte Menschen im Alter. Theoretische und empirische Beiträge zu ihrer Lebenssituation in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und in der Schweiz. Heidelberg: Edition Schindele.

**Wieland, H. (1990):** Probleme geistig behinderter alter Menschen, in: Lehrbuch der psychologischen und sozialen Alternswissenschaft, Band 2: Psychosoziale Probleme älterer Menschen, Howe, J., u.a. (Hg.) Heidelberg: Asanger, S. 96 – 119.

**Wieland, H. (1991):** Die Zuspitzung einer lebenslangen Benachteiligung. Zur Lebenssituation alternder und alter Menschen mit geistiger Behinderung – eine theoretische und empirische Anmerkung. In: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.). Geistig Behinderte im Alter. Auf der Suche nach geeigneten Wohn- und Betreuungsformen, S. 9 –18.

**Windisch, A. ; Böttner, R. (1997):** Wohnsituation älterer Menschen mit geistiger Behinderung. In: Soziale Arbeit 12, S. 407 – 413.

**Wingchen, Jürgen (2001):** Geragogik. Von der Interventionsgerontologie zur Seniorenbildung. Hagen: Kunz Verlag. 4. Auflage.

**Wißmann, Peter; Gronemeyer, Reimer (2008):** Demenz und Zivilgesellschaft – eine Streitschrift. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

**Zeman, Peter; Schmidt, Roland (2001):** Soziale Altenarbeit – Strukturen und Entwicklungslinien. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung: Lebenslagen, soziale Ressourcen und gesellschaftliche Integration im Alter. Opladen: Leske und Budrich, Band 3, S. 235 – 282.

**ZWAR Zentralstelle NRW (2005):** [www.zwar.org](http://www.zwar.org) (Stand: 20.06.2005).

## 6 Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1 Definition der „geistigen Behinderung“
- Abb. 2 Überblick über die Definition nach ICF
- Abb. 3 Kruse, A.; Lehr, U. (1996): Charakterisierung der vier Gruppen in Bezug auf Form der Alltagsgestaltung sozio-demografischer Merkmale und Gesundheit
- Abb. 4 Der lange Feierabend
- Abb. 5 Mobilitätstraining
- Abb. 6 Seniorenmittagstisch im Bürgerzentrum
- Abb. 7 WfbM Tätigkeiten und Aktivitäten, die Spaß machen
- Abb. 8 Ausübung einer festen Tätigkeit im Ruhestand
- Abb. 9 Besuch beim Freund
- Abb. 10 Kontakte im Netzwerk
- Abb. 11 Freizeitbeschäftigungen der Teilnehmer
- Abb. 12 Bewertung von Interessen nach Rangfolge
- Abb. 13 In der Volkshochschule
- Abb. 14 Reise nach New York
- Abb. 15 Well-III-Being Werte



