

Alter und Behinderung - Behinderung und Alter

Herausforderungen für die Gesellschaft



Impressum

Alter und Behinderung - Behinderung und Alter
Herausforderungen für die Gesellschaft
Hrsg. vom Deutschen Roten Kreuz
1. Auflage 2012

Herausgeber

Deutsches Rotes Kreuz e.V.
Carstennstraße 58
12205 Berlin

Fachverantwortung

DRK-Generalsekretariat
Team Migration - Interkulturelle Öffnung - Inklusion
Verena Werthmüller

Redaktion und Layout

Monika Dropuljic

Titelbild

Das Kunstatelier, Behindertenwerkstätten Oberpfalz Betreuungs-GmbH, info@wfb-cham.de

Satz und Druck

Köllen Druck + Verlag GmbH, Berlin
ISBN 978-3-88579-474-5

Die Tagung „Alter und Behinderung - Behinderung und Alter. Herausforderungen für die Gesellschaft“ war eine Kooperationsveranstaltung mit dem Institut Mensch, Ethik, Wissenschaft (IMEW).

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des DRK wieder.

Die Publikation richtet sich an Frauen und Männer gleichermaßen. Zugunsten des Leseflusses wird meist eine Geschlechtsform verwandt. Wir bitten, dies nicht als Zeichen einer geschlechtsspezifischen Wertung zu deuten.

Diese Publikation wurde aus den Mitteln der Glücksspirale gefördert.

© 2012 Deutsches Rotes Kreuz e.V., Berlin



Inhalt

Vorwort.....	6
<i>Donata Freifrau Schenck zu Schweinsberg</i>	

Grußwort.....	8
<i>Dieter Hackler</i>	

Grußwort.....	12
<i>Hubert Hüppe</i>	

Einleitung

Das Konzept von Behinderung in der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen und die Auswirkungen auf alte Menschen.....	15
<i>Katrin Grüber</i>	

Politik und Gesellschaft

Sozialpolitik in alternden Gesellschaften.....	22
<i>Gerd Naegele</i>	

Demographischer Wandel und seine Auswirkungen.....	31
<i>Ylva Köhncke</i>	

Der Graben zwischen SGB XI und SGB XII. Referenzbedarf und Perspektiven für Menschen mit Behinderung im Alter.....	40
<i>Christian Bernzen</i>	

Eingliederungshilfe muss Vorrang vor Pflege haben	47
<i>Sigrid Arnade</i>	

Definitionen von „Behinderung“: Auswirkungen auf Autonomie, Alter, Pflege.....	51
<i>Michael Zander</i>	

Altersdiskriminierung und Diskriminierung von behinderten Menschen in der Schweiz: Zwei empirische Forschungsprojekte.....	56
<i>Walter Rehberg</i>	

Sozialraumorientierung.....	66
<i>Robert Richard</i>	

Blicke auf Menschen mit Behinderungen und Menschen mit Demenz

Menschen mit Demenz.....	71
<i>Verena Wetzstein</i>	

Alter ist nicht unbedingt Alter.....	80
<i>Peter Radtke</i>	

Die Praxis der Behindertenhilfe verändern

Den Ruhestand gestalten lernen.....	84
<i>Helmut Mair</i>	

Geschichten, die das Leben schreibt.....	97
<i>Ines Bader</i>	

Von der Barrierefreiheit zur Gestaltung für alle.....	104
<i>Klaus-Peter Wegge</i>	

Berichte aus der Praxis

Was kommt nach der Werkstatt? Wünsche der Beschäftigten.....	110
<i>Jörg Denne</i>	

Was kommt nach der Werkstatt? Anmerkungen aus Trägerperspektive.....	113
<i>Margret Sanders, Beatrix Heistermann</i>	

Initiative „Lokale Teilhabeplanung für Menschen mit geistigen Einschränkungen“.....	117
<i>Franziska Schneider</i>	

TIM e.V. - Seit 24 Jahren Engagement und Unterstützung.....	122
<i>Kamile Erdemir, Anette Weigand-Woop</i>	

GINKO Berlin - Unterstützung für psychisch Erkrankte.....	126
<i>Volker Schröder</i>	

Wohnen im Alter.....	130
<i>Sabine Grabow</i>	

Neue Herausforderungen für die Behindertenhilfe in der Praxis.....	133
<i>Christiane Drechsler</i>	
Das Mehrgenerationenhaus Forum am Luitpold.....	136
<i>Gernot Steinmann</i>	
Praxisversuch zur personenzentrierten Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter.....	142
<i>Ulrike Schneider</i>	
Fazit	
Alter und Behinderung: Paradigmenwechsel einfordern.....	146
<i>Heinz Knoche</i>	
Die Autorinnen und Autoren.....	148
Register.....	154

Vorwort



„Nichts über uns ohne uns.“ – So lautet in aller Kürze die Kernbotschaft der UN-Behindertenrechtskonvention, die am 26. März 2009 in Deutschland in Kraft getreten ist. Die von den Vereinten Nationen gegebenen Impulse sind auch für das Deutsche Rote Kreuz Herausforderung und Ermunterung, die weitere Entwicklung hin zu einer inklusiven Gesellschaft konsequent mit zu gestalten.

Auf diesem Weg ist in den vergangenen Jahren schon viel erreicht worden. 1994 erhielt die Gleichberechtigung behinderter Menschen Verfassungsrang: Der Artikel 3 des Grundgesetzes wurde um den Satz „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ ergänzt. 2001 wurde das Neunte Sozialgesetzbuch, 2002 das Behindertengleichstellungsgesetz und 2006 das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz verabschiedet.

Seit März 2009 ist mit dem Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland der Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe – weg vom Fürsorgeprinzip und hin zu Selbstbestimmung und gesellschaftlicher Teilhabe – vollzogen.

Menschen mit Behinderungen und ihre Interessenvertretungen haben sich das Recht auf selbstbestimmte Teilhabe mit Konsequenz erkämpft. Die Diskussion bezüglich eines Rechts auf Selbstbestimmung und Teilhabe von alten Menschen steht dagegen noch am Anfang. Das politische Ziel einer inklusiven Gesellschaft für alle gibt ihr zusätzliche Impulse.

In Kooperation mit dem Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft hat das Deutsche Rote Kreuz am 21./22. April 2010 in Berlin die Tagung „Alter und Behinderung – Behinderung und Alter“ ausgerichtet. Wir haben damit ein Forum geschaffen, um die komplexe Diskussion um Alter und Behinderung nachzuzeichnen und Bedingungen und Möglichkeiten der Umset-

zung von Inklusion insbesondere für alternde Menschen mit Behinderungen und für alte Menschen mit körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen zu erörtern. Die Tagung nahm dabei auch die Chancen und Risiken in den Blick, die sich aus einer Verbindung beider Themenfelder ergeben.

Die vorliegende Fachpublikation dokumentiert diese Tagung. Die Autorinnen und Autoren skizzieren in ihren Beiträgen das Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Teilhabe in der Behindertenhilfe und in der Altenhilfe. Beispiele erfolgsversprechender Praxis zeigen Lösungen auf.

Mit der Publikation wollen wir allen Interessierten eine Orientierungshilfe zum aktuellen Stand der Fachdiskussion an die Hand geben. Die vorgestellten Best-Practice-Beispiele geben Anregungen für die Entwicklung eigener Projekte.

Die Verwirklichung gleicher Rechte auf Selbstbestimmung und Inklusion in allen Lebensbereichen für Menschen mit Behinderung und alle alten Menschen ist uns ein Auftrag, der sich unmittelbar aus unserer Verpflichtung ableitet, der Würde eines jeden Menschen Achtung zu verschaffen.

Allen, die daran mitwirken, wünsche ich viel Erfolg!



Donata Freifrau Schenck zu Schweinsberg
Vizepräsidentin des Deutschen Roten Kreuzes

Grußwort



Der ehemalige Bundespräsident Roman Herzog hat in seiner Weihnachtsansprache 1998 gesagt: „Entscheidend für die Zukunft ist, wie wir menschlich miteinander umgehen.“

Menschlicher Umgang miteinander lässt sich nicht verordnen. Aber wir können daran arbeiten, Rahmenbedingungen zu schaffen für eine lebenswerte Gesellschaft, in der Alt und Jung, Menschen mit und ohne Handicaps gut miteinander leben können. Politik für alte Menschen und Politik für Menschen mit Behinderung – wird das in Zukunft deckungsgleich sein?

Ich persönlich finde den Grundgedanken nicht absurd und ich fühle mich bestätigt, wenn ich an die uns aufgegebene Umsetzung der UN-Konvention denke. Aber ich bin ein wenig skeptisch, denn es gibt beträchtliche Unterschiede der Zielgruppen. Das Selbstverständnis der Menschen, der Selbsthilfeorganisationen, der Fachverbände und nicht zuletzt das Leistungsrecht – das liegt noch weit auseinander. Passung und Kompetenzen lassen viel zu wünschen übrig. Wir sollten uns vor einer voreiligen Nivellierung hüten, bei der alle Seiten nur Verluste zu beklagen hätten.

Die Zusammenführung von Altenhilfe und Behindertenhilfe ist also ein durchaus heikles Thema. In mancherlei Hinsicht hat die Altenhilfe in der Vergangenheit von der Behindertenhilfe profitieren können. Hausgemeinschaften und ambulant betreute Wohngruppen sind z.B. so neu nicht. Es gibt tatsächlich Schnittmengen von Problemen und Lösungsansätzen, und beide Seiten können voneinander lernen.

Insbesondere mit Hochaltrigkeit werden funktionelle Einschränkungen häufig bestimmend für die Lebensgestaltung – sei es in motorischer Hinsicht, sei es in kognitiver Hinsicht. Andererseits wachsen immer mehr Menschen mit angeborener oder erworbener Behinderung ins Alter hinein. Zu Erfordernissen und zu Wünschen älterer Menschen, die Hilfe- und pfle-

gebedürftig werden, hat es aussagekräftige Untersuchungen gegeben. Ich erinnere an unsere MUG-Studien „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“¹, die sowohl in privaten Haushalten als auch in Heimen repräsentative Daten zur Situation dieser Menschen liefern.

Was wissen wir über die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung im Alter? In der Bundesrepublik Deutschland gibt es bislang keine speziellen Untersuchungen zum Älterwerden mit einer schweren Behinderung, da viele Betroffene im Dritten Reich nicht überlebt haben. Es bestehen daher kaum eigene Erfahrungen, auf die heute zurückgegriffen werden könnte. Deshalb ist es besonders wichtig, Betroffene, deren Angehörige und Betreuer nach ihren Wünschen und Bedürfnissen zu fragen.

Aus der Gerontologie wissen wir: Alternsprozesse verlaufen bei allen Menschen grundsätzlich in gleicher Weise, unabhängig davon, ob diese gesund sind, ob eine körperliche Erkrankung, eine Behinderung oder eine Einschränkung psychischer Funktionen vorliegt. Im Zusammenhang mit Erkrankungen oder Behinderungen können sie jedoch früher auftreten oder in den einzelnen Bereichen rascher voranschreiten.

Prävention und Rehabilitation sollten deshalb für ältere Menschen mit Behinderung stärker greifen. Mit der letzten Änderung des SGB V sind **Reha - Leistungen** nicht länger Ermessensleistung der Krankenkassen, gibt es auch die ambulante mobile Rehabilitation als Regelleistung. Das ist sicher ein Fortschritt, dennoch muss ein Bewusstseinswandel einsetzen, spezifische Angebote sind zu entwickeln und zu erproben. Vor allem dürfen wir nicht vergessen, das soziale Umfeld einzubeziehen. Stützende familiäre Netzwerke tragen oft nicht länger, wenn die alten Eltern selbst hilflos und pflegebedürftig werden.

Ergebnisse aus der von unserem Haus geförderten Untersuchung „Perspektiven alternder Menschen mit schwerster Behinderung in der Familie“² bestätigen, dass schwerstbehinderte Menschen genauso vielfältige und unterschiedliche Bedürfnisse haben wie Menschen ohne Handicap. Politik für Menschen mit Behinderungen muss nicht nur diese Individualität aus-

¹ Ulrich Schneekluth, Hans-Werner Wahl (Hrsg.), Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MUGIII), Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten, im Auftrag des BMFSFJ, 2005.

drücklich berücksichtigen, sie sollte dafür sorgen, dass die Lebensplanung der Familien frühzeitig begleitet und kompetente Beratung angeboten wird.

Insofern gilt für die Situation alternder Menschen mit Behinderung das Gleiche wie für alle Mitglieder der Gesellschaft, nämlich die bestmögliche Teilhabe zu sichern.

Der Lebenslagenansatz ist gefragt.

Grundlage für eine gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen ist die Schaffung einer umfassenden Chancengleichheit. Entscheidend sind dabei die Rahmenbedingungen im direkten Lebensumfeld. Da, wo Quartiersmanagement stattfindet, soziale Netzwerke geknüpft, Wohnen und Leben im Alter gestaltet und Präventionsmaßnahmen angeboten werden, sollten auch die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung einbezogen werden. Dieser Anspruch auf Teilhabe wird im Rahmen unseres Programms „Baumodellförderung für alte und behinderte Menschen“³ erfüllt. Eine Vielzahl alternativer und generationenübergreifender Wohnangebote, oft in Kooperation mit Verbänden der Altenhilfe und mit Wohnungsunternehmen vor Ort, tragen dazu bei. Zusätzliche technische Hilfen können manche Gefahr entschärfen und die Umgebung den Sicherheitsbedürfnissen bei fortschreitender Erkrankung anpassen. Mit der Initiative „Wirtschaftsfaktor Alter“⁴ haben wir uns zum Ziel gesetzt, die Lebensqualität älterer Menschen durch generationengerechte Produkte und Dienstleistungen zu verbessern, um ihnen länger ein selbständiges Leben zu ermöglichen. Ältere Menschen haben spezifische Wünsche und Bedürfnisse an alltägliche Produkte und Dienstleistungen: Werden diese umgesetzt, kommen sie allen Generationen zugute.

Wir können bauliche, technische und wirtschaftliche Maßnahmen einsetzen. Wir sollten aber vor allem auf die Menschen setzen.

Viele hilfebedürftige Menschen sind im Alter auf sich allein gestellt. Damit

² Hellmann, M./Borchers, A./Olejniczak, C.: Perspektiven alternder Menschen mit schwerster Behinderung in der Familie. ies-Bericht 101.07. Hannover 2007.

³ Nähere Informationen zu den Förderprojekten des BMFSFJ finden sich im Portal "Baumodelle der Altenhilfe und der Behindertenhilfe" (www.bmfsfj.de/Politikbereiche/aeltere-menschen.html)

⁴ www.wirtschaftsfaktor-alter.de

Menschen, die nicht auf Fürsorge durch Angehörige zählen können, dennoch so lange wie möglich zuhause leben können, reichen professionelle Dienste nicht aus. Freiwillig Engagierte müssen hinzukommen.

In Zukunft kommt es immer stärker darauf an, dass die Menschen einander auch außerhalb der Familie helfen und füreinander Verantwortung übernehmen. Solche Hilfenetze wollen rechtzeitig aufgebaut sein – eine Aufgabe für älter werdende Menschen selbst, aber auch für die lokale Gemeinschaft. Mit den neuen Freiwilligendiensten aller Generationen, dem Programm „Aktiv im Alter“ und den Kooperationsnetzen der 500 Mehrgenerationenhäuser leisten wir einen Beitrag zu dieser Entwicklung.

Für Menschen mit Behinderung darf sich im Alter und mit Eintritt von Pflegebedürftigkeit die Lebenslage nicht verschlechtern. Deshalb ist es wichtig, auch sozialgesetzliche Leistungen in Überschneidungsbereichen so aufeinander abzustimmen, dass Nachteile vermieden werden. Die Entwicklung eines neuen, umfassenden Begriffs der Pflegebedürftigkeit bietet die Chance eines ganzheitlichen Ansatzes.

Mit dem SGB IX, dem Behindertengleichstellungsgesetz und dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz hat die Bundesregierung gute Voraussetzungen geschaffen, um die Situation behinderter Menschen zu verbessern. Auch auf internationaler Ebene wurden die Rechte behinderter Menschen gestärkt: Seit dem 30. März 2007 steht den Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen das „Übereinkommen über die Rechte behinderter Menschen“ und das dazugehörige Fakultativprotokoll zur Unterzeichnung und Ratifikation offen. Deutschland gehört mit seiner Unterschrift unter das Übereinkommen und das Fakultativprotokoll zu den ersten Zeichnerstaaten und hat zugleich während der deutschen EU-Ratspräsidentschaft und des „Europäischen Jahres der Chancengleichheit für alle“ ein sichtbares Zeichen seines Einsatzes für behinderte Menschen gesetzt. Die Arbeit am gemeinsamen Aktionsprogramm der Bundesregierung hat begonnen.

Viel hat sich getan in den letzten Jahren, aber dennoch stehen wir erst am Anfang eines Lernprozesses zu einer neuen Kultur des Umgangs mit Alter und Behinderung.

Dieter Hackler

Ministerialdirektor

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Grußwort



Das Thema Alter und Behinderung ist so aktuell wie nie zuvor. Dafür gibt es zwei wichtige Gründe: Zum einen werden immer mehr Menschen älter als früher. Damit einhergehend bekommen in dieser Gruppe viele mit zunehmendem Alter eine Behinderung. Sie gehören also erst dann zur Gruppe der Menschen mit Behinderung. Zum anderen wird die Gruppe derjenigen immer älter, die von Geburt an oder im Laufe ihres Lebens behindert geworden sind. Denn durch den medizinischen Fortschritt und eine verbesserte Pflege, Betreuung und Förderung haben auch schwer- und mehrfachbehinderte Menschen eine deutlich gestiegene Lebenserwartung.

Um deren Unterstützung und selbstbestimmte Teilhabe geht es hier vorrangig. Dies ist eine neue Herausforderung für die Arbeit mit Menschen mit Behinderung. Klar ist dabei, es geht nicht darum, eine Altenhilfe für behinderte Menschen zu schaffen. Denn behinderte ältere Menschen haben die gleichen Grundbedürfnisse wie andere ältere Menschen: Wahrung der eigenen Identität, größtmögliche Selbständigkeit, Möglichkeit einer sinnvollen Beschäftigung und die Teilnahme am sozialen Leben in der Gemeinschaft.

Die Basis des konkreten Handelns ist die UN-Behindertenrechtskonvention. Ältere Menschen mit Behinderung haben Anspruch auf: selbstbestimmtes Leben und Einbeziehung in die Gemeinschaft (Art. 19), persönliche Mobilität (Art.20), Achtung der Privatsphäre (Art. 22), Gesundheit (Art. 25), angemessenen Lebensstandard und Schutz (Art. 28), Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben (Art. 29) und Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung und Sport (Art. 30).

Entscheidend ist, ob und wie Menschen mit Behinderung in ihren Lebensraum eingegliedert sind und im Alter das Leben gestalten können. Deshalb ist die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen die vorrangige

Hilfeart gegenüber der Pflege für alte behinderte Menschen. Eingliederungshilfe kennt keine Altersgrenze. Zusammen mit der Sicherung der Mobilität ist sie eine Grundvoraussetzung für die Verwirklichung von Teilhabe.

Ein wichtiger Bereich ist der Übergang vom Arbeitsleben in den Ruhestand. Dies gilt sowohl für Arbeitsverhältnisse auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, als auch für Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Die Vorbereitung auf den Ruhestand ist eine Aufgabe der Eingliederungshilfe. Dazu zählt die Biografiearbeit ebenso wie der präventive Gesundheitsschutz und die Ausprägung von Wünschen und Hobbys für die Zeit nach dem Arbeitsleben. Der Lebensabschnitt „Alter“ soll von vorangegangenen Lebensabschnitten als getrennt erfahrbar sein. Der Übergang in den Ruhestand soll als eine gemeinsame Aufgabe von Wohneinrichtungen und Hilfeplanung stets unter Einbeziehung der Betroffenen umgesetzt werden.

Das Wohnen im Alter ist ein weiteres zentrales Thema. Die eigene Wohnung sollte durch bedarfsgerechte Unterstützung so lange wie möglich erhalten werden. Kommunalpolitik kann durch den gezielten barrierefreien Bau und Umbau von Wohnungen eine Investition in die Zukunft leisten. Der Wunsch nach einer altersgemischten oder altershomogenen Lebensform sollte respektiert werden. Wohneinrichtungen sind, unabhängig von ihrer Form, in der Verantwortung der Eingliederungshilfe/Behindertenhilfe zu schaffen und zu führen.

Tagesstruktur und Freizeitgestaltung sind wichtige Bausteine für ältere Menschen mit Behinderung. Angebote der Freizeitgestaltung, die sich an alle richten, sollen vorrangig in Anspruch genommen werden.

Eigenständige Angebote für alte behinderte Menschen sollen träger- und einrichtungsübergreifend ausgestaltet sein.

Die Pflege und die selbstbestimmte medizinische Versorgung älterer Menschen mit Behinderung muss weiter entwickelt werden. Die Erkenntnisse der Geriatrie, der Prävention und der altersgerechten Lebensführung (Bewegung, Ernährung, soziale Kontakte) sollen mit denen der Behindertenhilfe verknüpft und für behinderte Menschen genutzt werden. Diese Pflege alter behinderter Menschen ist ganzheitlich und aktivierend zu erbringen. Sie sollte auch stets teilhabeorientiert sein. Trotz Krankheit und hoher Pflegebedürftigkeit soll vorrangig der Verbleib

am bisherigen Wohnort gesichert werden.

Das Sterben sollte Bestandteil eines ganzheitlichen Ansatzes bei der Betreuung von älteren Menschen mit Behinderung sein. Dabei sollten Erkenntnisse der Sterbebegleitung und der palliativen Medizin berücksichtigt werden. Ein würdevolles Sterben in spiritueller Selbstbestimmung ist zu ermöglichen.

Der dritte Lebensabschnitt bei Menschen mit Behinderung ist eine neue Herausforderung in der Behindertenhilfe. Deshalb sind alle aufgerufen, ihre Kompetenzen und Ideen einzubringen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Gemeinsam bedeutet, dass ältere Menschen mit Behinderung von Anfang an mit einbezogen werden. Denn hier gilt, dass sie als Experten in eigener Sache diejenigen sind, an deren Bedürfnissen sich alle Lösungen orientieren müssen.

Als Behindertenbeauftragter der Bundesregierung Sorge ich in den verschiedenen Gremien stets dafür, dass Menschen mit Behinderung einbezogen sind. Der Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention berücksichtigt gleichfalls die besonderen Bedürfnisse von älteren Menschen mit Behinderung. Sie haben die Möglichkeit an Ihrem Arbeitsplatz oder in Ihrem Umfeld dazu beizutragen, dass eine selbstbestimmte Teilhabe von Menschen mit Behinderung auch im Alter verwirklicht wird.

Hubert Hüppe

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen

Das Konzept von Behinderung in der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen und Auswirkungen auf ältere Menschen

Katrin Grüber

Die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BRK) ist seit dem 26. März 2009 in Deutschland geltendes Recht. Damit hat sich Deutschland verpflichtet, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten.

Die BRK enthält keine „Sonderrechte“ für Menschen mit Behinderung (Schmal 2007). Stattdessen werden die Menschenrechte und Grundfreiheiten bestehender Menschenrechtsverträge der Vereinten Nationen auf die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung verbindlich konkretisiert und spezifiziert. Ihre Ziele sind die volle gesellschaftliche Teilhabe und Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft, die Achtung ihrer Autonomie und ihre soziale Wertschätzung (Graumann 2008). In fünfzig Artikeln wird detailliert aufgeführt, was notwendig ist und wozu sich die Staaten verpflichtet haben, um diese Ziele in Bereichen wie Arbeiten, Wohnen, Gesundheit und Rehabilitation zu erreichen.

Im folgenden Beitrag wird diskutiert, inwieweit die Konvention für ältere Menschen relevant ist bzw. sein kann. Wie Statistiken zeigen, ist das Thema Behinderung grundsätzlich für ältere Menschen und das Thema Alter für Menschen mit Behinderung relevant.

Der Anteil von Menschen mit Behinderungen an der jeweiligen Altersgruppe nimmt mit dem Alter zu. Haben bei den 25-35jährigen 2.1% einen Schwerbehindertenausweis, so steigt der Anteil bei den 75-80-jährigen auf 24.4 %. Dabei muss berücksichtigt werden, dass in der Statistik nur Menschen aufgeführt sind, die einen Schwerbehindertenausweis beantragt haben. „Schwerbehindert im Sinne des § 2 Abs. 2 SGB IX sind Personen mit einem Grad der Behinderung von wenigstens 50.“ Das Bundesamt für Statistik weist darauf hin, dass „drei Viertel der schwerbehinderten

Menschen älter als 55 Jahre“ sind (Pfaff 2007).

Ältere Menschen in der UN-BRK

Ältere Menschen werden in zwei Artikeln explizit erwähnt: In Artikel 25 (Gesundheit) werden die Staaten aufgefordert, durch Präventionsmaßnahmen dafür zu sorgen, dass „weitere (...) Behinderungen auch bei Kindern und älteren Menschen vermieden bzw. minimiert werden“, und im Artikel 28 (Programme zur Armutsbekämpfung) wird gefordert, dass Programme zur Armutsbekämpfung für ältere Menschen mit Behinderungen zugänglich sind. Ebenso wären in zahlreichen anderen Artikeln Hinweise möglich gewesen.

Allerdings kann die UN-BRK so wahrgenommen werden, als gelte sie generell nicht nur für Menschen mit Behinderung, sondern auch für „Kranke, Pflegebedürftige, Frührentner und alte Menschen“ (Ohlemann 2010). Ohlemann leitet dies aus dem umfassenden Verständnis von Behinderung in der UN-BRK ab. Es ist derzeit verfrüht, weitreichende Schlussfolgerungen zu ziehen. Was ändert sich, wenn sich ältere Menschen auf die BRK berufen? Wollen sie dies überhaupt? Schließlich werden Menschen mit Behinderungen und ältere Menschen getrennt wahrgenommen und behandelt. Sie agieren in der Regel in unterschiedlichen Organisationen. Es gibt einerseits die Behindertenbewegung mit Organisationen der Selbsthilfe und Hilfe. Andererseits gibt es das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) oder die Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO e.V.). Ausnahmen sind Sozialverbände wie der VdK oder der SoVD, bei denen sowohl Ältere als auch Menschen mit Behinderungen organisiert sind. Auf der kommunalen Ebene existieren Beiräte für Menschen mit Behinderungen und Seniorenbeiräte nebeneinander.

Das Verständnis von Behinderung der UN-Konvention

Bei dem Erarbeitungsprozess der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wurde intensiv darüber beraten, wie Behinderung definiert werden könne, ohne Menschen mit Behinderungen zu diskriminieren. Darüber hinaus sollte das komplexe Verhältnis zwischen Beeinträchtigung und Einschränkung der Teilhabe dargestellt werden. Da

der Begriff Behinderung im Laufe der Zeit immer wieder geändert wird, wurde auf eine Definition verzichtet.

Der bisher übliche Behinderungsbegriff stellt eine Beziehung zwischen dem, was Menschen in einem bestimmten Lebensalter „normalerweise“ können und der Behinderung her. Menschen sind dann behindert, wenn ihre Fähigkeit geringer ist als die von Gleichaltrigen, mit der Folge, dass ihre Teilhabe eingeschränkt ist.

Diese Abweichung von der Norm begründet den besonderen Unterstützungsbedarf für Menschen mit Behinderung. Dieser Ansatz wurde kritisiert, weil er defizitorientiert und diskriminierend ist. Denn mit der Definition ist implizit der Anspruch verbunden, der Mensch mit Behinderung solle sich ändern, weil er ein Defizit habe. Die Disability Studies haben für diese Sichtweise den Begriff „Defizitmodell“ bzw. „Individuelles Modell“ geprägt.

Am Ende der Beratungen zur BRK stand folgendes Verständnis von Behinderung (Artikel 1): „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in der Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ Damit entfällt die Bezugsgröße der altersüblichen Fähigkeiten. Es gibt keine lineare Beziehung zwischen der Beeinträchtigung und einer Einschränkung der Teilhabe an der Gesellschaft. Mit dem Konzept der Wechselwirkung wird der Komplexität Rechnung getragen und die körperliche Beeinträchtigung nicht negiert. Es wird außerdem deutlich gemacht, dass es verschiedene Barrieren gibt, die einer wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe im Wege stehen. Diese können sowohl physisch als auch einstellungsbedingt sein.

Politik der Menschenrechte

Dieser Ansatz setzt nicht bei dem Defizit von Menschen mit Behinderungen an, sondern er lenkt den Blick auf die Umgebung, die Menschen mit Behinderungen behindert. Sie hat einen wichtigen Einfluss darauf, wie stark eine Beeinträchtigung Aktivitäten behindert. Kurth merkt dazu an: „Denn wenn Behinderung als Prozess in Interaktion mit gesellschaftlichen Bedingungen gefasst wird, so steht ungleich stärker als bisher der Abbau

der Barrieren, Ausbau der Instrumente zur Ermöglichung von Teilhabe und Befähigung – kurzum: das Ziel der Inklusion im Mittelpunkt.“ (Kurth 2009) Die Disability Studies haben hierzu den Begriff des Menschenrechtsmodells geprägt, das eine Weiterentwicklung des Sozialen Modells ist. Denn die Umsetzung der UN-Konvention ist eine „Politik der Menschenrechte“ und damit nicht nur gesellschaftliche, sondern staatliche Aufgabe.

Sie wird zu einer staatlichen Verpflichtung und geht über Sozialpolitik hinaus, weshalb nicht nur Sozialpolitiker, sondern die Verantwortlichen in allen Politikbereichen zuständig sind, ob im Verkehrs- und Technologiebereich oder in der Seniorenpolitik. Karl Hermann Haack, der frühere Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, hat bereits 2004, bevor die UN-Konvention auf den Weg gebracht wurde, folgendes gefordert: „Jedwedes politisches und gesellschaftliches Handeln soll danach befragt werden, in welcher Weise es zur Gleichstellung und Teilhabe behinderter Menschen beiträgt oder sie verhindert.“ (Haack 2004) Damit hat er das Prinzip Disability Mainstreaming beschrieben. Der Begriff lehnt sich an den Begriff Gender Mainstreaming an. Gemeint ist damit, dass das Thema Behinderung vom Rand in die Mitte der Gesellschaft gerückt und überall verankert werden soll. Die Konvention enthält in der englischen Fassung einen Verweis auf Disability Mainstreaming, wenn auch nur im Zusammenhang mit der Entwicklungszusammenarbeit (Grüber 2007).

Universal Design – Design for All

Mit Disability Mainstreaming ist der Anspruch verbunden, nach Möglichkeit Sonderprogramme zu vermeiden und Programme so zu planen, dass sie den Bedürfnissen von Menschen mit und ohne Behinderungen genügen. Nur für Menschen mit komplexeren Bedürfnissen kann und sollte es zusätzliche auf sie zugeschnittene Angebote geben, wenn dies notwendig ist. Dieses Prinzip wird bei Universal Design bzw. Design for All umgesetzt. Beide Ansätze sind ähnlich, haben aber eine unterschiedliche Genese. Universal Design wurde Mitte der 80er Jahre in den USA entwickelt. Produkte sollen so gestaltet sein, dass sie von möglichst vielen Menschen, d.h. älteren und jüngeren, ohne Anpassung verwendet werden

können. Sonderanfertigungen wie Seniorenhandys, die als diskriminierend empfunden werden, werden vermieden.

Der Ansatz Design for All dagegen wurde in Europa entwickelt und hatte in erster Linie Menschen mit und ohne Behinderungen im Fokus. Nicht nur Produkte, sondern Gebäude, Kinderspielplätze und Städte sollen so entwickelt werden, dass sie möglichst allen zugutekommen. Dies soll dadurch erreicht werden, dass Menschen mit Behinderungen in den Planungsprozess eingebunden werden (EDAD o.J.). Die UN-BRK verwendet den Begriff Universal Design bzw. Universelles Design und definiert ihn in Artikel 2 wie folgt: „Ein Design von Produkten, Umfeldern, Programmen und Dienstleistungen in der Weise, dass sie von allen Menschen möglichst weitgehend ohne eine Anpassung oder ein spezielles Design genutzt werden können.“

Am Beispiel von Bussen oder Straßenbahnen wird deutlich, was dies bedeutet: Ein für RollstuhlfahrerInnen geeigneter Bus ist für Menschen, die einen Kinderwagen schieben, von Vorteil, ebenso für Menschen mit Gehbeeinträchtigungen. Für alle ist so ein Verkehrsmittel bequemer, die Einstiegzeiten verkürzen sich. Ausgangspunkt der Entwicklung dieser Verkehrsmittel war die Kritik von Menschen mit Behinderungen.

Sie haben deutlich gemacht, dass ein barrierefreier ÖPNV sich nicht nur am barrierefreien Einstieg misst, sondern auch daran, wie die Informationen, den seh- und hörbeeinträchtigten Nutzerinnen und Nutzern zur Verfügung gestellt werden.

Behinderung und Alter gemeinsam denken

Ausgangspunkt der Kampagne des Handelsverbandes Deutschland „Generationenfreundliches Einkaufen“ sind die Interessen älterer Menschen. Partner der Kampagne sind unter anderem die Initiative „Wirtschaftsfaktor Alter“ der Bundesregierung und die BAGSO. Einkaufsläden und Kaufhäuser, die bestimmte Kriterien für „unbeschwerliches und barrierearmes“ Einkaufen erfüllen, erhalten eine Plakette „Generationenfreundliches Einkaufen“. Auf der Homepage wird ausgeführt, dass die Kampagne ebenso im Interesse von Eltern mit Kinderwagen und Menschen im Rollstuhl ist. Allerdings sind diese Gruppen nicht unter den Partnern vertreten. Umgekehrt erklärt die Berliner Senatsver-

waltung für Stadtentwicklung die Vorteile des barrierefreien Bauens, das insbesondere Menschen mit Behinderungen im Blick hat, angesichts des demografischen Wandels. So heißt es in einer Broschüre zur Landesbauordnung in einem Abschnitt zum barrierefreien Bauen: „Alle in diesem Zusammenhang stehenden Maßnahmen haben auch eine positive Wirkung auf die Gruppe älterer Menschen.“

Die aufgeführten Beispiele sind Hinweise darauf, dass Menschen mit Behinderungen und ältere Menschen gemeinsam gedacht werden. Es sind keine Beispiele, bei denen ihre Bedürfnisse von Anfang an gemeinsam berücksichtigt wurden. Sie wurden nicht in Planungsprozesse einbezogen. Behindertenorganisationen nehmen Seniorenvertretungen in der Regel noch nicht als Bündnispartner wahr. Die Solidaritätsadresse der BAG-SO für Menschen mit Behinderungen machte anlässlich des Europäischen Jahres für Menschen mit Behinderungen im Jahr 2003 ältere Menschen mit Behinderung als neue Zielgruppe aus und nahm sich vor, sie mehr an Verbandsangeboten zu beteiligen, „um bisher nicht aktivierte Potentiale zu wecken.“

Resümee

Der Menschenrechtsansatz der BRK ist eine gute Grundlage, verstärkt nach gemeinsamen Interessen von älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen zu suchen und systematisch Verbindungen herzustellen. Offensichtlich sind sie in der barrierefreien Zugänglichkeit von Gebäuden oder im öffentlichen Nahverkehr. Sie gelten auch für eine barrierefreie Kommunikation. Von einem barrierefrei zugänglichen Gesundheitssystem profitieren nicht nur Menschen mit Behinderungen, sondern ebenfalls ältere Menschen – und die gesamte Gesellschaft. Ziel ist es dabei nicht, von vornherein zu unterstellen, die Interessen seien gleich – schließlich sind weder alle Menschen mit Behinderung alt, noch haben alle älteren Menschen eine Einschränkung. Es gibt „den“ Menschen mit Behinderung bzw. „den“ älteren Menschen nicht. Es ist sicherlich kein Zufall, dass der Caritas-Kampagne „Experten fürs Leben“, die den Respekt für ältere Menschen befördern sollte, der Slogan „Kein Mensch ist perfekt“ folgte, mit dem für die Anerkennung von Menschen mit Behinderungen geworben wird. Andererseits sind aber die unterschiedlichen Botschaften der Kam-

pagnen vielleicht dadurch erklärbar, dass die gemeinsamen Interessen der beiden Gruppen nicht systematisch beachtet wurden.

Literatur

- BAGSO-Positionspapier zum Europäischen Jahr der Menschen mit Behinderungen 2003, <http://www.bagso.de/posmmb.html>
- Degener, Theresia (2006), Menschenrechtsschutz für behinderte Menschen, Vereinte Nationen 3/2006, S. 104-110.
- Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin (Hrsg.), Europäisches Institut Design für Alle in Deutschland e.V. (EDAD), Europäisches Konzept für Zugänglichkeit (o.J.).
- Generationenfreundliches Einkaufen, <http://www.generationenfreundliches-einkaufen.de/pb/site/gen/node/653958/Lde/index.html>
- Graumann, Sigrid (2008), Die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen, in: IMEW konkret 11.
- Grüber, Katrin (2007), Disability Mainstreaming als Gesellschaftskonzept. Annäherungen an einen viel versprechenden Begriff, in: Sozialrecht + Praxis 17, 7, S. 437-444.
- Kurth, Markus (2009), Die UN-Konvention. Welt ohne Behinderung – Vision oder Alptraum? In: Reihe Expertise des Institutes Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW).
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung (2007), Die Bauordnung für Berlin, http://www.stadtentwicklung.berlin.de/service/gesetzestexte/de/download/bauen/20070730_broschuere_internet.pdf
- Schmahl, Stefanie (2007), Menschen mit Behinderungen im Spiegel des internationalen Menschenrechtsschutzes, in: Archiv des Völkerrechts 45, S. 517-540.
- Schmidt-Ohlemann, Matthias (2010), Impulse und Perspektiven für die Rehabilitation in Deutschland durch die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Vortrag anlässlich der Fachtagung Berlin 14./15. Januar 2010, Die Wirkung der BRK auf die Rehabilitation in Deutschland – Impulse und Perspektiven, NETZWERK ARTIKEL 3, IMEW und DGRW.
- Pfaff, Heiko, Schwerbehinderte Menschen 2007 (2010), Statistisches Bundesamt, in: Wirtschaft und Statistik 2/2010, <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/Monatsausgaben/WistaFebruar10,property=file.pdf>

Sozialpolitik in alternden Gesellschaften

Gerhard Naegele

Seit mehreren Jahrzehnten wird die Bevölkerung Deutschlands kontinuierlich älter, und dieser Trend wird anhalten. Für diese Entwicklung sind zwei als irreversibel geltende Megatrends verantwortlich: Konstant niedrige Geburtenraten und eine weiter steigende mittlere und ferne Lebenserwartung. Sowohl die mittlere Lebenserwartung eines Neugeborenen wie die fernere Lebenserwartung sind in der Vergangenheit gestiegen. Ein weiterer Anstieg wird erwartet. Die 12. Koordinierte Bevölkerungsvorberechnung des Statistischen Bundesamtes vom November 2009 kommt in ihrer Basisannahme für 2060 zu einer durchschnittlichen Lebenserwartung neugeborener Jungen von 85,0 Jahren und neugeborener Mädchen von 89,2 Jahren. Für 65-jährige Männer wird für 2060 eine fernere Lebenserwartung von 87,3 Jahren und für 65-jährige Frauen von 90,5 Jahren angenommen.

Vor diesen Hintergründen errechnet das Statistische Bundesamt für Deutschland im Jahre 2060 eine Gesamtbevölkerungszahl von zwischen 65 Mio. (Minimumvariante) und 77 Mio. (Maximumvariante) und damit jeweils einen erheblichen Rückgang gegenüber der jetzigen Bevölkerungszahl von rund 82 Mio..

Mit Blick auf das Altern der Bevölkerung setzt sich in der Konsequenz das „dreifache Altern“ der Bevölkerung fort: Zunahme des Anteils der Älteren an der Gesamtbevölkerung, Zunahme der absoluten Zahl der Älteren sowie Zunahme von Anteilen und Zahlen sehr alter Menschen (80plus).

Auf der anderen Seite sinkt die Zahl jüngerer Menschen. Im Jahr 2060 wird es nur etwa zehn Mio. junge Menschen unter 20 Jahren geben - gegenüber noch 16 Mio. in 2008. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird von heute 19 Prozent auf dann 16 Prozent abgenommen haben. Es wird fast so viele über 80jährige geben wie unter 20jährige. Entsprechend sinken Zahlen und Anteile der Menschen im sogenannten erwerbsfähigen Alter von heute etwa 50 Mio. auf zwischen 33 und 36 Mio. im Jahre 2060. Schon im Jahre 2035 wird etwa die Hälfte der Bevölkerung 50 Jahre und

älter sein – für viele ein wichtiges Indiz für künftige ökonomische Risiken und Engpässe auf den bundesdeutschen Arbeitsmärkten.

Einer gängigen Definition zufolge reagiert Sozialpolitik auf soziale Risiken und Probleme, die sich von privaten Risiken und Problemen dadurch abgrenzen, dass zu ihrer Bearbeitung und Lösung die individuellen wie familialen Hilfefpotenziale nicht ausreichen und infolgedessen organisierter Hilfe durch Einrichtungen und Maßnahmen der Sozialpolitik benötigen. Dessen Handlungsinstrumentarium lässt sich im Regelfall mit den folgenden drei Leistungsbereichen beschreiben: Geldleistungen, Sachleistungen und personenbezogene soziale Dienste.

Mit Blick auf ältere Menschen sind dabei die wichtigsten *Geldleistungen* Arbeitslosengeld und Hartz IV für die Fälle der weit verbreiteten Langfrist-arbeitslosigkeit unter älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie Renten aus den verschiedenen Alterssicherungssystemen.

Die *Sachleistungen* konzentrieren sich bei älteren Menschen auf Angebote des Gesundheits- und Pflegewesens. Sie unterscheiden sich im Grundsatz nicht von den gesundheits- und pflegebezogenen Leistungen für die übrigen Bevölkerungsgruppen, was die jeweilige Inanspruchnahme betrifft.

Für ältere Menschen zunehmend bedeutsam geworden sind die *personenbezogenen sozialen Dienstleistungen*, die sich auf immaterielle Bedarfslagen beziehen. Sie konzentrieren sich auf drei große Dienstgruppen: Maßnahmen zur Integrationssicherung, Maßnahmen zur Förderung der selbständigen Lebensführung sowie Maßnahmen bei eingetretener Hilfe- und Pflegebedürftigkeit.

Nun ist Alter selbst keine Lebensphase, die primär durch soziale Risiken und Probleme gekennzeichnet wäre. Die überwiegende Mehrheit der Älteren in Deutschland lebt vergleichsweise frei von sozialen Risiken und Problemen. Vorsichtige Schätzungen kommen auf ein tatsächliches Risiko- und Problempotenzial von zwischen 15 und 20 Prozent in der Gruppe 65plus. Sehr alte Menschen, darunter viele allein lebende ältere Frauen, ältere Menschen aus unteren Sozialschichten und ältere Menschen mit Migrationsgeschichte weisen die höchsten Risikoquoten auf.

Neben den erwähnten demografischen Megatrends werden alterstypische soziale Risiken und Probleme durch den allgemeinen politischen, ökonomischen

mischen und sozialen Wandel bestimmt. Auf folgende Trends mit problematischen Rückwirkungen auf Lebenslagen und Lebensqualität vor allem künftiger Kohorten älterer Menschen kann hingewiesen werden: Die Nicht-Erreichbarkeit der Rente mit 67 hat finanzielle Folgen für viele, vor allem „marktschwache“ ältere ArbeitnehmerInnen und bedingt damit versicherungsmathematische Abschläge und Rentenkürzungen. Schon heute scheiden fast 50 Prozent aller Neurentner mit Abschlägen aus, darunter jeder Dritte mit dem vollen 18-prozentigen Abschlag. Wachsende Niedrigentlohnung und zunehmende Entnormalisierung von Beschäftigungsverhältnissen wirken sich negativ auf die eigenen Rentenerwartungen aus.

Der mit der „neuen Alterssicherungspolitik“ der letzten Jahre eingeleitete Paradigmenwechsel in der Rentenpolitik hat sicherungsmäßige Konsequenzen. Dieser zielt auf eine Absenkung des Leistungsniveaus in der GRV und auf deren teilweisen Ersatz durch kapitalfundierte private Alterssicherungsprodukte. Dabei ist auf den häufigen Ausschluss von der Riesen- bzw. Eichel-Förderung hinzuweisen, der jene betrifft, die ohnehin nur vergleichsweise geringe Rentenerwartungen aufweisen.

Es wird künftig mehr Armut im Alter und eine zunehmende Spreizung der Alterseinkommen geben.

Zu den wichtigsten Dimensionen des allgemeinen sozialen Wandels mit Folgen für alterstypische soziale Risiken und Probleme und sozialpolitische Handlungsbedarfe zählen gewichtige Veränderungen in den Lebensformen und Familienstrukturen der älteren Menschen.

Künftig wird es bei der hohen Zahl an Ein-Personen-Haushalten älterer Menschen bleiben (aktuell etwa 15 Mio.). Hier sind personenbezogene Dienste gefragt. In wachsendem Maße bestimmen durch strukturelle Veränderungen in den Familien bedingte, neue und sozialpolitisch relevante Versorgungsbedarfe die Schwerpunkte und Lebenslagen der älteren Menschen. Sie betreffen die Aufrechterhaltung der selbständigen Lebensführung und Versorgung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. Sie stehen u.a. im Zusammenhang mit sinkenden Geburtenraten, verkleinerten Haushaltsgößen, rückläufiger Heirats- bei steigender Scheidungs- und sinkender Wiederverheiratungsbereitschaft sowie zusätzlich wachsender und arbeitsmarktpolitisch erforderlicher Ausweitung von Frauenerwerbsarbeit.

Die demografisch bedingte Zunahme von Hochaltrigkeit kann als wichtigste „driving force“ künftiger sozialpolitischer Handlungserfordernisse in einer Gesellschaft des langen Lebens gelten. Chronische Erkrankungen und Multimorbidität sowie steigende Pflegebedürftigkeit in Form demenzieller Erkrankungen gelten als unmittelbar an hohes Alter gebunden. Vorausberechnungen unter Zugrundelegung von Status-Quo-Annahmen kommen zu einem Anstieg von bis zu 3,6 Mio. sehr alter Pflegebedürftiger und weit über zwei Mio. ebenfalls sehr alter demenziell erkrankter Menschen bis 2040.

Auch wenn die bisher aufgezeigten Trends als unausweichliche Indikatoren eines demografischen Determinismus und als Begründungen für derzeit dominante Krisenszenarien gelten, so soll relativierend festgehalten werden, dass die möglichen Handlungserfordernisse und Versorgungsbedarfe nicht zwangsläufig eintreten müssen.

Förderliche Kohorteneffekte bleiben in der Regel unbeachtet. Die künftigen Kohorten älterer Menschen sind mit deutlich günstigeren Ressourcen und Potenzialen ausgestattet, deren systematische Anwendung und Nutzung einen Beitrag sowohl zur individuellen wie gesellschaftlichen Risiko- und Problemreduzierung leisten kann, vorausgesetzt, sie werden erkannt und abgerufen.

Dem entspricht eine soziale Heterogenisierung des Alters. Das Alter und Altern ist durch plurale Verlaufs- und Existenzformen gekennzeichnet. Das chronologische Alter eignet sich für eine grobe Abgrenzung des risikobehafteten hohen Alters (80-85 Jahre), nicht aber als Distinktionsmerkmal für Menschen innerhalb der gesamten Lebensphase „Alter“. Der sozial-strukturellen Differenzierung des Alters entspricht darüber hinaus die Zunahme der intraindividuellen Variabilität älterer Menschen. So zeigen empirische Befunde, dass Flexibilität, Mobilität und Selbständigkeit in den Altersgruppen über 50 zugenommen haben, und dass sich Menschen zwischen 40 und 85 Jahren heute im Schnitt etwa zehn Jahre jünger fühlen, als es ihrem kalendarischen Alter entspricht.

Ich erwähne dies aus zwei Gründen: Zum einen möchte ich auf die bei den nachrückenden Kohorten durchaus stark gewachsenen Eigenhilferesourcen und -potenziale hinweisen, deren Einsatz und sozialpolitische Wirkmächtigkeit an erhebliche Vorleistungsverpflichtungen der jeweils

zuständigen gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und staatlichen Akteure geknüpft sind. Zum anderen möchte ich verdeutlichen, dass sich aufgrund der gewachsenen Heterogenisierung des Alters sozial- und altpolitische Standardlösungen selbst in Frage stellen müssen. Die Tatsache, dass sich demografische ebenso wie sozial-strukturelle Prozesse, die mit negativen Implikationen für eine Gesellschaft des langen Lebens verbunden sind, langsam entwickeln, von daher langfristig vorhersehbar und somit im präventiven Sinne gestaltbar sind, sprechen gegen den demografischen Determinismus und solche Krisenszenarien. Für die Alterung der Gesellschaft gilt ihre grundsätzliche gesellschaftspolitische Gestaltbarkeit. Diese Einschätzung hat lange Zeit gefehlt, und man kann nur hoffen, dass dazu Kraft und politischer Wille vorhanden sind.

Ich möchte diese optimistische Botschaft an einigen künftigen Schwerpunkten sozialpolitischer Handlungs- und Gestaltungserfordernisse verdeutlichen, die zugleich eine weitere Ausgangsthese belegen sollen: In den erwähnten Herausforderungen liegen Chancen, zu angemessenen und innovativen Bearbeitungsstrategien für die evidenten sozialen Altersrisiken und -probleme zu kommen. In ihrer erfolgreichen Bewältigung können vielfältige positive Abstrahleffekte auf die Lösung anderer struktureller Reformerfordernisse in wichtigen Feldern der Sozial- und Gesellschaftspolitik liegen. Um die sozialen Alterssicherungssysteme nachhaltig zu sichern sowie dem vorausberechneten Altern der Belegschaften und demografischen Engpässen auf dem Arbeitsmarkt zu begegnen, bedarf es einer zeitlichen Andersverteilung von Arbeit über den Lebenslauf im Sinne einer Neuorganisation von Lebensarbeitszeit, die eine längere Lebensarbeitszeit einschließen muss. Die bisher von der Politik gegebenen Antworten zur Neuverteilung von Lebensarbeitszeit sind unzureichend. Einerseits sind sie rentenrechtsintern („Rente mit 67“), andererseits schaffen sie in der Form sich ausweitender prekärer Beschäftigungsverhältnisse neue soziale und ökonomische Risiken.

Um die politisch gewollte Verlängerung der Lebensarbeitszeit und längere Versicherungsverläufe für mehr Beschäftigte real zu ermöglichen, ist parallel eine flankierende Politik und Praxis der *Beschäftigungsförderung* einschließlich einer Anpassung von Arbeitsbedingungen und -belastungen notwendig, damit Menschen auf ihren angestammten Arbeitsplätzen älter

werden können. Gefordert ist eine „lebenszyklusorientierte Personal- und Beschäftigungsförderungspolitik“. Einige erste Demografietarifverträge mit Zielen wie Qualifikationsförderung, Gesundheitsschutz und Motivationserhalt über den gesamten Arbeitnehmerlebenslauf hinweg sind in Kraft getreten. Es ist zu hoffen, dass weitere und einzelbetriebliche Vereinbarungen folgen.

Die Forderung nach Institutionalisierung von lebenslangem Lernen und Erwachsenenbildung hat beschäftigungspolitische Hintergründe und gilt für ältere Arbeitnehmer, deren Weiterbildungsbeteiligung gering ist. Insgesamt werden individuelle Ansprüche auf Weiterbildungsmaßnahmen benötigt, deren Absicherung und Finanzierung per Gesetz oder Tarifvertrag erfolgen könnte. Die 5. Bundesaltenberichtskommission plädiert z.B. für eine staatliche Erwachsenenbildungsförderung sowie für den Ausbau der betrieblichen Weiterbildung.

Unter sozialpolitischen Aspekten hat lebenslanges Lernen einen unmittelbaren Altersbezug. Dies gilt vor allem in einer Gesellschaft des langen Lebens. Es spricht vieles für eine eigenständige Bildung für das Alter, die es z.B. älteren Menschen erleichtert, mehr für die eigene Gesundheitsprävention zu tun, Rehabilitationsbemühungen selbst zu flankieren oder intelligente Techniken besser zu beherrschen. Insgesamt ist Lernen im Alter hilfreich, um mit alterstypischen Einschränkungen und Verlusten persönlich besser umzugehen. Hierin liegen Zukunftsaufgaben für Erwachsenenbildungsträger, Volkshochschulen und Universitäten.

Im Bereich der *Alterssicherung* gilt es jene Einkommensrisiken abzusichern, die mit zunehmenden Unterbrechungen und Flexibilisierungen von Erwerbsbiografien zusammenhängen und wegen der vorherrschenden Strukturprinzipien in der Gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) bis in das Alter hineinreichen. Deren Bedeutung hat in den letzten Jahren massiv zugenommen. Entsprechende Lösungswege markieren die 2007 von der EU-Kommission vorgelegten allgemeinen „gemeinsamen Grundsätze“ für ein *Flexicurity-Konzept*, das im Kern auf eine bessere Absicherung von erwerbsbiografischer Diskontinuität zielt, deren Weiterentwicklung und Umsetzung für Deutschland (z.B. im Rahmen der Offenen Methode der Koordinierung (OMK)) jedoch noch aussteht. Innovative Perspektiven eröffnet die Idee der Weiterentwicklung der Arbeitslosenversicherung hin zu

einer *Beschäftigungsversicherung*, die auf die soziale Sicherung von typischen erwerbsbiografischen Risiken im Kontext von Arbeitslosigkeit und riskanten Übergängen und damit auf die Eröffnung von Gelegenheitsstrukturen für neue berufliche Entwicklungsperspektiven einerseits sowie auf die Verbesserung von individuellen work-life-balances andererseits abzielt.

Wohnen ist bekanntlich mehr als nur „das Leben in den eigenen vier Wänden“. Insofern ist die sachgerechte Ausgestaltung der Wohnbedingungen bei Älteren von erheblicher Bedeutung, nicht nur für Lebensqualität und gesellschaftliche Teilhabe, sondern um die selbständige Lebensführung selbst bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit aufrecht zu halten. Viele ältere Menschen leben allein, daher ist der wohnungspolitische Handlungsbedarf hoch. Gerade für Wohnen im Alter gilt die Heterogenisierungsthese: Wohnwünsche und Wohninteressen älterer Menschen sind variabel geworden. In der Wohnpolitik für Ältere kann es keine Standardlösungen geben. Zwar haben die Mietwohnungsbaugesellschaften in den Ballungszentren die damit verbundenen Herausforderungen erkannt. Es bestehen jedoch erhebliche Versorgungslücken im Bereich des Wohneigentums, das in vielen Regionen Deutschlands mehr verbreitet ist als das Mietwohnen. Hier sind neben Wohnraumanpassungsmaßnahmen auch Vernetzungen zu haushaltsbezogenen, sozialen Dienstleistern sowie denen der Haustechnik-Branche erforderlich. Es bedarf ebenso neuer Finanzierungsmodelle für größere Umrüstungsvorhaben.

Zwar lässt sich die selbständige Lebensführung über wohnungspolitische Maßnahmen fördern, diese reichen aber allein nicht aus. Besondere Bedeutung dürfte künftig der Technikunterstützung durch intelligente IT-Systeme zukommen. Ein entscheidendes Stichwort ist das des Ambient Assisted Living (AAL). Bei chronischen Erkrankungen oder der Rehabilitation verweisen skandinavische Modelle auf sinnvolle Unterstützungsmöglichkeiten durch Maßnahmen der Telemedizin, welche die privaten Haushalte Älterer als neuen eigenständigen *Gesundheitsstandort* ausweisen. Bei uns sind derartige Innovationen der Selbständigkeitsförderung kaum verbreitet.

Die *Gesundheitspolitik* muss die bestehenden ambulanten und stationären Versorgungssysteme zielgenauer auf eine alternde Patientenschaft

mit ihrer durch chronische Erkrankungen und Multimorbidität gekennzeichneten Morbiditätsstruktur ausrichten. Veränderte Ziele sind die Weiterentwicklung und Umsetzung von geriatrischer Prävention und Rehabilitation, die Stärkung der Chronikermedizin, die Ausweitung integrierter Versorgungsmodelle unter Einbezug der Pflege, ein vernetztes Handeln der Professionen sowie die Schaffung neuer Altersbilder in Medizin, Kranken- und Altenpflege. Es fehlen Leitlinien und Standards zur Multimorbidität.

Zweifellos ist die Mitte der 90er Jahre erfolgte Einführung der Pflegeversicherung ein sozialpolitisches „Erfolgsmodell“. Es sind jedoch dringend mehr Anreize zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit erforderlich. Das bestehende Leistungs- und Finanzierungsspektrum muss stärker auf differenzierter gewordene Bedarfssituationen ausgerichtet, der money-led-approach durch den need-led-approach ersetzt sowie das enge verrichtungsbezogene Konzept der Pflegeversicherung durch ein erweitertes Pflegeverständnis und ein darauf ausgerichtetes Begutachtungsverfahren abgelöst werden. Erst dadurch wird eine angemessene Versorgung demenziell erkrankter älterer Menschen möglich.

In der Altenpolitik und -arbeit bedarf es eines Paradigmenwechsels: Weg von der traditionellen „Ruhestandsorientierung“, hin zur individuell wie gesellschaftlich nützlichen „Potenzialentfaltung und -nutzung“. Ziel ist die Steigerung der Bereitschaft der Älteren, selbst an der Sicherung der Generationenverträge mitzuwirken. Das überkommene Versorgungsparadigma muss einem Aufforderungs-, ja sogar Verpflichtungsparadigma weichen. Das fortgeschrittenste Konzept ist das des „*active ageing*“, das hierzulande zu eng auf den Bereich des Arbeitsmarktes verkürzt wird. Seine Merkmale sind eine integrierte und lebenslaufbezogene Konzeptualisierung, die Betonung von inter- und intragenerationeller Solidarität und gesellschaftlichem Nützlichkeitsbezug bei bevorzugter Beachtung von Problemen sozial benachteiligter älterer Bevölkerungsgruppen.

Letzteres verweist auf die Notwendigkeit einer Neujustierung beider Generationenverträge, des großen gesellschaftlichen Generationenvertrags im System der umlagefinanzierten Sozialversicherung ebenso wie des sogenannten kleinen Generationenvertrags im familiären Umfeld. Es geht um eine neue Generationensolidarität. Die junge Generation sollte mehr

Bildung und Zukunftsinvestitionen erwarten können, muss sich im Gegenzug auf mehr Lernen, neue Erwerbsmuster, mehr berufliche Mobilität und Flexibilität einstellen und nicht zuletzt mehr Bereitschaft für ein Leben mit Kindern aufbringen. Die älteren Generationen wiederum dürfen sich nicht primär in tradierten Rollen als Rentenempfänger und „Ruheständler“ definieren, sondern müssen bereit sein, mehr Verantwortung für das eigene Leben, für das anderer sowie das der nachrückenden Generationen zu übernehmen. Dazu gehört die Bereitschaft, bei gegebenen Voraussetzungen länger im Erwerbsleben zu bleiben.

Demografischer Wandel und seine Auswirkungen

Ylva Köhncke

Behinderungsbegriff

Behinderung ist ein komplexes Konstrukt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) klassifiziert verschiedene Beeinträchtigungen in ihrem Klassifikationssystem International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) hinsichtlich Körperfunktionen, Aktivitäten und Teilhabe in einem Wirkungsgefüge zwischen der Gesundheit eines Menschen und weiteren Faktoren, die in der Person sowie der Umwelt begründet liegen (WHO, 2001). Die eingeschränkte Teilhabe ist seit der Einführung des SGB IX im Jahre 2001 in der deutschen Sozialgesetzgebung als grundlegendes Merkmal von Behinderung anerkannt. Trotzdem orientieren sich amtliche Statistiken nicht an den differenzierten und aussagekräftigen Kategorien der ICF und sind im Hinblick auf einen eventuellen Unterstützungsbedarf der amtlich als „behindert“ verzeichneten Personen wenig aussagekräftig.

Je nachdem wie „Behinderung“ definiert wird, kommt man auf unterschiedliche Zahlen, wie viele Menschen „behindert“ sind. In Umfragen geben etwa 14 Prozent der Befragten an, sich im Alltag dauerhaft behindert zu fühlen (Ellert, 2006). Eine anerkannte Schwerbehinderung mit entsprechendem Ausweis besaßen 2005 8 Prozent der Deutschen. Mehr als 50 Prozent dieser 6,7 Millionen Personen sind im Rentenalter und wegen einer langjährigen Erkrankung in ihrem Leben eingeschränkt (Statistisches Bundesamt, 2007). Jeder vierte Mensch mit Schwerbehindertenausweis braucht Unterstützung im Alltag (Pfaff, 2006).

Ein Blick auf die Ursachen der Schwerbehinderungen zeigt: 82 Prozent der Schwerbehinderungen sind infolge einer Krankheit entstanden (Statistisches Bundesamt 2007). Das erklärt, warum vor allem ältere Menschen von Schwerbehinderungen betroffen sind. Die Risiken für Erkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebs und Diabetes steigen mit dem Alter an (Beske, 2007). Wenn wir diesen Erkrankungen und ihren dauerhaft einschränkenden Folgen künftig nicht besser vorbeugen können, ist

zu befürchten, dass mit einem demografischen Anwachsen der älteren Generationen auf die Gesamtbevölkerung bezogen mehr Menschen von diesen Einschränkungen betroffen sind. Bei einem gleich bleibenden Anteil von Menschen mit Schwerbehinderung je Altersjahrgang wird sich bei der erwarteten Bevölkerungsentwicklung der Anteil der Personen mit Schwerbehinderung bis 2050 von 8 auf 12 Prozent erhöhen. Ganz allgemein wird „Behinderung“ also normaler.

4 Prozent der Besitzer von Schwerbehindertenausweisen wurde eine sogenannte „angeborene“ Behinderung bescheinigt. Das sind ca. rund 326.000 Menschen (Köhncke, 2009).

Altersstruktur

An der „Alterspyramide“ der Menschen mit angeborenen Behinderungen fällt auf: Die Rentnergeneration fehlt. Die Babyboom-Generation der in den 1960er Jahren Geborenen ist besonders groß und die Nachwuchsgeneration der vergangenen 30 Jahre fällt im Vergleich dazu kleiner aus.

Die Vernichtungspolitik der Nationalsozialisten hatte das Leben von Menschen mit Behinderungen systematisch ausgelöscht. Erst nach 1945 Geborene erreichen jetzt in größerer Zahl ein höheres Alter. Früher zogen Behinderungen außerdem häufig erhöhte Sterberisiken nach sich (Driller, 2006). Da sich die Lebensbedingungen für Menschen dieser Bevölkerungsgruppe in den letzten Jahrzehnten deutlich verbessert haben, ist ihre Lebenserwartung stark angestiegen (Patja et al. 2001, Tyrer et al. 2007). Sie wird sich vermutlich in Zukunft weiter jener der Durchschnittsbevölkerung annähern.

Lebenslagen

Die Lebensumstände von Menschen mit lebenslanger geistiger oder mehrfacher Behinderung sind unterschiedlich. Viele von ihnen leben seit langem in stationären Behindertenhilfe-Einrichtungen oder werden in Wohngruppen bzw. Einzelwohnungen ambulant betreut. Im Jahr 2008 erhielten 167.000 Menschen Leistungen der Eingliederungshilfe in stationären und rund 83.000 in ambulant betreuten Wohnformen (Statistisches Bundesamt, 2010). Statistisch nicht erfasst sind die schätzungsweise weit

mehr als 50.000 Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, die in ihrer Herkunftsfamilie leben (Köhncke, 2009). Die Eingliederungshilfe ist eine Leistung der Sozialhilfeträger. Leistungsberechtigt sind Menschen, die wegen einer Behinderung in ihren Teilhabemöglichkeiten „wesentlich eingeschränkt“ sind. Eingliederungshilfeleistungen erhält auch, wer in einer Werkstatt für behinderte Menschen arbeitet (2008: 228.000 Personen).

Wer von Eingliederungshilfe lebt, hat gerade genug zum Leben – das Einkommen und Vermögen wird auf diese Leistungen angerechnet. Bei Unterbringung in einer stationären Einrichtung werden alle Leistungen in der Regel wie in einem Hotel als Komplettpaket bereitgestellt. Menschen, die ambulant betreut leben, haben es meist schwerer, ihre Ansprüche auf einzelne Leistungen für Wohnen, Betreuung, Arbeitsassistenz, Pflege etc. zu koordinieren und müssen im Alltag oft mit sehr wenig auskommen.

Die Angebotslandschaft der Behindertenhilfe ist historisch gewachsen und verändert sich weiterhin. Neben die traditionellen großen Einrichtungen treten mehr Alternativen. Mittlerweile wird es schwierig, in der vielfältigeren Angebotslandschaft eine Grenze zu ziehen zwischen „ambulant“ und „stationär“ (Deutscher Verein 2007). Die Vielfalt der Angebote ist dabei regional unterschiedlich.

Zahlenmäßige Entwicklung

Das Jahr 2006 bildete die Grundlage für die Hochrechnungen des Berlin-Instituts (Köhncke, 2009). Damals erhielten 154.000 Menschen Eingliederungshilfeleistungen für das Leben in einem Heim. Das Durchschnittsalter lag bei 44 Jahren, nur wenige der Bewohner waren über 60 Jahre alt. Auf 100 Menschen im Alter von 20 bis 59 Jahren kamen nur 17 über 60jährige.

Wenn sich die Lebenserwartung von Menschen mit lebenslangen Behinderungsformen künftig dem Bevölkerungsdurchschnitt anpasst, bedeutet das für jeden Einzelnen eine neue Lebensphase und für die Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe eine neue Altersgruppe. Für einzelne definierte Syndrome und diagnostisch quantifizierte Intelligenzminderung liegen durchaus Studien zur Lebenserwartung vor (z.B. Patja, 2001, Tyrer, 2008). Solche Ergebnisse können nicht einfach auf die gesamte Nutzerschaft von Einrichtungen übertragen werden. Mangels valider Daten

für eine gruppenspezifische Lebenserwartung setzt das Berlin-Institut für die Vorausberechnungen daher die in der Gesamtbevölkerung ermittelte Lebenserwartung voraus. Außerdem wird angenommen, dass ein gleich bleibender Anteil von Menschen jeder Altersgruppe in der Gesamtbevölkerung bis zum Alter von 59 Jahren künftig mit derselben Wahrscheinlichkeit in ein Heim aufgenommen wird wie 2005. Unter diesen Bedingungen wird die Nutzerschaft nicht nur im Durchschnitt älter, auch die Gesamtzahl der Nutzer von Dienstleistungen der Behindertenhilfe wird anwachsen.

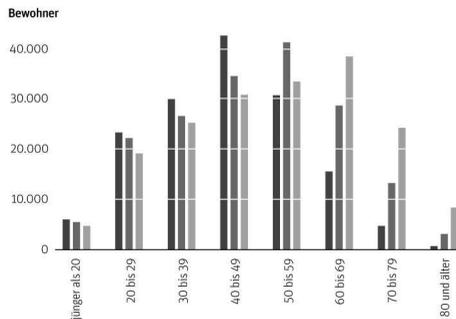
Vorausberechnungen können einen groben Eindruck davon vermitteln, wie sich die Zahl und die Altersstruktur der Leistungsempfänger entwickeln können. Angenommen, die Personen, die derzeit in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe leben, bleiben in den kommenden 20 Jahren in dieser Wohnform und für sie gilt eine durchschnittliche Lebenser-

Aktuelle und hochgerechnete Anzahl der Bewohner stationärer Einrichtungen der Behindertenhilfe nach Altersgruppen in den Jahren 2006, 2016 und 2026

(Datengrundlage: Statistisches Bundesamt, eigene Berechnungen)

■ 2006
■ 2016
■ 2026

Berlin-Institut
■ für Bevölkerung
und Entwicklung



Aus Köhncke, Ylva, *Alt und behindert. Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt.* Berlin: Berlin-Institut, 2009.

Angenommen, die Lebenserwartung von Menschen mit Behinderung steigt auf die Lebenserwartung der Gesamtbevölkerung an und ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung, wie auch jener, die in stationären Einrichtungen leben, bleibt auf heutigem Niveau, dann würde sich die Zahl der Bewohner in Heimen für behinderte Menschen erhöhen: Zwar sinkt die Anzahl Jüngerer aufgrund der in Deutschland geringen Nachwuchszahlen. Dafür steigt die Zahl der älteren Bewohner überproportional an.

wartung wie für die Gesamtbevölkerung, so wird das Durchschnittsalter in dieser Gruppe in den kommenden 20 Jahren um zehn Jahre auf 54 Jahre ansteigen. Die Gesamtzahl würde um ein Fünftel (33.000 Personen) auf 187.000 Personen ansteigen. Die Grafik illustriert: Die geburtenstarken Jahrgänge wachsen nach und nach in die höheren Altersgruppen hinein.

Wie sich die Zugangszahlen und die Verbleibsdauer in den Einrichtungen tatsächlich entwickeln, hängt von zahlreichen Faktoren ab. Es stellen sich die Fragen: Wie viele der Kinder kommen mit Behinderungen zur Welt? Wie viele Kinder entwickeln im Laufe ihrer Kindheit einen Unterstützungsbedarf? Wie viele Menschen entwickeln im Laufe ihres Erwachsenenalters einen Unterstützungsbedarf? Wie viele Menschen mit Assistenzbedarf, die in ihrer Herkunftsfamilie leben, brauchen in Zukunft professionelle Unterstützung? Welchen gesundheitlichen Risiken sind die Menschen ausgesetzt, wie ist ihre Lebenserwartung? Dies wiederum hängt von der Lebensqualität ab – unter welchen Umständen ist sie gut oder weniger gut für Menschen mit Behinderung? Wie werden sich alternative Angebote zur (stationären) Eingliederungshilfe entwickeln – ambulante Begleitung, Familienbegleitung, Pflege?

Zur Situation der Eltern erwachsener Menschen mit Unterstützungsbedarf ist bislang wenig bekannt. Die Zahl der erwachsenen Menschen mit Behinderung, die in ihrer Herkunftsfamilie leben, ist nicht erhoben. Angesichts der Altersverteilung der Menschen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben – viele von ihnen sind zwischen 40 und 50 Jahren alt – wird dies Thema zunehmend wichtig.

Angesichts vieler auf überregionaler Ebene schwer zu quantifizierender Einflüsse stellt die Studie von Köhncke (2009) zwei weitere Szenarien vor, die unter einfachen Annahmen berechnet wurden. In Szenario 2 wird zusätzlich zu den Annahmen aus dem ersten Szenario davon ausgegangen, dass 50.000 Menschen aller Altersgruppen, die 2006 im Heim lebten, bis 2026 im Rahmen von Ambulantisierungsbestrebungen in ambulant betreute Wohnformen umziehen. Unter diesen Umständen bliebe die Zahl der Bewohner etwa stabil. Szenario 3 zeigt die Entwicklung unter der zusätzlichen Annahme, dass 50.000 erwachsene Menschen mit Behinderungen, die 2006 bei ihren Angehörigen lebten, bis 2026 in die stationären Wohneinrichtungen hinzukommen. Unter diesen Annahmen würde die Gesamtzahl der Leistungsberechtigten in stationären Wohnformen von

154.000 auf 226.000 ansteigen (Köhncke, 2009).

In den ambulant betreuten Wohnformen sind ähnliche Entwicklungen denkbar. Aktuell leben weniger ältere Menschen ambulant als in den stationären Einrichtungen. Grundsätzlich ist im Alter jede Wohnform möglich. Unter der Annahme, dass diejenigen, die jetzt dort wohnen, auch dort alt werden, würde dort das Durchschnittsalter um zehn Jahre und die Gesamtzahl von knapp 60.000 im Jahr 2006 auf 76.000 im Jahr 2026 ansteigen.

Kommen aber 50.000 Menschen hinzu, die bisher privat betreut oder in einer stationären Einrichtung gelebt haben, wird die Nachfrage nach ambulanten Angeboten stärker ansteigen, nach der einfachen Modellrechnung auf 114.000, also fast doppelt so viele Plätze.

Diese Szenarien unter einfachen Annahmen können keine Grundlage für die Versorgungsplanung darstellen. Das liegt sowohl an der Datenlage als auch der Unberechenbarkeit der oft regional sehr unterschiedlichen Einflussfaktoren. Dennoch werden zwei Entwicklungen deutlich: Die Gesamtzahl der Leistungsberechtigten in der Eingliederungshilfe wird vermutlich weiter ansteigen, sofern sich nichts an den strukturellen Bedingungen ändert. Auf die Leistungsberechtigten kommt eine neue Lebensphase zu.

Auswirkungen der Alterung

Die Empfängerzahlen steigen seit es die Eingliederungshilfe gibt. Für die Finanzierung sind die Kommunen verantwortlich. Der allgemein wachsende Kostendruck, unter dem die kommunalen Haushalte stehen, wirkt sich auf die fachliche Diskussion zur Rolle der Eingliederungshilfe aus. Sozialpolitiker, Kostenträger sowie Anbieter der Behindertenhilfe suchen nach Lösungen, welche die Verbesserung der Lebensumstände mit Einsparmöglichkeiten verbinden. Dabei steht der Sparwunsch dem Wunsch nach Sicherheit und Verbesserungen in der Versorgung im Wege.

Wie sich die Bedarfslage entwickelt, hängt maßgeblich von der Inklusionsbereitschaft der Gesellschaft ab. Dass hier viel Spielraum für Verbesserungen ist, zeigt u.a. die Entwicklung der Schülerzahlen in den Sonder- und Förderschulen. Deren Anteil an allen Schülern ist in den vergangenen Jahren angestiegen und liegt bei knapp sechs Prozent (KMK 2008). Sie haben wenige Chancen auf einen regulären Schulabschluss.

Das Rentenalter bedeutet für Menschen mit lebenslanger geistiger oder mehrfacher Behinderung ähnliche Chancen und Herausforderungen wie für nicht behinderte Menschen – neue Freiheiten werden nutzbar, gewohnte soziale Netze und Lebenszusammenhänge entfallen.

Die Lebensphase Ruhestand bringt zunächst mehr Freizeit und Zeit zuhause mit sich. Wohnen und soziale Netze werden wichtiger. Zudem birgt das Alter Risiken für einen (erhöhten) Pflegebedarf. Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung wird wichtiger.

Eine Herausforderung für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung besteht darin, soziale Netze aufrecht zu erhalten oder auszubauen. Familiäre Beziehungen bestehen zumeist nur zu den Eltern, manchmal zu Geschwistern. Nur selten haben Menschen mit lebenslanger geistiger oder mehrfacher Behinderung selbst Kinder. Paarbeziehungen erhalten zunehmend fachliche Unterstützung, sind aber für Menschen mit geistiger Behinderung, die in stationären Einrichtungen leben, Umfragen zufolge nicht selbstverständlich. Unterstützende Freundschaften entstehen am ehesten im Kollegenkreis der Werkstatt, der nach dem Ruhestand nicht mehr zur Verfügung steht. Für soziale Kontakte in der Freizeit besteht mehr Gelegenheit, die aber genutzt und unterstützt werden muss. Fachkräfte können hierbei helfen. Sie sind die häufigsten Ansprechpartner im Alltag. Als Ersatz für Freunde und Familie eignen sich die Professionellen nur eingeschränkt (Pfaff 2008).

Zur Gestaltung der Lebensphase Ruhestand hat eine Forschungsgruppe der Universität Münster in Workshops mit rund hundert älteren Menschen mit Behinderung erarbeitet, was einen gelungenen Ruhestand ausmacht. Unter den zehn wichtigsten Elementen guter Praxis finden sich: Wünsche und Bedürfnisse beachten, Selbstbestimmung fördern, Kontinuität im vertrauten Umfeld ermöglichen, punktuelle Begleitung nach Bedarf ermöglichen, auch Sterbebegleitung. Wünsche und Bedürfnisse erscheinen oft banal: Selbst entscheiden können, ob sie fernsehen wollen, Besuch empfangen oder ausruhen (Hollander 2004). Diese „Elemente guter Praxis“ erfordern Flexibilität von Fachkräften der Behindertenhilfe, interdisziplinäre Kooperation mit der Altenhilfe und Öffnung sowie Zusammenarbeit mit anderen gesellschaftlichen Gruppen, Vereinen und Organisationen im direkten Wohnumfeld.

Wenn Menschen mit lebenslanger geistiger oder mehrfacher Behinderung älter werden, kann es wie bei Menschen ohne lebenslange Behinderung zu Pflegebedürftigkeit kommen. Die Wahrscheinlichkeit für chronische Erkrankungen steigt mit dem Alter, Demenzen treten auf. Auf diese Konstellation sind viele Einrichtungen noch nicht ausreichend vorbereitet. Außerdem ist die Kostenträgerschaft sozialrechtlich für viele Betroffene nicht zufriedenstellend geregelt. Die Zuständigkeitsregelungen zwischen Eingliederungshilfe und Pflegeversicherung sind in der Diskussion, weil sie in vielen Fällen nicht zum Bedarf der älteren Eingliederungshilfeberechtigten mit Pflegebedarf passen (Deutscher Verein 2010).

Fazit

Eine erste vollständige Generation von Menschen mit geistiger Behinderung und Unterstützungsbedarf erreicht das Ruhestandsalter. Die Nachfrage nach Leistungen der Behindertenhilfe wächst insgesamt an. Das stellt die Kostenträger und Leistungsanbieter vor neue Herausforderungen.

Gleichzeitig findet in der Behindertenhilfe ein Umdenken von der Fürsorge zur Teilhabe statt. Einrichtungen öffnen sich, Nutzer/Klienten/Betreute werden selbständiger. Grenzen zu anderen Professionen und Versorgungssystemen werden aufgeweicht und neu verhandelt. Knappe Gemeindegassen üben Druck auf diese Prozesse aus. Damit sich Einrichtungen der Behindertenhilfe öffnen können, müssen viele Gesellschaftsbereiche inklusiv werden, von Kindergarten und Schule an.

Literatur

- Beske, Fritz u.a. (2007): Gesundheitsversorgung 2050 – Prognose für Deutschland und Schleswig-Holstein. Kiel.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2010): Diskussionspapier des Deutschen Vereins zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen der Eingliederungshilfe und der (Hilfe zur) Pflege unter Berücksichtigung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Reform der Eingliederungshilfe. Berlin.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (2007): Verwirklichung selbstbestimmter Teilhabe behinderter Menschen! Empfehlungen des deutschen Vereins zur Weiterentwicklung zentraler Strukturen in der Eingliederungshilfe. Berlin.
- Driller, Elke; Pfaff, Holger (2006): Soziodemografische Struktur von Menschen mit Behinderung in Deutschland. In: Krueger, Fritz; Degen, Johannes (Hgg.): Das Alter behinderter Menschen. Freiburg.
- Ellert, Ute (2006): Telefonischer Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (2.Welle). Deskriptiver Ergebnisbericht. Berlin.
- Hollander, Jutta; Mair, Helmut (2004): Den Ruhestand gestalten. Abschlussbericht. Münster.
- Köhncke, Ylva (2009): Alt und behindert – Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt. Berlin.
- Kultusministerkonferenz (2008): Sonderpädagogische Förderung in Schulen von 1997 bis 2006. Dokumentation Nr. 185. Berlin.
- Patja, Kristina u.a. (2001): Cause-specific mortality of people with intellectual disability in a population-based, 35-year follow-up study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, S. 30-40.
- Pfaff, Heiko (2006): Lebenslagen behinderter Menschen. Ergebnisse des Mikrozensus 2005. In: *Wirtschaft und Statistik* 12/2006. Wiesbaden.
- Pfaff, Holger; Schulz-Nieswandt, Frank, u.a. (2008): Inanspruchnahme, soziales Netzwerk und Alter am Beispiel von Angeboten der Behindertenhilfe (INA-Studie). Abschlussbericht. Freiburg.
- Statistisches Bundesamt (2010): Soziale Leistungen. EmpfängerInnen von Sozialhilfe in Form von Leistungen nach dem 5. bis 9. Kapitel SGB XII, 2008. Fachserie 13, Reihe 2.3. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (2007): Statistik der Schwerbehinderten Menschen 2005, Fachserie 13, Reihe 5.1. Wiesbaden.
- Tyrer, Freya u.a. (2007): Mortality in adults with moderate to profound intellectual disability: A population-based study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, S. 520-527.
- Weltgesundheitsorganisation (2001): International Classification of Functioning, Disability and Health.

Der Graben zwischen SGB XI und SGB XII. Referenzbedarf und Perspektiven für Menschen mit Behinderungen im Alter

Christian Bernzen

Menschen mit Behinderungen im Alter haben nicht selten die Schwierigkeit, dass die Sozialverwaltungen unsicher sind, wie mit der Situation umgegangen werden soll, dass auch Menschen mit Behinderungen Pflegebedarf entwickeln und zugleich weiter Eingliederungshilfebedarf besteht. Im Folgenden soll untersucht werden, was die Ursache für diese Schwierigkeiten ist und auf welche Weise Lösungen gefunden werden können.

Aufgabe der Eingliederungshilfe

Die Eingliederungshilfe hat die Aufgabe, die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mindern (§ 10 SGB I). Zusätzlich soll sie (§ 43 Abs. 3 SGB XII) den Menschen mit Behinderungen die Teilnahme am Leben der Gemeinschaft ermöglichen oder erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen Tätigkeit ermöglichen und sie soweit wie möglich unabhängig von Pflege machen.

Diese Aufgabenbeschreibung stellt eine finale, zielbezogene Formulierung dar. Das Ziel ist die Eingliederung in die Gesellschaft und zugleich die Selbstbestimmung. Dieses Doppelziel der Eingliederungshilfe geht von einer voraussetzungsreichen Grundannahme aus. Diese Grundannahme lässt sich in etwa wie folgt formulieren: Alle Menschen wollen in die Gesellschaft eingegliedert sein und betrachten dies als Ausdruck ihrer Selbstbestimmung. Der Formulierung dieses Ziels liegen wichtige anthropologische Konsense zugrunde, die zu dem Zeitpunkt, an dem die Ziele der Eingliederungshilfe formuliert wurden, wahrscheinlich wesentlich stärker waren als sie heute in der deutschen Gesellschaft sind. Die Grundannahme eines anthropologisch essentiellen Gemeinschaftsbezuges menschlichen Lebens dürf-

te nur noch in Teilen der Gesellschaft als Grundannahme geteilt werden. Soll bei der Umsetzung des geltenden Rechtes aber von den Bestimmungen der zitierten Vorschriften ausgegangen werden, muss sogleich davon ausgegangen werden, dass diese Grundannahme wenigstens in weiten Teilen tragfähig ist. Dieses bedeutet für das Eingliederungsziel „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“, dass allen Menschen in der Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft ermöglicht werden muss. Dieser Gedanke ist insbesondere dann von Bedeutung, wenn nach Auffassung vieler für Einzelne eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft nur schwer vorstellbar ist. In Wahrheit stellt die Formulierung des Eingliederungszieles „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ einen Auftrag an die Fantasie der Gesellschaft, da Wege zur Teilhabe stets neu erfunden werden müssen, damit diejenigen, die unter den aktuellen Bedingungen nicht teilhaben können, eigene Teilhabechancen entwickeln können.

Mit dem Eingliederungsziel der Ermöglichung von Berufsausübung oder einer angemessenen Tätigkeit, entsteht ein Teilhabeziel, das entgegen langläufiger Annahmen ebenso für ältere Menschen mit Behinderungen eine zentrale Bedeutung hat. Auch sie möchten Vielfalt im Rahmen von beruflicher Tätigkeit anstreben und das Erlebnis sinnvoller Strukturierung ihres Alltags haben. Dieses entspricht im Übrigen gesellschaftlicher Normalität. Regelbiografien mit festen Altersgrenzen zum Ausscheiden aus beruflicher Tätigkeit lösen sich zunehmend auf. Damit muss auch älteren Menschen mit Behinderung ermöglicht werden, eine Tätigkeit, die sie beispielsweise bisher in einer Art Vollzeittätigkeit in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung ausgeübt haben, in gleicher oder anderer Weise nach Vollendung des 65. Lebensjahres weiter auszuüben, wenn sie dieses wollen. Das Teilhabeziel der Unabhängigkeit von Pflege muss für ältere Menschen mit Behinderung dazu führen, dass sie die Chance bekommen, ihren behinderungsbedingten Eingliederungshilfebedarf unabhängig von der Frage decken zu können, ob sie auch oder sogar überwiegend pflegebedürftig sind.

Eine Vorstellung, nach der überwiegend pflegebedürftige ältere Menschen mit Behinderungen ihren Anspruch auf Eingliederungshilfe verlieren, ist mit geltendem Recht nicht vereinbar. Im Rahmen des in der Eingliederungshilfe

rungshilfe offenen Hilfskataloges sind alle geeigneten und erforderlichen Hilfen zu ergreifen und zu gewähren, sofern der einzelne Mensch dies wünscht.

Aufgabe der Sozialversicherung

Der Umfang der Aufgaben der Sozialversicherung bestimmt sich nach § 4 SGB I. Nach dessen Absatz 2 hat derjenige, der in der Sozialversicherung versichert ist, im Rahmen der gesetzlichen Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung ein Recht auf die notwendigen Maßnahmen zum Schutz, zur Erhaltung, zur Besserung und Wiederherstellung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit und wirtschaftlicher Sicherung bei Krankheit, Mutterschaft, Minderung der Erwerbstätigkeit und Alter.

Im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung können die Leistung der häuslichen Pflege als Pflegesachleistung, Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen, häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson, Pflegehilfsmittel, technischen Hilfen sowie teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege, Leistungen der Pflegepersonen und schließlich vollstationäre Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden (§ 21 a SGB I, Absatz 1). Zuständige Leistungsträger sind gemäß Absatz 2 der Vorschrift die bei den Krankenkassen errichteten Pflegekassen. Der Fokus der Leistung sind also Gesundheit und körperliche Leistungsfähigkeit. Deren Schutzerhaltung, Besserung und Wiederherstellung stellt das Leistungsziel dar. Als damit verbundene Aufgabe ist die wirtschaftliche Sicherung der Versicherten genannt.

Schwierigkeiten im Zusammenwirken von Eingliederungshilfe und Pflege

Zentraler Grund für Schwierigkeiten in der Koordinierung von Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen der Pflege ist die Asymmetrie in der Aufgabenbeschreibung für die jeweiligen Sozialleistungen. Dies führt insbesondere dazu, dass auch dann, wenn im Einzelfall tatsächlich identische oder fast identische Handlungen Leistungsinhalte sind, trotzdem nicht identische Hilfen entstehen können. Denn weder im Bereich der Eingliederungshilfe noch im Bereich der Pflege sind einzelne Verrichtungen

als Sozialleistungen geschuldet, sondern diese Verrichtungen können erst in Verbindung mit dem jeweiligen Hilfeziel ihren Sinn und damit ihre Bestimmung als Sozialleistung erhalten. Wenn aber Handlungen mit unterschiedlichen Zielrichtungen ausgeführt werden, ist regelmäßig zu überprüfen, ob es sich überhaupt um identische Hilfesgeschehen handelt. Dieses wird normalerweise nicht der Fall sein. Neben diesen zentralen Problemen in der Koordinierung zwischen Pflegeleistung und Eingliederungshilfeleistungen besteht ein wichtiger Unterschied in der unterschiedlichen Organisation der Hilfen. Leistungen der Pflege werden durch abschließend beschriebene Heil- und Hilfsmittelkataloge bestimmt. Für Leistungen der Eingliederungshilfe gilt hingegen ein offener Hilfskatalog. In dem Sinne wird von beiden Leistungssystemen auch als „Teilkasko-“ oder „Vollkaskosystemen“ gesprochen. In enger Verbindung mit diesem Unterschied steht die in der praktischen Orientierung der Pflegeleistung vielfach vorzufindende Orientierung an „Verrichtungen“ und die im Bereich der Eingliederungshilfe entsprechend der Hilfepläne zumindest noch vorherrschende Orientierung an Hilfezielen.

Einen weiteren Ausdruck findet die unterschiedliche Organisation der verschiedenen Sozialleistungen darin, dass im Bereich der Pflege traditionell frei gemeinnützige und privatgewerbliche Anbieter parallel und in offener Konkurrenz tätig werden. Im Bereich der Eingliederungshilfe können zwar neben Trägern der Wohlfahrtspflege auch privatgewerbliche Anbieter tätig sein, dieses kommt praktisch jedoch selten vor und so fällt der Bereich der Eingliederungshilfe fast ausschließlich den freien und öffentlichen Trägern der sozialen Arbeit zu. Wegen des unterschiedlichen Charakters der Leistung der Eingliederungshilfe und der Pflege ist es erforderlich, die beiden Leistungsbereiche in ein geordnetes Verhältnis zueinander zu bringen. Die erforderliche Klärung findet sich im § 13 Absatz 3 SGB XI.

Versuch der Koordination

Nach dieser Bestimmung (§ 13 Absatz 3 SGB XI) gehen Pflegeversicherungsleistungen für Sorgeleistungen nach dem 12. Buch vor. Die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung nach dem 12. Buch und auch weiteren Vorschriften bleiben jedoch unberührt. Sie sind

im Verhältnis zur Pflegeversicherungsleistung nicht nachrangig. Die notwendige Hilfe in Einrichtungen ist einschließlich der Pflegeleistung zu gewähren.

Praktische Lösungen

Der wichtigste Ansatz für eine praktische Lösung ist die Beschreibung von Eingliederungsbedarfen im Gesamtplan nach § 58 SGB XII. Dieses wirft in der Umsetzung regelmäßig die Schwierigkeit auf, dass die Eingliederungsbedarfe normalerweise im Schwerpunkt als Summe von Defiziten beschrieben werden. Damit liegt eine Beschreibung des Hilfebedarfs nach dem SGB XII häufig in schwer zu unterscheidender Nähe zu den Hilfebedarfen nach dem SGB XI.

Dieses verleitet nicht selten zu der Annahme, dass die Hilfebedarfe nach dem SGB XII durch die Hilfebedarfe nach dem SGB XI gewissermaßen konsumiert würden. Soll dieser Eindruck vermieden werden, ist vor allem auf die Teilhabewünsche der HilfeempfängerInnen und deren Teilhabechancen abzustellen. Die bestehenden Schwierigkeiten sind dabei lediglich als zu überwindende Probleme im Rahmen eines konkreten Gestaltungsprozesses zu beschreiben.

Eine weitere Schwierigkeit liegt darin, dass die Realisierung von Wünschen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auch zur Folge haben kann, dass sich der körperliche Zustand eines Hilfeempfängers verschlechtert. In diesen Fällen ist im Rahmen des Selbstbestimmungsrechtes des Hilfeempfängers oder der Hilfeempfängerin sorgfältig darauf zu achten, dass ihre Wünsche entweder nach einem möglichst schmerzfreien Zustand oder ebenfalls nach einer auch körperlich schädlichen Teilhabe realisiert werden.

Die Orientierung an den Interessen der Betroffenen ist schon zur Wahrung von deren Würde geboten. Eine andere Möglichkeit zu praktischen Lösungen zu kommen, ist die Beantragung der Hilfe in Form eines trägerübergreifenden persönlichen Budgets. Hierbei stellt sich allerdings die vielfältig diskutierte Frage nach der Finanzierung des notwendigen Budget-Managements und der notwendigen Budget-Assistenz. Zusätzlich ist zu beachten, dass das Pflegegeld nach § 37 SGB XI von vielen Fachleuten als insuffizient in seiner Höhe angesehen wird.

Perspektiven

Wird der Versuch unternommen, Perspektiven zu beschreiben, so kann man sich dem Eindruck nicht verschließen, dass sich immer mehr Menschen mit Behinderungen im Alter mit der Situation auseinandersetzen müssen, aus dem Bereich der Eingliederungshilfe in den Bereich der Pflege gedrängt zu werden, weil angenommen wird, dass der Pflegebedarf überwiege oder die Eingliederung nun des Alters wegen unmöglich geworden sei. Vieles wird darauf ankommen, dass von diesen Prozessen betroffene Menschen die erforderliche Unterstützung von z.B. freien Trägern in der Eingliederungshilfe gewährt werden wird.

Eine weitere Perspektive, die bereits jetzt beschrieben werden kann, ist die Verpflichtung der Einrichtung in der Eingliederungshilfe auf die Standards der Pflegeeinrichtungen und Pflegedienste durch Heimaufsichten mit der Folge der Orientierung auf Verrichtungen auch in der Eingliederungshilfe und die Übertragung der im Bereich der Pflege üblichen Dokumentationspflichten. Dieser Prozess wird mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Folge haben, dass die Erfolge in der Eingliederungshilfe weiter in den Hintergrund treten und insbesondere auch Einrichtungsleitungen ihre Personalführung daran orientieren werden, dass möglichst umfassend Einzelhandlungen nachvollziehbar dokumentiert werden und damit Eingliederung als eine Quasi-Pflege aus dem Bereich sozialarbeiterisch verantwortenden Handelns herausgelöst wird.

Schließlich lässt sich die Entwicklung beobachten, dass die Schaffung von Sondereinrichtungen für Menschen mit Behinderungen im Rentenalter erforderlich wird. Grund dafür sind im Wesentlichen wirtschaftliche Prozesse sowohl bei der Gestaltung der Leistungs- und Entgeltvereinbarungen, als auch bei der Gestaltung des Personaleinsatzes.

Reformbedarf

Zentraler Orientierungspunkt für eine Reform ist das Menschenwürdeprinzip und damit die Ausrichtung der Hilfe am Einzelfall. Deshalb muss die Eingliederungshilfe in § 13 SGB XI als vorrangig normiert werden. Entthinderung geht körperlicher Funktionsfähigkeit vor. Für ältere Menschen mit Behinderungen muss die Möglichkeit geschaffen werden, sich im Zuge

von Gesamtplanung auch gegen optimale Pflege zugunsten von mehr Teilhabe zu entscheiden. Schließlich müssen Möglichkeiten entwickelt werden, die Berufstätigkeiten und ehrenamtliche Tätigkeiten alter Menschen mit Behinderung möglich machen. Träger der Eingliederungshilfe können dies als Bestandteil modularisierter Leistungsangebote formulieren und umsetzen.

Eingliederungshilfe muss Vorrang vor Pflege haben

Sigrid Arnade

Einleitung

Seit dem 26. März 2009 ist das Menschenrechtsübereinkommen der Vereinten Nationen (UN) über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention – BRK) in der Bundesrepublik Deutschland geltendes Recht. Seitdem wird in allen Bereichen, die das Leben von behinderten Menschen berühren, über notwendige und denkbare Konsequenzen diskutiert.

Unabhängig von der Behindertenrechtskonvention wird schon geraume Zeit über eine Reform der Eingliederungshilfe nachgedacht. Solch eine Reform ist im Lichte der BRK dringlicher denn je, und sie muss sich an genau dieser messen lassen.

Zu den Vorgaben der BRK

Mit dieser Konvention ist es gelungen, das erste internationale Dokument zu formulieren, welches Behinderung konsequent aus der Menschenrechtsperspektive betrachtet. Damit ist ein entscheidender Paradigmenwechsel in der Wahrnehmung von Behinderung und behinderten Menschen rechtliche Realität geworden. In den meisten Staaten herrscht traditionell das medizinische Modell von Behinderung vor. Demzufolge wird Behinderung als ein individuelles Defizit betrachtet, das für die mangelnde Teilhabe in allen gesellschaftlichen Bereichen verantwortlich ist. Laut dem sozialen Modell von Behinderung hingegen entsteht diese durch die gesellschaftlichen Barrieren. Unter einer menschenrechtsorientierten Perspektive folgt die „Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren“ (BRK Präambel, e). In diesem Ansatz geht es nicht mehr um Fürsorge oder Rehabilitation behinderter Menschen, sondern um ihre gleichberechtigte, selbstbestimmte Teilhabe. Immer dann, wenn solch

eine gleichberechtigte Teilhabe behinderten Menschen verwehrt wird, handelt es sich um Menschenrechtsverletzungen. Es gehört zum menschenrechtlichen Paradigma, Menschen mit Behinderungen als Expertinnen und Experten in eigener Sache ernst zu nehmen und mit ihnen auf Augenhöhe zu kommunizieren.

Mit der BRK ist ein vielfältiger Perspektivenwechsel rechtliche Realität geworden. So wurde das Konzept der „*Integration*“ durch die Maßgabe der „*Inklusion*“ abgelöst. Während bei Integrationsbemühungen bestimmte Mitglieder der Gesellschaft trainiert werden, um in einer Standardumgebung zu bestehen, geht die Inklusion von einer Anpassung der gesellschaftlichen Verhältnisse an die verschiedenen Bedürfnisse der Menschen aus. Das bedeutet, dass inklusive Verhältnisse auch für die Menschen zu schaffen sind, die Unterstützung benötigen.

In Artikel 19 der BRK mit dem Titel „Selbstbestimmt Leben und Einbeziehung in die Gemeinschaft“ (NETZWERK ARTIKEL 3 e.V.: Schattenübersetzung) wird betont, dass „Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben.“ Das gilt natürlich genauso für alte Menschen, wenn sie Unterstützung benötigen. Diese Vorgabe der BRK impliziert, dass eine notwendige Unterstützung der selbstgewählten Wohnform folgen muss und nicht umgekehrt. Gleichzeitig verpflichtet die BRK den Staat dazu, Unterstützungsdienste in der Gemeinde einschließlich persönlicher Assistenz zur Verfügung zu stellen.

Zur Pflege

Viele behinderte, chronisch kranke und vor allem alte Menschen sind auf Hilfe und Unterstützung angewiesen, um ihren Alltag zu bewältigen. Vielleicht brauchen sie nur etwas Unterstützung im Haushalt oder beim Einkaufen, vielleicht sind sie rund um die Uhr auf Hilfe angewiesen. Traditionell spricht man von der „*Pflege*“ behinderter, kranker oder alter Menschen. Die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung hat den Begriff der „*Assistenz*“ geprägt, der die volle Selbstbestimmung der Betroffenen beinhaltet.

Da die uneingeschränkte Selbstbestimmung das Ziel der BRK ist, wird im

Folgendes der Begriff der „Pflege“ im Sinne von „Assistenz“ verwendet. Pflege oder Assistenz beinhaltet die Unterstützung, die ein Mensch benötigt, um selbstbestimmt teilhaben zu können. Somit ist eine bedarfsgerechte Pflege die Voraussetzung für die Eingliederung behinderter oder alter Menschen.

Zu den Konsequenzen: Gesetz zur Sozialen Teilhabe

Die BRK unterstreicht mit ihren Vorgaben in Artikel 19 die Infrastrukturverpflichtung des Staates, d.h. der Staat muss einen inklusiven Sozialraum schaffen, in dem behinderte und/oder alte Menschen die Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Wohnformen haben. Die notwendige Pflege muss in den verschiedenen Wohnformen gewährleistet werden. Sowohl die infrastrukturellen Verhältnisse als auch die rechtlichen Rahmenbedingungen von Pflege und Eingliederungshilfe müssen in diesem Sinne weiterentwickelt werden.

Aus Sicht der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. (ISL) sowie des Forums selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e.V. (ForseA) und weiterer Verbände muss die Reform der Eingliederungshilfe konsequenterweise die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen stärken, die Unterstützung benötigen. Deshalb sollte die Reform der Eingliederungshilfe in ein „Gesetz zur Sozialen Teilhabe“ münden.

Dieses Gesetz zur Sozialen Teilhabe sollte folgende Elemente beinhalten:

- das Wunsch- und Wahlrecht der Betroffenen ist zu realisieren;
- die Leistungen zur Teilhabe (einschließlich notwendiger Pflegeleistungen) sind einkommens- und vermögensunabhängig zu erbringen (ausgenommen hiervon sind die sogenannten „Hotelkosten“, also die Leistungen für Wohnraum und Verpflegung);
- individuelle bedarfsgerechte Leistungsansprüche sind ohne Pauschalierungen zu verankern;
- wo bislang von „angemessenen“ Wünschen der Betroffenen die Rede ist, muss der Begriff der „berechtigten“ Ansprüche etabliert werden;
- die Persönliche Assistenz einschließlich Schul-, Arbeits-, Eltern-, Mobilitäts- und Urlaubsassistenz ist zu verankern.

Zu den Perspektiven

Angesichts hoher Staatsverschuldung und damit einhergehender Sparbemühungen ist das skizzierte Gesetz zur Sozialen Teilhabe nicht leicht zu verwirklichen. Sicherlich wird dazu viel Überzeugungsarbeit nötig sein. Als Argumentationshilfe kann die Behindertenrechtskonvention in diesem Prozess gute Dienste leisten. Denn wenn ein Staat seinen behinderten/alten Bürgerinnen und Bürgern tatsächlich gleichwertige Lebensbedingungen bieten will, muss er entsprechende rechtliche Vorgaben schaffen.

Hilfreich auf dem Weg zu einem Gesetz zur Sozialen Teilhabe ist es sicherlich, wenn Verbände von Menschen mit Behinderungen sich mit den Interessenvertretungen alter Menschen zusammenschließen, um gemeinsam ein entsprechendes Gesetz zu fordern und letztlich zu realisieren.

Internet-Seiten

www.forsea.de

www.forsea.de/projekte/Teilhabesicherungsgesetz/THSG_start.shtml

www.isl-ev.de

www.isl-ev.de/de/thema-gleichstellung/677-gesetzentwurf-zur-sozialen-teilhabe-in-arbeit

www.netzwerk-artikel-3.de

www.netzwerk-artikel-3.de/attachments/093_schattenubersetzung-endgs.pdf

Definitionen von „Behinderung“: Auswirkungen auf Autonomie, Alter, Pflege

Michael Zander

Pflegebedarf im Alter und Behinderung können als Statuspositionen aufgefasst werden, die den Zugang zu gesellschaftlichen Ressourcen regeln. Dies kommt in der Definition von Behinderung im § 2 SGB IX zum Vorschein: „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit (...) von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ In diese Definition ist eine Altersnorm eingebaut, die implizit darauf rekurriert, dass manche Beeinträchtigungen im Alter wahrscheinlicher sind als in jüngeren Jahren. Ungeachtet dessen hält Harry Fuchs (2009, 25) daran fest, dass pflegebedürftige Menschen „durchweg behinderte Menschen“ im Sinne des Gesetzes sind, was sich allerdings nicht in der tatsächlichen Rechtsprechung niederschlägt. Das SGB IX regelt, dass Behinderte Leistungen erhalten, die „ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (...) fördern“ (§ 1) und Benachteiligungen entgegenwirken. Über das „Wunsch- und Wahlrecht“ heißt es: „Bei der Entscheidung über die Leistungen und die Ausführung der Leistungen (...) wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. (...) Leistungen (...) lassen den Leistungsberechtigten möglichst viel Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände und fördern ihre Selbstbestimmung“ (§ 9).

Fundamentale Unterschiede zwischen Pflegebedarf im Alter und Behinderung in jüngeren Jahren, wie sie nicht nur vom Gesetzgeber artikuliert werden, betreffen vor allem drei Aspekte: Es geht erstens um die Frage der *Normabweichung*. Wenn Beeinträchtigungen im Alter wahrscheinlicher sind, verletzen sie in geringerem Maße eine implizite Norm und werden deshalb von Außenstehenden als weniger dramatisch empfunden. „In this sense there is an important contrast between the position of the

impaired body in old age and in other generational locations. (...) In this way, the same impairment characteristics that were regarded as aberrant in younger bodies are often viewed as ‚normal‘ in ageing bodies.” (Priestley, 2006, S. 86f)

Zweitens unterscheiden sich jüngere und ältere Menschen hinsichtlich ihrer *Situiertheit* im vergesellschafteten Lebenslauf. Dies bezieht sich nicht nur auf die Lebenszeit, sondern auch auf die gesellschaftlichen Statuspassagen, die man hinter sich und erwartungsgemäß noch vor sich hat. Daraus können sich drittens spezifische Bedürfnisse ergeben: So stehen für junge Menschen vielleicht Ausbildung, Beruf und Familiengründung im Vordergrund, für alte Menschen Freizeitgestaltung oder Kontakt zu den Enkeln.

Aber normative Vergleiche mit gleichaltrigen Nichtbehinderten haben einen Haken. Denn was ist, wenn ich altersuntypische Bedürfnisse habe, wenn ich beispielsweise im Alter als Gasthörer Seminare besuchen will und dafür Hilfe brauche? Kann ich gegenüber der Gesellschaft meinen Wunsch rechtfertigen und durchsetzen, wenn ich damit die Normen in Frage stelle, die beschreiben, was Menschen meines Alters zusteht? Standards sind unverzichtbar, wenn darum gestritten wird, was in unserer reichen Gesellschaft ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben darstellt. Gleichzeitig muss darauf geachtet werden, dass sich diese Standards nicht restriktiv am Gegebenen orientieren.

Mark Priestley weist auf eine Parallele zwischen Alter und Behinderung hin, die sich auf Tatsache und Erfahrung gesellschaftlicher Ausgrenzung bezieht: „In particular, older and disabled people have been subject to similar discourses of dependency and otherness that distinguish and distance them from the ideals of an independent and autonomous adulthood. The cultural and spatial distancing (...) from mainstream of society go hand in hand (...). In this way (...) the perceived ‘strangeness’ of older people with impairments (...) has been underpinned by their systematic removal from families and communities into segregated residential institutions.” (Priestley, a.a.O., S. 88f)

Hier klingt das Problematische an, das einem Begriff von *Autonomie* beigelegt werden kann: Es besteht darin, Autonomie als eine Norm aufzufassen, der Individuen entsprechen oder nicht entsprechen. Trotzdem wird

man auf den Begriff nicht ohne Verluste verzichten können. Um seine Bedeutung muss gerungen werden, zumal er im Sinne von Selbstbestimmung sozialpolitisch relevant ist. So sollen etwa die Leistungen des SGB IX „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (...) fördern“ (§ 1). Und ein Papier der Weltgesundheitsorganisation WHO über „active ageing“ definiert Autonomie als „the perceived ability to control, cope with and make personal decisions about how one lives on a day-to-day basis, according to one’s own rules and preferences.“ (WHO, 2002, S. 13)

Es ist vor allem das Verdienst der Behindertenbewegung, Selbstbestimmung so zu definieren, dass sie nicht mehr als Attribut von Individuen verstanden wird. Vielmehr wird gefragt, inwieweit gegebene gesellschaftliche Bedingungen behinderten Menschen eine „selbstbestimmte“ Lebensführung ermöglichen. Daraus ergibt sich eine neue Verortung der Ursachen von Problemen. Nicht Abweichungen der körperlichen Funktionen, geistigen Fähigkeiten oder der seelischen Gesundheit gefährden demnach die „Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“, sondern bestimmte gesellschaftliche Lebensbedingungen. In dieser Perspektive stellt sich – auch in Bezug auf alte Menschen mit Pflegebedarf – als zentrale Frage, ob Unterstützungsleistungen und Infrastrukturen den Betroffenen ähnliche Entscheidungsmöglichkeiten bieten, wie sie für nichtbehinderte Mitmenschen selbstverständlich sind. Dies impliziert einen normativen Rahmen von Handlungsspielräumen, der jedem Menschen mindestens zukommen muss, wenn Benachteiligung vermieden werden soll.

Zur Verwirklichung einer so verstandenen Forderung nach Autonomie hat die Behindertenbewegung das Modell der „Persönlichen Assistenz“ entwickelt. Es handelt sich um eine Form der Unterstützung, bei der die assistenzbedürftige Person entscheidet, wer ihr wie, wann und wo hilft (s. Zander, 2009). Stehen im Zentrum von Autonomie Entscheidungen auf der Grundlage zureichender Hilfeleistungen und Infrastrukturen, dann stellt sich die Frage nach Problemen und Grenzen dieses Begriffs. Menschen, deren Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt ist, würde er nur dann nicht ausgrenzen, wenn er als Kontinuum verstanden wird. Autonomie heißt nicht Alles oder Nichts, sondern Mehr und Weniger. Sie ist dabei stets das Ergebnis von Kooperation bzw. von gezielter Kooperationsverweigerung, da sie sich als Problem nur in Beziehungen stellt. Als kriti-

scher Stachel muss die Frage erhalten bleiben, was verändert werden muss, um Einschränkungen der Autonomie zu überwinden.

Die skizzierte Perspektive floss in das Forschungsprojekt „Neighbourhood“ ein (gefördert vom BMBF im Rahmen der Gesundheitsforschung von 2008-2010), in dem Fallstudien in drei Gebieten durchgeführt wurden: Dies waren der ehemalige Arbeiterkiez Berlin-Moabit, ein Hochhausviertel im Bezirk Marzahn und Gemeinden im Landkreis Oder-Spree in Brandenburg. „Neighbourhood“ bestand aus zwei Teilprojekten: Das Institut für gerontologische Forschung e.V. (IGF) interviewte in Moabit im Erhebungszeitraum Herbst/Winter 2008/2009 24 Personen mit ambulantem Pflegebedarf im Alter von 62 bis 94 Jahren. Parallel befragten ForscherInnen des Wissenschaftszentrums Berlin (WZB) Mitarbeitende der Altenhilfe zu Angeboten im Untersuchungsgebiet. Zentrale Fragen waren: Was berichten alte Menschen mit ambulantem Pflegebedarf über Erhalt oder Verlust ihrer Autonomie? Welche Rolle spielen dabei soziale Lage und Wohnort der Befragten?

Hier ist nicht der Platz, um ausführlich die Ergebnisse vorzustellen (vgl. Falk et al., im Erscheinen). Es soll lediglich auf drei Problembereiche verwiesen werden, die sich unter anderem in den Interviews mit den Betroffenen in Berlin-Moabit identifizieren lassen, wenn man deren Aussagen durch die Brille des oben skizzierten und von Menschen mit Behinderung entlehnten Verständnisses von Autonomie liest. Erstens ließ sich feststellen, dass notwendige Dienste und Strukturen nicht an die Bedürfnisse von Betroffenen angepasst waren. So konnten sich Befragte nicht auf die Dauer des Einsatzes von ambulanten Pflegestationen verlassen, Krankentransporte hatten Verspätung, die Zuzahlungen für den Sonderfahrdienst des Landes Berlin waren unerschwinglich, den positiv bewerteten Mobilitätshilfediensten fehlte die finanzielle Basis, um ein flächendeckendes Angebot vorzuhalten. Ein zweiter wichtiger Problembereich betraf die gebaute Umwelt. Aufgrund von Treppen oder unwegsamer Gegebenheiten auf der Straße können Befragte ihre Wohnungen nicht verlassen und bestimmte Freizeiteinrichtungen oder Geschäfte nicht aufsuchen. Weil es in Hausfluren keine Stellplätze für Rollstühle oder Rollatoren gibt, wird, wo möglich, auf die unsichere Gehhilfe zurückgegriffen. Der dritte große Problembereich bezieht sich auf fehlendes Empowerment für die Betroffenen. Sich gegen die unzulänglichen Strukturen eines Pflegedienstes

durchzusetzen, sich über einen ausgefallenen Transport zu beschweren oder nicht an einem rapide sich verschlechternden Gesundheitszustand zu verzweifeln, all dies erfordert Fähigkeiten, über die man meist nur dank der Unterstützung anderer verfügt. Vor allem scheint ein unabhängiges und kostenloses Beratungsangebot zu fehlen, das die Pflegebedürftigen bei der umfassenden Wahrung ihrer Interessen unterstützt.

All diese Probleme sind nicht natürliche Folgen eines Alterungsprozesses, sondern das Ergebnis mangelnder gesellschaftlicher Teilhabemöglichkeiten. Zu ihrer Überwindung mag es für Menschen im Alter hilfreich sein, auf Konzepte der Behindertenbewegung zurückzugreifen. Dies würde voraussetzen, die Trennung zwischen Pflegebedarf im Alter und Behinderung dort, wo es nötig ist, in Frage zu stellen.

Literatur

Falk, Katrin; Heusinger, Josefine; Kammerer, Kerstin; Khan-Zvorničanin, Meggi; Kümpers, Susanne; Zander, Michael (im Ersch.), *Alt, arm, pflegebedürftig. Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen im benachteiligten Quartier*. Berlin.

Fuchs, Harry (2009), *Zur Reichweite der sozialrechtlichen Rahmenbedingungen für Selbstbestimmung und Teilhabe*. In: V. Garms-Homolová u.a., *Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf*. Frankfurt/M., S. 19-34.

Priestley, Mark (2006), *Disability and Old Age: Or Why It Isn't All in the Mind*. In: Dan Goodley & Rebecca Lawthom (Hgg.), *Disability and Psychology*, Basingstoke, S. 84-93.

WHO (2002), *Active ageing: A policy framework*. Geneva.

Zander, Michael (2009), *Soziales Modell und Persönliche Assistenz: Können diese Konzepte auf den Bereich der Pflegeleistungen für Seniorinnen und Senioren übertragen werden?* In: *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften*, <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/media/HalBeitr/Halle-PfleGe-08-49.pdf> (Abruf: 1.3.11).

Altersdiskriminierung und Diskriminierung von behinderten Menschen in der Schweiz: Zwei empirische Forschungsprojekte

Walter Rehberg

Hintergrund, Problemstellung und Methodik der beiden Forschungsprojekte

Der Autor dieses Beitrags hat von 2002 bis 2004 und zwischen 2007 und 2009 in der Schweiz zwei empirische Forschungsprojekte zur Diskriminierung von behinderten Menschen sowie über Diskriminierung aufgrund des Lebensalters durchgeführt. Sie wurden vom Schweizerischen Nationalfonds finanziert. Das Nationale Forschungsprogramm 45 „Probleme des Sozialstaats“ hatte sich zur Aufgabe gemacht, in seinem inhaltlichen Modul „Behinderung und Invalidität“ Prozesse der Benachteiligung und Barrieren zur Integration von Menschen mit körperlichen, psychischen oder kognitiven Beeinträchtigungen erforschen zu lassen. Dazu wurde der Fachbereich Soziale Arbeit der Berner Fachhochschule mit einer Untersuchung der Prozesse gesellschaftlicher Benachteiligung beauftragt. Die Untersuchung zum Thema Altersdiskriminierung wurde im Rahmen der Forschungsfinanzierung für die Fachhochschulen im Fachbereich Soziale Arbeit der Fachhochschule St. Gallen in Kooperation mit der Pro Senectute Schweiz sowie dem Fürstentum Liechtenstein durchgeführt.

Phänomene wie stereotype Einstellungen, alltägliches diskriminierendes Verhalten gegenüber älteren Menschen oder aber institutionelle Vorschriften und Regelungen, die älteren Menschen bestimmte Optionen oder Leistungen vorenthalten, werden im angloamerikanischen Sprachraum unter dem Sammelbegriff *Ageism* diskutiert. *Behinderung* wurde in unserem Forschungsprojekt als Zusammenwirken von physiologisch-biomedizinischen mit gesellschaftlich-sozialen Faktoren konzipiert. Sowohl für die empirische Forschung zur gesellschaftlichen Benachteiligung von Menschen mit einer Behinderung als auch für die Forschungsergeb-

nisse zum Thema Ageism ließ sich übereinstimmend feststellen, dass zwar gesellschaftliche Stereotype in Bezug auf Behinderung oder Lebensalter relativ gut erforscht waren, zu konkretem diskriminierendem Verhalten aber nur wenige Forschungsergebnisse vorlagen. Um dieses Forschungsdefizit auszugleichen, wurden in beiden Untersuchungen betroffene Personen nach konkreten diskriminierenden Erlebnissen befragt, die sie aufgrund ihrer Behinderung bzw. ihres Lebensalters hatten. Zwei Gruppen von Menschen mit einer körperlichen Behinderung (BenutzerInnen eines Rollstuhls, Personen mit einer Sehbehinderung) wurden über Selbsthilfeorganisationen kontaktiert und mittels eines Fragebogens sowie ergänzender Methoden zu diskriminierenden Erlebnissen befragt.

Um die Verbreitung diskriminierenden Verhaltens mit Bezug auf das Lebensalter zu untersuchen, wurde eine repräsentative Stichprobe der deutschsprachigen Wohnbevölkerung in der Schweiz ebenfalls mittels eines Fragebogens zu altersdiskriminierenden Erlebnissen befragt. Bei beiden Untersuchungen wurden nicht subjektive Gefühle von Diskriminierung erfragt, sondern konkrete Erlebnisse und deren genauere Umstände. In die Untersuchung über Altersdiskriminierung wurden bewusst jüngere Menschen einbezogen, da vermutet wurde, dass Diskriminierung aufgrund des Lebensalters auch jüngere Personen betreffen kann. Insgesamt wurden 787 sehbehinderte Personen und 343 RollstuhlbenutzerInnen befragt. An der Bevölkerungsumfrage zur Altersdiskriminierung nahmen insgesamt 902 Personen teil. Nachfolgend wird ein Überblick über die wichtigsten Ergebnisse der beiden Untersuchungen gegeben. Der Fokus liegt dabei jeweils auf der Beschreibung der konkret berichteten Diskriminierungserlebnisse.

Ergebnisse zur Altersdiskriminierung

Mehr als drei Viertel der befragten Personen berichten darüber, bereits ein Mal von Altersdiskriminierung betroffen gewesen zu sein. Das stärkste Ausmaß an Betroffenheit berichteten dabei Personen zwischen 16 und 29 Jahren. Sowohl der Anteil betroffener Personen als auch die durchschnittliche Zahl berichteter diskriminierender Erlebnisse ist in der jüngsten

Gruppe am höchsten.¹ Die befragten Personen mit einem hohen Bildungsniveau waren dabei signifikant häufiger von Altersdiskriminierung betroffen als Personen mit einer niedrigeren Schulbildung. Zwischen den Geschlechtern zeigten sich keine auffälligen Unterschiede hinsichtlich ihrer Betroffenheit durch Altersdiskriminierung.

Etwa jede zweite der befragten Personen berichtete über eigene Erfahrungen mit Altersdiskriminierung im Arbeitsleben. Die Altersgruppe zwischen 16 und 29 Jahren war am stärksten von Altersdiskriminierung im Arbeitsleben betroffen. Mehr als 15 Prozent der Befragten berichteten darüber, dass sie eine Arbeitsstelle aufgrund einer Altersgrenze nicht bekommen hatten. Dies ist also die häufigste Form der Altersdiskriminierung im Berufsleben. 7 Prozent der Befragten berichteten darüber, dass ihnen wegen einer Altersgrenze eine Aus- oder Weiterbildung verweigert wurde. 5 Prozent der Befragten berichteten darüber, dass sie eine Arbeitsstelle wegen einer Altersgrenze verloren hatten oder gegen ihren Willen in den Ruhestand geschickt wurden.

Ungefähr jede dritte der befragten Personen erklärte, im Gesundheitswesen ein altersdiskriminierendes Erlebnis gehabt zu haben. Tendenziell am stärksten davon betroffen waren wieder Personen zwischen 16 und 29 Jahren. Die am häufigsten berichtete Form der Altersdiskriminierung im Gesundheitswesen besteht darin, dass Ärztinnen oder Ärzte gesundheitliche Beschwerden mit einem Hinweis auf das Alter der betroffenen Person herunterspielen oder verharmlosen. Immerhin jede siebte befragte Person berichtete über ein solches Erlebnis. Die meisten derartigen Erlebnisse werden vermutlich durch die ärztliche Vorstellung verursacht, dass ein bestimmtes Lebensalter automatisch einen bestimmten körperlichen Zustand mit sich bringt, dass also insbesondere bestimmte körperliche Beschwerden für ein bestimmtes Alter „normal“ seien.

Rund ein Drittel der in unserer Untersuchung befragten Personen hatte bereits Erfahrung mit Altersdiskriminierung bei Versicherungs-, Kredit- und Mietverträgen gemacht. Die Altersgruppe der 16 bis 29jährigen war auch hier davon deutlich häufiger betroffen, als die anderen Altersgrup-

¹ „Betroffene Personen“ sind jene Befragten, die über mindestens ein altersdiskriminierendes Erlebnis berichteten. Die „Zahl eigener Erlebnisse“ beschreibt die Gesamtzahl der von einer Person in den verschiedenen Bereichen berichteten Erlebnisse.

pen. Etwa 10 Prozent hatten schon einmal wegen des Alters Probleme, eine Versicherung abzuschließen oder es wurde ihnen ein Versicherungsvertrag gekündigt. Ursache dafür waren vor allem altersorientierte Risikoabschätzungen von privaten Versicherungsgesellschaften und die damit verbundenen höheren Prämien für Angehörige bestimmter Altersgruppen.

Etwa zwei Fünftel der befragten Personen berichteten darüber, dass sie wegen ihres Alters weniger ernst genommen, bevormundet oder herablassend behandelt oder aber von Angehörigen oder Freunden respektlos behandelt wurden. Dabei zeigt sich eine mit dem Lebensalter abnehmende Häufigkeit der Altersdiskriminierung. Ein Maurerlehrling berichtete beispielsweise, dass er in seinem Betrieb aufgefordert wurde etwas zu tragen, mit der Begründung: „Du bist jünger, trag du das.“ Ein anderer Lehrling wurde in seinem Büro von den Kollegen und Kolleginnen „auf den Arm“ genommen, weil er jünger war. Ein 35jähriger hörte als Führungskraft von einem 42jährigen Untergebenen, dass er sich „von so einem Jungen nichts sagen lassen muss.“

Knapp ein Drittel aller befragten Personen berichteten von altersdiskriminierenden Darstellungen in den Medien. Am stärksten betroffen sind Personen zwischen 60 und 79 Jahren. Weniger oft berichteten Personen zwischen 50 und 59 von altersdiskriminierenden Erlebnissen in den Medien. Bei all diesen Erlebnissen handelt es sich primär um diskriminierende Berichterstattung über ältere Menschen oder über das Alter im Allgemeinen. Erwähnt werden geschmacklose Witze auf Kosten älterer Menschen oder auch die einseitige Darstellung des Anteils älterer Menschen als wachsende Kostenbelastung für die jüngere Bevölkerung. Auch die mediale Selbstdarstellung von prominenten älteren Menschen, die ihr Alter beispielsweise mit Haarimplantaten kaschieren, wurde als altersdiskriminierend wahrgenommen.

Andererseits wurde die Berichterstattung über junge Menschen als diskriminierend erlebt, beispielsweise die negativen Schlagzeilen über Jugendliche, die einseitig mit Drogen, Alkoholmissbrauch, Schlägereien und Gewalt in Verbindung gebracht wurden.

Durchschnittlich berichtete eine von drei der im Forschungsprojekt befragten Personen von einer altersdiskriminierenden Erfahrung in öffentlichen Einrichtungen und Veranstaltungen. Dabei zeigte sich, dass insbesondere

die 16 bis 29jährigen und – etwas weniger stark – die Personen ab 80 Jahren von Altersdiskriminierung betroffen sind. So beschrieb eine Person, dass sie häufig mit 18 oder 19 Jahren von öffentlichen Plätzen vertrieben wurde. Ältere Menschen berichteten hingegen von mangelnder Rücksicht von jungen Personen im öffentlichen Verkehr. Eine Person beklagte sich, dass Jugendliche im Bus Sitzplätze mit Taschen belegt und nicht freigegeben hätten.

Als Fazit des Forschungsprojektes zur Altersdiskriminierung lässt sich festhalten: Die ungerechtfertigte Ungleichbehandlung aufgrund des Lebensalters ist tatsächlich ein weit verbreitetes Phänomen. Mehr als drei Viertel der Befragten berichteten über Erfahrungen mit Altersdiskriminierung. Insofern dürfte die Feststellung von Palmore (1990) nach wie vor Gültigkeit besitzen, dass nämlich Altersdiskriminierung unsere Kultur so intensiv durchdringt und unsere Einstellungen und Wahrnehmungen so umfassend formt, dass die Meisten von uns Altersdiskriminierung nicht als Problem wahrnehmen.

Anders als sich vor dem Hintergrund der bisherigen Forschungsergebnisse zu den Altersstereotypen (Kite & Johnson 1988; Kite et al. 2005) erwarten ließ, sind jüngere Personen stärker von Altersdiskriminierung betroffen als ältere. Dies gilt insbesondere für das Arbeitsleben, für die Bereiche Versicherung, Banken und Wohnen, sowie für Altersdiskriminierung in Alltagsinteraktionen, in öffentlichen Einrichtungen und Veranstaltungen. Auch im Gesundheitswesen erleben offensichtlich jüngere Personen zum Teil ähnliche Formen der Altersdiskriminierung wie ältere Patienten und Patientinnen. Man könnte nun argumentieren, dass die stärkere Betroffenheit der Jüngeren mindestens zum Teil darauf zurückzuführen ist, dass diese mehr daran gewöhnt sind als die Älteren, über erlebte Diskriminierung zu sprechen und zu berichten. Selbst wenn man einen solchen Effekt in Rechnung stellt, bleibt die Tatsache, dass Jüngere in jedem Fall auch von Altersdiskriminierung betroffen sind. Diskriminierung aufgrund des Lebensalters ist demnach ein Generationenphänomen und kein Problem nur einer bestimmten Altersgruppe.

Ergebnisse und Beispiele zur Diskriminierung von behinderten Menschen

Jedes fünfte von einer querschnittsgelähmten Person berichtete kritische Ereignis bezieht sich auf einen Aspekt der baulichen Infrastruktur, wobei insbesondere (Behinderten-)Toiletten sowie Treppen, Schwellen, Rampen und Bürgersteige von Bedeutung sind. Häufig wird berichtet, dass ein Gebäude oder ein Verkehrsmittel „nicht rollstuhlgängig“ sei. Für sehbehinderte Menschen stellen vor allem nicht markierte erste und letzte Stufen einer Treppe oder plötzliche Hindernisse auf Bürgersteigen eine Behinderung dar, wie das folgende Beispiel illustriert:

„Ich gehe auf dem Bürgersteig mit dem Blindenstock und laufe in eine offene Autotür eines geparkten Autos auf dem Bürgersteig. Kommentar des anwesenden Autobesitzers: ‚Ich wollte ja nur sehen, ob sie wirklich blind sind.‘ Passanten hatten dies wahrscheinlich nicht wahrgenommen. Ich fühlte mich verletzt und mein Handicap nicht ernst genommen, mich zur Simulantin erniedrigt und hilflos, zudem verängstigt und für zukünftige Situationen verunsichert. Die Gefühle im Nachhinein lassen sich eigentlich nicht beschreiben.“

Jedes fünfte von einer sehbehinderten Person berichtete Ereignis bezieht sich auf die verkehrsbezogene Infrastruktur, wobei besonders der öffentliche Verkehr (Züge, Busse, Trams, U-Bahnen) sowie Zebrastreifen und Ampeln eine wichtige Rolle spielen. Auch die von querschnittsgelähmten Menschen berichteten Ereignisse beziehen sich häufig auf verkehrsbezogene Infrastrukturen. Negative Erlebnisse haben querschnittsgelähmte Personen in diesem Zusammenhang insbesondere mit ordnungswidrig zugeparkten Behindertenparkplätzen wie in dem folgenden Erlebnis:

„Das ewig gleiche Problem mit dem Parkplatz. Wir sind da unten im Parkhaus, es gibt zwei Rollstuhlparkplätze und sicher 200 andere. Sie sind beide besetzt, beide haben keine Karte, was machen? Wenn man wieder raus will, muss man zuerst wieder zahlen gehen, und warten hat irgendwie keinen Sinn. Also sind wir zum Kundendienst hinauf und haben das Auto halt dort stehen lassen an der Wand. Die haben uns dann aber gesagt, sie könnten leider nichts machen, sie müssten im Prinzip die Polizei holen, aber abschleppen sei nicht möglich und man müsste halt die Autonummer aufschreiben und sie würden sie dann ausrufen. Also ein Proze-

dere, das ich nicht unbedingt möchte, weil es lange geht, umständlich ist und schlussendlich will man eigentlich nur schnell etwas einkaufen gehen. Wir sind dann wieder gegangen und versuchen die Sache wieder zu vergessen.“

Mängel in der baulichen oder verkehrsbezogenen Infrastruktur werden nicht selten durch die Hilfsbereitschaft von anwesenden Personen wettgemacht. Dies zeigt den Betroffenen aber auch immer wieder, wie abhängig sie im Ernstfall von der Unterstützung ihrer Mitmenschen sind. Dienstleistungen spielen in den Berichten über kritische Ereignisse bei beiden Betroffenenengruppen eine relativ große Rolle. Kritische Ereignisse im Zusammenhang mit Einkaufsmöglichkeiten berichten vor allem sehbehinderte und querschnittsgelähmte Betroffene, wobei sich in beiden Gruppen positive und negative Erlebnisse wie das nachfolgende etwa die Waage halten:

„Ich bin jetzt gerade im Geschäft gewesen und wollte an die Kasse, obwohl viele Leute da waren, war wieder nur diese eine Kasse offen, wo man mit dem Rollstuhl nicht durchkommt. Also habe ich die Sachen auf das Förderband getan und bin durch den ganzen Laden zum Eingang wieder raus, natürlich mussten alle warten bis ich wieder retour gekommen bin. Ich wollte dann mit der Karte bezahlen, darauf sagt sie, sie hätte jetzt aber alles schon auf Barzahlung gemacht. Ich habe dann gesagt, ja nun, dann müsse sie das halt umtippen. Sie war dann beleidigt, und ich habe dann gefragt, weshalb sie dann nicht generell die Kasse offen lassen, wo man mit dem Rollstuhl durch könne, dann gebe es dieses Theater nicht jedes Mal. Sie hat das überhaupt nicht begriffen, war beleidigt und das finde ich idiotisch. Sie hat auch nicht zugehört, und das finde ich diskriminierend, dass sie einfach blöd ist, da kann ich auch nichts dafür.“

In rund zwei Fünftel der kritischen Ereignisse wurden positive Aspekte von Interaktionen beschrieben. Für die sehbehinderten und querschnittsgelähmten Betroffenen mit Abstand am wichtigsten war der Aspekt der Hilfsbereitschaft. Für sehbehinderte Personen geht es dabei meist um Unterstützung bei der Orientierung auf öffentlichen Plätzen, in öffentlichen Einrichtungen, im Verkehr oder bei Ausflügen:

„Heute hat mir jemand über die Straße geholfen, und zwar auf eine super Art. Ich bin am Laufen und gerade bevor ich an die Bürgersteigkante kom-

me, sagt mir jemand: ‚Jetzt kommt dann die Straße und jetzt dann runter.‘ Ich konnte mit ungebremstem Tempo über die Straße und dann rauf. Ich habe dann gedankt und einen schönen Tag gewünscht. Was mich gefreut hat ist, also sie hat den Stock gesehen, sie hat nur in der Notstelle das Nötige gesagt und ich konnte ohne Tempoänderung über die Straße, also ich bin mit dem Verkehrsstrom rüber und musste nicht meine Konzentration gebrauchen. Ich habe im richtigen Moment die minimale richtige Information erhalten, jemand hat einfach den Durchblick gehabt. Es ist nicht bemutternd gewesen, es war nicht falsch, es ist nicht zu wenig gewesen, es ist einfach perfekt gewesen.“

Für querschnittsgelähmte Personen bedeutet Hilfsbereitschaft vor allem Hilfe beim Ein- und Aussteigen aus privaten oder öffentlichen Verkehrsmitteln, beim Überwinden von baulichen Hindernissen, wie Treppen, Stufen oder Türen oder auch beim Einkaufen, um an Waren zu gelangen, die vom Rollstuhl aus nicht erreichbar sind. Die Fähigkeit, sich in die Lebenssituation von behinderten Menschen einzufühlen und Verständnis aufzubringen, war der am zweithäufigsten genannte positive Aspekt von Interaktionen.

Jeweils rund ein Drittel der von querschnittsgelähmten und sehbehinderten Personen berichteten kritischen Ereignisse ist durch negative Interaktionsaspekte charakterisiert. Am häufigsten sind dabei in allen drei Gruppen Rücksichtslosigkeit, Gedankenlosigkeit und das damit eng verwandte mangelnde Einfühlungsvermögen. Rücksichts- oder zumindest gedankenlos ist die Benutzung von Behindertenparkplätzen durch Nicht-Behinderte, das Nicht-Berücksichtigen von Wünschen nach einem rollstuhlgängigen Zimmer in Hotels, das Nicht-Einsteigenlassen in Lift oder das Anstarren:

„Ich bin im Rollstuhl. Da hat mich ein Mann lange angeschaut. Ich fragte: ‚Wollen Sie ein Foto?‘ Der Mann gab keine Antwort und ging weg.“

Blinde und sehbehinderte Personen erleben oft Gedankenlosigkeit durch Personen, die ihre spezielle Brille sehen und meinen, dass die Betroffenen damit normal sehen könnten.

Als Fazit ist festzuhalten, dass behinderungsspezifische kritische Ereignisse sowohl negative als auch positive Aspekte aufweisen. Für RollstuhlbewerberInnen berichteten auch Cahill und Eggleston (1995) sowohl über positive als auch über negative Erfahrungen in öffentlichen Settings. Als

weitere bemerkenswerte Gemeinsamkeit zwischen den beiden Betroffengruppen ist die höhere psychosoziale Lebensqualität gegenüber der Allgemeinbevölkerung anzuführen.² Dies bestätigt Ergebnisse früherer Untersuchungen, wonach das Selbstwertgefühl bei stigmatisierten Individuen meist gleich hoch oder höher ist als bei nicht stigmatisierten Individuen und wonach auch die gesundheitsbezogene Lebensqualität von behinderten Personen nicht wesentlich niedriger ist als bei nicht behinderten Menschen (Miller, 2000; Albrecht & Devlieger 1999).

Albrecht und Devlieger (1999) hatten in einer qualitativen Befragung mit mehreren Behindertengruppen herausgefunden, dass niedrige Lebensqualität bedingt wird durch körperliche Schmerzen, Ermüdung, den Verlust der Kontrolle über den eigenen Körper und den Mangel an einem klaren Lebenssinn oder klaren Lebenswerten. Hohe Lebensqualität geht bei behinderten Personen hingegen einher mit einer Kontrolle über den eigenen Körper, mit der Möglichkeit, berufliche oder private Rollenerwartungen erfüllen zu können, Sinn und Harmonie im Leben zu finden, in reziproken sozialen Beziehungen zu leben und die eigene Behinderung akzeptieren zu können. Albrecht und Devlieger (1999) konnten zeigen, dass eine höhere Lebensqualität von behinderten Personen dann erreicht werden kann, wenn die Lücke zwischen individuellen Fähigkeiten und umweltbedingten Einschränkungen durch soziale Unterstützung, Hilfsmittel oder Abbau von Barrieren reduziert wird.

Mit diesem Punkt korrespondieren zwei Ergebnisse aus unserer Untersuchung: Erstens beschreiben kritische Ereignisse oft negative, behindernde Aspekte der baulichen Infrastruktur, die mit Unterstützung von nicht behinderten Personen überwunden werden. Zweitens waren in der psychosozialen Lebensqualität die Unterschiede zwischen den beiden Betroffengruppen einerseits und der Allgemeinbevölkerung andererseits am größten, d.h. die beiden Behindertengruppen sind mit ihrer sozialen Unterstützung wesentlich zufriedener als die Allgemeinbevölkerung.

² Die Lebensqualität der Betroffenen wurde mittels eines standardisierten Instrumentes aus der gesundheitswissenschaftlichen Forschung erhoben. So wurde auch ein Vergleich mit der Lebensqualität der Allgemeinbevölkerung möglich.

Literatur

- Albrecht, G. L.; Devlieger, P. J. (1999), The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science & Medicine*, 48, S. 977-988.
- Cahill, S.E.; Eggleston, R. (1995), Reconsidering the stigma of physical disability: Wheelchair use and public kindness. *The Sociological Quarterly*, 36(4), S. 681-698.
- Kite, M. E.; Johnson, B. T. (1988), Attitudes toward older and younger adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 3(3), S. 233-244.
- Kite, M. E.; Stockdale, G. D.; Whitley, B. E.; Johnson, B. T. (2005), Attitudes toward younger and older adults. *Journal of Social Issues*, S. 1-51.
- Miller, C. T.; Major, B. (2000), Coping with stigma and prejudice. In: Heatherton, T. F.; Kleck, R. E.; Hebl, M. R.; Hull, V. (Hgg.), *The Social Psychology of Stigma*. New York/ London: The Guilford Press, S. 243-272.
- Palmore, E. (1990), *Ageism. Negative and positive* (Vol. 25). New York: Springer.

Sozialraumorientierung

Robert Richard

Inklusiver Sozialraum und Sozialraumorientierung

Die in der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik entwickelten Grundlagen der Sozialraumorientierung sind von allgemeiner Bedeutung und durchaus für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen fruchtbar zu machen. Grundlagen der Sozialraumorientierung sind: Die Orientierung an Interessen und am Willen der Menschen, die Unterstützung von Eigeninitiative und Selbsthilfe, die Konzentration auf Ressourcen der Menschen und des Sozialraums, die zielgruppen- und bereichsübergreifende Sichtweise, Kooperation und Koordination (Prof. Dr. Monika Seifert, Impulsbeitrag 3. März 2009).

Die Vorstellung eines inklusiven Sozialraums lässt sich als Ideal und Ergebnis einer auf die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen übertragenen modernen Ausprägung der Sozialraumorientierung wie folgt skizzieren: „Zur Ermöglichung von Selbstbestimmung und der vollen Einbeziehung in die Gemeinschaft in allen Lebensbereichen sind Menschen mit Behinderungen im örtlichen Sozialraum in ein Netzwerk aus familiärer, ehrenamtlicher Unterstützung und professionellen Leistungen eingebunden, das ihnen den Raum zu eigenverantwortlicher Gestaltung ihrer Lebensumstände lässt und ihre Selbstbestimmung fördert. Verpflichtungen zu bestimmten Wohn-, Hilfe- und Lebensformen bestehen nicht. Familiäre, ehrenamtliche Hilfen einerseits und professionelle Hilfen andererseits ergänzen sich.“ (Abschlussbericht Unterarbeitsgruppe „Ambulante Wohnformen/ Ambulantisierung/ Bedingungen für ein selbstbestimmtes Leben“, 07.06.2009).

Diese Idealvorstellung ist abgeleitet aus der VN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Art. 19): „Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete

Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern (...).“

Die Entwicklung und der Erhalt eines inklusiven Sozialraums sind abhängig von der Gestaltung der infrastrukturellen Rahmenbedingungen auf unterschiedlichen Ebenen. Dazu gehören neben der Gestaltung der konkreten Unterstützungssysteme auf der Mikroebene der Kommunen und Quartiere die Strukturgestaltung durch Infrastrukturpolitik auf der Mesebene der Regionen, die Gestaltung der rechtlichen und ökonomischen Bedingungen auf der Makroebene und nicht zuletzt die Werthaltungen auf der Metaebene. Das Ergebnis der Sozialraumorientierung und die Gestaltung des örtlichen Sozialraums werden auf allen genannten Ebenen maßgeblich beeinflusst. Das oben beschriebene Ideal ist nur zu erreichen, wenn die Wirkungszusammenhänge erkannt, die Grundprinzipien von Normalität, Selbstbestimmung und Inklusion auf allen Ebenen akzeptiert und den Entscheidungen zugrunde gelegt werden.

Beschreibungen eines inklusiven Sozialraums

Inklusion im örtlichen Sozialraum setzt Barrierefreiheit im umfassenden Sinne voraus. Barrierefrei sind nach dem Behindertengleichstellungsgesetz des Bundes bauliche und sonstige Anlagen, Verkehrsmittel, technische Gebrauchsgegenstände, Systeme der Informationsverarbeitung, akustische und visuelle Informationsquellen und Kommunikationseinrichtungen sowie andere gestaltete Lebensbereiche, wenn sie für behinderte Menschen in der allgemein üblichen Weise, ohne besondere Erschwernis und grundsätzlich ohne fremde Hilfe zugänglich und nutzbar sind. Um Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen, treffen nach Art. 9 der VN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen die Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen mit dem Ziel, für Menschen mit Behinderungen den gleichberechtigten Zugang in allen Lebensbereichen zu gewährleisten. Die Herstellung der Barrierefreiheit ist ein fortwährender Prozess, der mit der technologischen und der gesellschaftlichen Entwicklung Schritt halten muss.

Neben der Unterstützung familiärer und ehrenamtlicher Strukturen sind

Orte der Begegnung, Kommunikation und Beratung für Menschen mit Behinderungen grundlegend für die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Dies gilt in besonderem Maße für ältere Menschen. Kontakt- und Beratungsstellen können darüber hinaus fachliche Hilfe leisten, zu Fragen von Teilhabeleistungen beraten und die Koordination von Teilhabeleistungen unterstützen. Die Angebote sollen für die Allgemeinheit offen sein, zielgruppen- und generationenübergreifende sowie interdisziplinäre Ausrichtung aufweisen.

Jüngeren und älteren Menschen mit Behinderungen wird in einem inklusiven Sozialraum ein Leben in der eigenen Häuslichkeit erleichtert. Voraussetzungen für das selbstbestimmte Wohnen in der eigenen Häuslichkeit sind die Barrierefreiheit des Wohnraums und die wohnortnahen Angebote der Betreuung und Begegnung sowie ggf. die Einrichtung von Kriseninterventionsdiensten. Über den Wohnungsmarkt hinaus stehen der Öffentliche Personennahverkehr, kulturelle Einrichtungen sowie Bildungs- und Freizeitangebote, insbesondere Sportstätten allen Bürgerinnen und Bürgern offen und sind barrierefrei. Dasselbe gilt für Einrichtungen des Gesundheitswesens. Die Fachdienste, die zur Sicherstellung der Versorgung und der Erbringung der fachlichen Teilhabeleistungen erforderlich sind, können unabhängig von Wohnformen in Anspruch genommen werden. Dies gilt für ambulante Dienste, Pflegedienste, Sozialstationen, Sozialdienste allgemeiner Art ebenso wie für spezialisierte heilpädagogische und medizinische Angebote der Habilitation und Rehabilitation.

Eine besondere Aufgabe und infrastrukturelle Herausforderung besteht in der Vernetzung der Angebote und der personenzentrierten Leistungen zur Sicherstellung der Teilhabe. Insbesondere geht es an dieser Stelle um die Vernetzung der Teilhabeleistungen unterschiedlicher Träger, der Einrichtungen, die der Allgemeinheit offen stehen, der niedrighschwelligigen Angebote auf örtlicher Ebene mit den fachlich und regional erforderlichen Rehabilitations- und Pflegediensten.

Ausgangspunkt aller Überlegungen sind die persönlichen Ressourcen und der konkrete Teilhabebedarf. Die Orientierung der Leistungsgewährung am individuellen Teilhabebedarf erfordert eine individuelle Teilhabeplanung, die örtliche Koordination und Planung von Teilhabestrukturen.

Prozesse zur Entwicklung und Aufrechterhaltung

Die Entwicklung eines Leitbildes „Inklusion, Teilhabe, Selbstbestimmung, Partizipation“ dient der Festlegung inhaltlicher Werte und Ziele, der Orientierung und der Konsensbildung in der Kommune. Die frühzeitige Einbindung der BürgerInnen und insbesondere derer mit Behinderungen ist wichtig, damit sich ihre Wünsche im Leitbild widerspiegeln. Darüber hinaus sollte die Leitbildentwicklung offen sein für alle relevanten Gruppen.

Zu den wesentlichen Daten einer kleinräumigen Bestands- und Bedarfsanalyse zählen neben der Altersstruktur Erkenntnisse über die Struktur der Zielgruppen, des Wohnungsbaus, der barrierefreien Wohnangebote, der stationären und teilstationären Einrichtungen, der Formen des Betreuten Wohnens, wesentlicher Betreuungs- und Dienstleistungsangebote, Gemeinschaftsangebote, bürgerschaftlicher und nachbarschaftlicher Initiativen.

Aus der Verknüpfung von erkannten Stärken und Schwächen der vorhandenen Angebote, der prognostizierten Entwicklungen und der vereinbarten Ziele kann ein Handlungsplan für konkrete Maßnahmen entwickelt werden. Handlungsschritte sollten zu allen wichtigen Angebotsbausteinen entwickelt werden. Hierzu können z.B. gehören: Wohnberatung, individuelle Wohnungsanpassung, barrierefreies Bauen, Anpassung des Wohnumfeldes und der sozialen Infrastruktur, Unterstützung des selbständigen gemeinschaftlichen Wohnens, Alltagshilfen, haushaltsnahe Dienstleistungen, Vermittlung von sozialen Diensten, Bereitstellung von Gemeinschaftsräumen und Treffpunkten, Gemeinschafts- und Freizeitangebote, Förderung von Selbst- und Nachbarschaftshilfe, Pflege- und Betreuungsleistungen, quartiersbezogene ambulante Dienste, die Öffnung von stationären und teilstationären Einrichtungen zur Unterstützung sozialräumlicher Angebote. Ein Handlungsplan bestimmt einzelne notwendige Angebotsbausteine und trifft Vorkehrungen über die Organisation der Umsetzung. Es sollte geprüft werden, inwieweit eine Vernetzung und Koordination der Hilfen und Angebote in der Region notwendig bzw. hilfreich sind und inwieweit die Ergebnisse der örtlichen Planung mit einer regionalen Planung vernetzt werden sollten.

Zur Umsetzung der Maßnahmen des Handlungsplans gehören z.B. die Verbesserung der Informationsangebote zu den Themen Teilhabe und

Wohnen, die Verbesserung der Kooperation und Koordination innerhalb der Verwaltung und mit anderen Kommunen sowie bürgerschaftlichen Initiativen, dem Handwerk, dem Einzelhandel und besonders wichtigen Akteuren im örtlichen Sozialraum, die Stärkung von Eigeninitiative und Mitwirkung, die Anregung zur Nachbarschafts- und Selbsthilfe, die Stärkung sozialer Netzwerke und die Information über die Entwicklung von Projekten.

Spezifische Belange

Sozialraumorientierung und die Entwicklung eines inklusiven Sozialraums dürfen nicht ohne Berücksichtigung der spezifischen Belange altgewordener Menschen mit Behinderungen erfolgen: Ältere Menschen mit Behinderungen sollten weder durch konzeptionelle noch durch rechtliche Vorgaben gezwungen sein, das gewohnte Umfeld verlassen zu müssen. Diese Forderung ist Ausfluss des Paradigmas der Personenzentrierung von Leistungen und der Selbstbestimmung, die auch an den sozialleistungsrechtlichen Schnittstellen z.B. von Eingliederungshilfe und Pflege Geltung beanspruchen. Das gewohnte Umfeld, die langjährig bewohnte Einrichtung und die tagesstrukturierende Betreuung müssen vielmehr für altgewordene Menschen mit Behinderungen verfügbar bleiben und in die sozialräumliche Betrachtung und Gestaltung einbezogen werden.

Literatur

Abschlussbericht der Unterarbeitsgruppe „Ambulante Wohnformen/ Ambulantisierung/ Bedingungen für ein selbstbestimmtes Leben“ im Rahmen der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe“ vom 07.06.2009.
Seifert, Prof. Dr., Monika (2009), Neue professionelle Arbeitskonzepte für personenzentrierte Unterstützung - Impulsbeitrag in der Arbeitsgruppe 2.2 auf der Fachtagung „Wie betreut man Wohnen? Perspektiven der Unterstützung von Menschen mit Behinderungen im Alltag“, Universität Siegen.

Menschen mit Demenz

Verena Wetzstein

Einleitung

Zunehmend ist zu beobachten, dass das Thema Demenz ein öffentliches Thema wird. Nicht erst seit dem Buch von Tilmann Jens über seinen von Demenz betroffenen Vater (Jens 2009) nimmt die Öffentlichkeit das Thema Demenz wahr. Auch die Belletristik und Hollywood haben sich des Themas angenommen und es je nach den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln verarbeitet (Suter 1997; Seidenauer 2009; An ihrer Seite 2008). Betrachtet man diese Werke ein wenig genauer und fragt nach dem in ihnen repräsentierten Bild von Demenz, so zeigen sich unterschiedliche, teilweise entgegengesetzt scheinende Bilder von Demenz.

Worüber haben wir also im Folgenden zu sprechen, wenn wir über „Alzheimer-Demenz“, der am häufigsten diagnostizierten Demenzform im höheren Lebensalter, reden? Zunächst scheint eine Begriffsbestimmung notwendig. Dazu ist in einer Art Collage zu schildern, welchem Bild von Demenz wir heute begegnen, in einem zweiten Schritt ist über dieses Bild von Demenz nachzudenken und in der dritten Denkbewegung können Konkretionen für einen zukünftigen, ethisch verantwortbaren Umgang mit Demenz und Menschen mit Demenz aufgezeigt werden.

Collage: Blicke auf Demenz

Immer mehr Menschen werden in den industrialisierten Ländern des Westens immer älter. Da der Hauptrisikofaktor für die Alzheimer-Demenz das Alter ist, nimmt im Zuge dieses demographischen Wandels die Zahl älterer, von Demenz betroffener Menschen zu. Schätzungen gehen davon aus, dass gegenwärtig etwa 1,5 Millionen Menschen in Deutschland von Alzheimer-Demenz betroffenen sind. Bis zum Jahr 2030 sagen Bevölkerungsvorausberechnungen eine Zahl von ca. 2,2 Millionen Menschen mit Demenz voraus. Demenzen gehören zu den häufigsten Gesundheitsprob-

lemen des Alters. Man versteht darunter Störungen der Leistungen des Gedächtnisses, des Denk- und Orientierungsvermögens sowie der Sprache (Förstl 2009). Aufgrund dieser Störungen wird die Bewältigung des Alltags erschwert. Die jeweilige Symptomatik ist abhängig von den zugrunde liegenden Krankheitsprozessen. Experten gehen heute davon aus, dass ca. 70 Prozent der diagnostizierten Demenzen auf einer Form der Alzheimer-Demenz basieren.

Vor etwas mehr als einhundert Jahren hat Alois Alzheimer die später nach ihm benannte Form der Demenz das erste Mal beschrieben. Sie ist gekennzeichnet durch einen schleichenden Beginn und einen langsam progredienten Verlauf. Um das komplexe Phänomen Alzheimer-Demenz ein wenig handhabbarer zu machen, greift man zunehmend darauf zurück, das Erscheinungsbild der Demenz in drei Phasen einzuteilen. In der frühen Phase stehen Störungen des Kurzzeitgedächtnisses im Vordergrund: Fragen wiederholen sich, Gegenstände werden verlegt und Ähnliches. In der mittleren Phase erreichen die kognitiven Einbußen einen Grad, der die Betroffenen auf Hilfe angewiesen sein lässt. In der späten Phase schließlich sind bei allen Verrichtungen des täglichen Lebens Hilfen notwendig. Ausgeprägte körperliche Symptome treten auf, wie etwa Gangunsicherheiten, Krampfanfälle, Schluckstörungen und ein zunehmender Verlust der Kontrolle über die Blasen- und Darmfunktion, schließlich Bettlägerigkeit. Die mittlere Krankheitsdauer, vom Auftreten erster Symptome an gerechnet, beträgt im statistischen Mittel, wobei hier die Verläufe individuell stark variieren, ca. zehn Jahre. Ursachen und Risikofaktoren der Alzheimer-Demenz sind trotz intensiver Forschung bis heute nicht bekannt. Kausale Therapien stehen noch nicht zur Verfügung (Förstl 2008).

Für die Betroffenen bedeutet Alzheimer-Demenz eine enorme Herausforderung. Betroffene und Angehörige schildern die Demenz bisweilen als Tragödie. Es scheinen „apokalyptische Reiter“ zu sein, die mit ihrer Symptomatik das drohende Lebensende immer mehr ankündigen (Lauter 2005): Indem der Geist der Betroffenen förmlich zerfressen zu werden scheint, nimmt die Demenz uns das, was uns heute so wichtig ist – unser Denkvermögen, unsere Selbstbestimmungsfähigkeit, sogar Teile unserer Persönlichkeit.

Der Gießener Soziologe Reimer Gronemeyer (Wissmann/Gronemeyer

2008) spricht von der Demenz als der Kehrseite der Medaille vom Menschsein: Alles das, was heute bedeutsame Werte sind, ist die Demenz nicht. In einer Zeit des aktiven Alters, in einer Zeit des Anti-Aging, die Individualität in den Vordergrund rückt, gelten Menschen mit Demenz nicht viel. In einer Beschleunigungs- und Innovationsgesellschaft können Menschen mit Demenz nur schwer mithalten. Eine Welt, die von „Hyperkognitivismus“ (Post 1996, S. 247) gekennzeichnet ist, macht es Menschen mit Demenz schwer, ihren Platz zu behaupten.

Doch lässt sich tatsächlich ablesen, wie dieser Zeitgeist sich auf das Bild von Demenz in unserer Gesellschaft niederschlägt? Wenn man fragt, wie Demenz und Menschen mit Demenz in der Öffentlichkeit präsent sind, dann zeigt eine Untersuchung: Die Sprache, in der die Öffentlichkeit über Alzheimer-Demenz redet, ist weitgehend vom gleichen Grundtenor bestimmt. Da ist die Rede als von einem „Tod bei lebendigem Leib“, einem „Tod im Leben“, einem „lebendigen Begräbnis“, einem „mensenunwürdigen Siechtum“, einem „schreckliche[n] Leiden – demütigend für den Patienten“, einer „Beraubung der Humanität“, der „Jahrhundertkrankheit“ (Wetzstein 2005).

Derart drastische Bilder sind ein Indiz: Die Menschen sind bewegt vom Phänomen Demenz. Und: Es fällt schwer, diese oft existenzielle Betroffenheit in Worte zu fassen. Und so greift die Öffentlichkeit zu einem wohl-bekanntem Mechanismus: Man trifft keine Sachaussagen, sondern drastische Szenarien und Bilder müssen dafür herhalten, das Unaussprechliche, das Furchteinflößende der Demenz überhaupt in Worte zu bringen.

Reflexion

Woraus generiert sich das gegenwärtige öffentliche Demenzkonzept? Da ist zum einen unsere gesellschaftliche Situation, unser eben erwähnter "Zeitgeist". Daneben ist ein weiteres Geschehen bedeutsam. Vor ungefähr 35 Jahren wurde die senile Form der Alzheimer-Demenz in die Diagnoseschemata aufgenommen. Die Gesellschaft definierte damals Demenzen als Krankheiten.

Damals wurde, so meine These, durch die endgültige Delegation der Demenzen an die Medizin eine methodische Beschränkung in die öffentliche Debatte übertragen. Bis dahin war öffentlich kaum von Demenzen die

Rede. Verwirrte Menschen im Alter waren „senil“, „verkalkt“ oder ähnliches. Indem die senile Form der Alzheimer-Demenz als Krankheit definiert wurde, hat es sich die Öffentlichkeit vermeintlich sehr leicht gemacht: Für Krankheiten ist die Medizin zuständig. Diagnostizieren und Heilen oder Leiden lindern – das sind die Kernaufgaben der praktisch tätigen Ärzte. Im vergangenen Jahrhundert ist es der Medizin gelungen, zahlreiche bislang als unheilbar geltende Krankheiten zu therapieren. Diese Erwartung und Hoffnung bringt die Öffentlichkeit der Medizin auch im Bereich der Demenz entgegen.

Die daraus resultierende Hochschätzung der Medizin hat es ermöglicht, die alleinige Deutungskompetenz auch zur Alzheimer-Demenz auf die Medizin zu übertragen. Orientierung an Experten und deren Wissen erscheint heute als die Möglichkeit, um komplexe Vorgänge und Phänomene handhabbar zu machen. So gilt die Medizin als Leitwissenschaft, die zuverlässig Aussagen zur Demenz trifft. Das Bild, das die Medizin dabei von Demenzen entwirft, mag innerhalb des Betrachtungsrahmens der Medizin angemessen sein. Problematisch wird es, wenn dieses, notwendigerweise auf den Betrachtungs- und Behandlungsrahmen der Medizin fokussierte bzw. reduzierte Bild von der Gesellschaft wiederum als Konzept der Demenz in die Öffentlichkeit rückübertragen wird. Wenn dieses Konzept von Demenz in der Öffentlichkeit als bestimmendes Konzept Geltung erlangt, so wird eben auch sein immanenter Reduktionismus in die Gesellschaft übertragen.

Reduktionen, wie sie die Medizin dringend vornehmen muss, wurden damit als allgemeingültig übernommen. Dies betrifft im Kern einen anthropologischen Reduktionismus, der zu Einseitigkeiten in der Bewertung führt und Leerstellen zur Folge hat. So stehen durch die Konzentration auf Diagnostik und Therapie in den Anfangsphasen der Demenz für Menschen mit Demenz in späten Phasen, bei denen die kognitiven Einbußen bereits so weit fortgeschritten sind, dass keine verbale Kommunikation mehr möglich ist, keine Kategorien zur Verfügung. Zum anderen impliziert der verengte Blick auf die kognitiven Einbußen, mit denen die Demenz u.a. einhergeht, ein reduktionistisches Menschenbild. „Der Demente“ erscheint als ein monadisches Einzelwesen, das lebensgeschichtslos, beziehungslos, unberücksichtigt seiner Leiblichkeit dem Prozess der Demenz ausgeliefert ist. Durch die Übernahme des Konzeptes der Medizin findet in der

Öffentlichkeit eine Fokussierung auf die ersten Phasen der Demenz statt, dann, wenn von medizinischer Seite aus heute noch "etwas zu tun" ist. Die zweite Hälfte der Demenz, dann, wenn zunehmende Verluste auftreten und Pflege in den Vordergrund tritt, hat zwar im täglichen Umgang mit Menschen mit Demenz einen deutlichen Schwerpunkt, kommt aber im öffentlichen Diskurs kaum vor. Sowohl die professionelle Pflege als auch pflegende Angehörige, die vom dementiellen Prozess mit betroffen sind, geraten gar nicht in das Blickfeld des öffentlichen Diskurses. Nahezu der gesamte Pflegebereich, professionell wie laienhaft, bleibt allein gelassen. Aus verschiedenen Gründen halte ich diesen gegenwärtigen öffentlichen Diskurs für verkürzt. Fraglos stellt das aktuelle Konzept ein mögliches Interpretationsmodell dar. Mit seinem interessegeleiteten Beschreibungszugang, seinem impliziten Reduktionismus und der Möglichkeit der Ableitung inhumaner Konsequenzen stellt er allerdings ein Modell dar, das ethischen Anforderungen für einen gesellschaftlichen Diskurs nicht gerecht wird.

Im Unterschied dazu schlage ich vor, davon auszugehen, dass es sich bei der Demenz im Kern um ein Beziehungsgeschehen handelt.

Lassen Sie mich zunächst den Grundkonsens moralphilosophischer kontinentaleuropäischer Tradition in Erinnerung rufen: Alle Menschen sind Personen. Damit ist die Konsequenz verbunden, dass jeder Mensch, gleich über welche aktuellen Fähigkeiten er verfügt, unter dem Schutz der Menschenwürde steht.

Bezogen auf die Demenz bedeutet dies: Es ist ein und derselbe Mensch, der als Dementer über das gleiche Lebensrecht verfügt wie als Alternder, Erwachsener, Neugeborener oder Ungeborener. Die Person geht nicht verloren, wenn Gehirnfunktionen schwinden. Keine noch so große Zahl von Plaquesablagerungen im Hirn eines Menschen mit Alzheimer-Demenz vermag es, eine Zäsur darzustellen – der Prozess der Demenz läuft vielmehr ohne relevante Einschnitte ab. Dass ein Mensch mit Demenz in der Endphase seines Lebens angelangt ist, verlangt zwar praktische Rücksicht auf diese besondere anthropologische Lebenssituation; in grundlegender Hinsicht ändert das aber nichts an seinem würdevollen Dasein. Eine Teilung in eine zu behandelnde erste Hälfte der Demenz und eine vernachlässigbare zweite Hälfte kommt von diesem anthropolo-

gischen Blickwinkel aus nicht in Frage.

Darüber hinaus nimmt die traditionelle Anthropologie im Unterschied zum gegenwärtigen Diskurs die leib-seelische Einheit des Menschen in den Blick. Gegen eine einseitige Fixierung auf die Kognition ist daran zu erinnern, dass der Mensch zwar als ein vernunftbefähigtes Wesen bestimmt ist, aber seine Vernunftbegabtheit nicht zu jedem Zeitpunkt gleichermaßen ausüben muss (Schockenhoff 2002).

Aus dieser Grundbedingung folgt, dass die Hochschätzung der Kognition im gegenwärtigen Demenz-Konzept zu relativieren ist. Die Achtung vor der Körperlichkeit des Menschen als Ausdruck des Personseins schließt eine zunehmende Berücksichtigung körperlicher Prozesse im Demenz-Prozess ein. Die konkrete Pflegesituation und die Bedürfnisse des Körpers von Menschen mit Demenz sollten demnach eingehender als bislang im öffentlichen Diskurs thematisiert werden.

Damit gerät ein weiterer, für unser Thema sehr zentraler, Aspekt der Menschenwürde ins Blickfeld: das Leben in Beziehungen. Menschen mit Demenz zeigen uns, dass wir aufeinander angewiesen sind. Gegen die Darstellung des Menschen mit Demenz als monadisches Einzelwesen steht der Befund der Relationalität des Menschen, das Leben in Beziehungen. Der Mensch kann sein Leben nur im Verhältnis zu anderen leben: zu seinen Mitmenschen (seinem Nächsten) und zu sich selbst und zu Gott. Menschliches Leben hat damit immer ein Gegenüber (Härle 2005).

Menschen mit Demenz werden nicht zu Einzelwesen – auch wenn sie im Verlauf des Prozesses den Kontakt mit ihrer Umwelt nach und nach verlieren mögen. Selbst in der extremen Hilflosigkeit der Demenz kann die Würde des Menschen von anderen wahrgenommen werden. Die Sichtbarmachung von Würde ist ein interaktionelles Geschehen. Sie wird dem Menschen mit Demenz von demjenigen entgegengebracht, der ihn in seinem veränderten Sosein versteht und annimmt. Begegnung mit Menschen mit Demenz bedeutet damit den Vollzug eines Anerkennungsaktes, indem der Angehörige oder Pflegende seine persönliche Beziehungsfähigkeit zum Ausdruck bringt.

Handlungen

Welche Konkretionen könnten sich dann ergeben, wenn wir uns an einem an diesen Punkten orientierten Demenzkonzept orientieren würden? Welche gesellschaftlichen und politischen Kriterien gilt es bezüglich des von mir neu entworfenen Bildes von Demenz zu integrieren, um einem neuen, methodisch erweiterten und anthropologisch fundierten Demenzmodell zur Durchsetzung in der Praxis zu verhelfen?

Nimmt eine ethische Betrachtung der Demenz am Personstatus Maß, so sind Aspekte der Betreuung von Menschen mit Demenz hervorzuheben, die bislang weniger im Zentrum des Interesses standen.

So tritt die Bedeutung der relationalen Verfasstheit des Menschen deutlich vor dem in der Medizin-Ethik derzeit hochgeschätzten Autonomieprinzip hervor. Als erste Zeugen der Relationalität rücken damit Angehörige in das Blickfeld des Interesses. Als unmittelbare Bezugspersonen kommt ihnen eine nicht hoch genug einzuschätzende Bedeutung zu. Sie sind es, die im Verlauf der Demenz für die Identität, Kontinuität und Relationalität bürgen.

Doch auch aus einem anderen Grund kommt der Betreuungsleistung von Angehörigen heute eine besondere Rolle zu: Aufgrund der zu erwartenden numerischen Überforderung des Pflegesystems werden moderne Industriegesellschaften kaum umhin können, Angehörige vermehrt in die Betreuung und Pflege dementer Menschen einzubinden.

Durch das hautnahe Miterleben des dementiellen Prozesses stehen Angehörige unter großen Belastungen, die sie in ihrem eigenen Leben bisweilen deutlich einschränken. Nimmt man die Demenz als ein Beziehungsgeschehen ernst, so betrifft sie nicht nur den Menschen mit Demenz, sondern auch den Angehörigen. Eine besondere Herausforderung besteht für eine solidarische Gesellschaft folglich darin, die Fürsorge für Menschen mit Demenz auf die Angehörigen auszudehnen. Grundsätzlich wird eine angemessene Betreuung von Menschen mit Demenz wohl nur durch eine engere Verzahnung von professioneller und privater Pflege und Betreuung gelingen können.

Eine integrative Demenzethik wird um des Personstatus von Menschen mit Demenz willen stärker als bisher darauf achten, unter dem Dach der

Betreuung Medizin und Pflege zu verbinden. So könnte gewährleistet werden, dass künftig nicht nur die ersten Phasen des Demenzprozesses Beachtung erfahren, sondern die Demenz als einheitlicher Prozess gesehen wird, innerhalb dessen die späten Phasen Berücksichtigung finden, wenn Palliation, Pflege und Begleitung im Vordergrund stehen. Die leib-seelische Einheit des Menschen, nicht allein die Kognition, müsste innerhalb einer Demenzethik stärker betont werden. Angesichts der Verschiebung des Krankheitsspektrums von Akutkrankheiten zu chronischen Krankheiten im Allgemeinen werden Medizin und Ärzte zunehmend mit den Aufgaben der Palliation konfrontiert. Es wäre zu wünschen, dass in die Diskussionen um ein sich veränderndes Aufgabenspektrum der Ärzte auch die Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz aufgenommen wird.

Um das gegenwärtig vorherrschende Demenzkonzept durch ein integratives Modell abzulösen, ist ein breiteres Engagement gesellschaftlicher Institutionen und Gruppen notwendig. Brücken zwischen verschiedenen Disziplinen und Gruppierungen müssen in andere Bereiche gebaut werden.

Eine auf der Basis anthropologischer Prinzipien reflektierende Ethik der Demenz wird angesichts zahlreicher Herausforderungen der Betreuung von Menschen mit Demenz den Gedanken der Fürsorge vor das in der Medizinethik heute dominierende Autonomieprinzip stellen müssen (Bartlett/O'Connor 2009). Ein Ethos der Fürsorge entspringt der Grundeinsicht in die Relationalität und das menschliche Angewiesensein auf andere. Eine fürsorgliche Gesellschaft wird das Wohlergehen von Menschen mit Demenz zu einem Ziel erheben. Sie wird das Thema Demenz in die Mitte der Gesellschaft rücken.

Literatur

- Bartlett, Ruth; O'Connor, Deborah (2010), *Broadening the dementia debate. Towards social citizenship*. Bristol.
- Förstl, Hans (2008), *Behandlungs- und Versorgungsstrategien bei Alzheimer und verwandten Demenzen*. In: *Nervenarzt* 79, S. 617–629.
- Förstl, Hans (Hrsg.) (2009), *Demenzen in Theorie und Praxis*. Heidelberg.
- Härle, Wilfried (2005), *Menschsein in Beziehungen. Studien zur Rechtfertigungslehre und Anthropologie*. Tübingen.
- Jens, Tilman (2009), *Demenz. Abschied von meinem Vater*. Gütersloh.
- Lauter, Hans (2005), *Die auf Widerruf gestundete Zeit wird sichtbar am Horizont. Das Lebende Demenzkranker*. In: Wetzstein, Verena (Hrsg.), *Ertrunken im Meer des Vergessens*. Freiburg i. Br., S. 9-29.
- Post, Stephen G. (1996), *The Moral Challenge of Alzheimer Disease*. Baltimore/London.
- Schockenhoff, Eberhard (2002), *Der vergessene Körper. Über die Einheit von Person und menschlicher Natur*. In: *Zeitschrift für medizinische Ethik*, Jg. 48, S. 271–281.
- Seidenauer, Gudrun (2009), *Aufgetrennte Tage*. Salzburg.
- Suter, Martin (1997), *Small World*. Zürich.
- Wetzstein, Verena (2005), *Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz*. Frankfurt a. M.
- Wissmann, Peter; Gronemeyer, Reimer (2009), *Demenz und Zivilgesellschaft – eine Streitschrift*. Frankfurt a. M.

Alter ist nicht unbedingt Alter

Peter Radtke

Es ist eine Binsenweisheit: Unsere Gesellschaft wird immer älter. Waren 1960 noch 17,4 Prozent der Bevölkerung in Deutschland über 60 Jahre, so sind es 2010 bereits 26,2 Prozent. Dabei ist Alter nicht unbedingt Alter.

Die zwei Phasen des Alterns

In der Regel unterscheidet man nach dem englischen Soziologen Peter Laslett zwei Phasen im Prozess des Altwerdens: das dritte Lebensalter, die Zeit vom Eintritt der Rente bis ungefähr 70 oder 75 Jahre – man könnte dies auch als den goldenen Herbst des Alterns bezeichnen – und das vierte Lebensalter, also die Zeit danach bis zum Sterben. Das dritte Lebensalter ist geprägt von der freien Gestaltung des Lebensabends, ohne berufliche Verpflichtung und ohne nachhaltige gesundheitliche Beeinträchtigungen. Das sind die rüstigen Senioren, die auf Kreuzfahrten gehen, die Museen und Theatersäle bevölkern und das überwiegende Gros der Teilnehmer von Kaffeefahrten stellen. Das sich anschließende vierte Lebensalter ist hingegen gekennzeichnet durch die Hinwendung zum eigenen Körper. Die Multimorbidität, d.h. das gleichzeitige Auftreten unterschiedlicher krankhafter Symptome, die entweder in Zusammenhang zueinander stehen oder isoliert voneinander vorhanden sind, ist das hervorstechende Merkmal dieser Phase. Die Hilfsbedürftigkeit des Menschen im vierten Lebensalter ist in der Regel die einschneidende Lebenserfahrung, die eine völlige Neubesinnung erforderlich macht.

Thema Hilfsbedürftigkeit

Alternde Menschen werden behindert; behinderte Menschen werden alt. Handelt es sich hierbei nicht um zwei Entwicklungen, die zum selben Resultat führen? Ich glaube nicht, zumindest nicht, wenn die Behinderung schon zeitlich lange vor dem Eintreten des Alterungsprozesses vorhanden ist. Zwar sind nach Angaben der Bundeszentrale für politische Bildung

rund 46 Prozent der Menschen mit Behinderungen 55 Jahre und älter und 28 Prozent gar älter als 75 Jahre und doch gibt es, meiner Meinung nach, einen signifikanten Unterschied, ob ein Mensch schon frühzeitig behindert war und in dieser Situation alt wird, oder ob er erst im Alter Erfahrungen mit der Behinderung macht. Wenn Sie den Inhalt von Patientenverfügungen analysieren, werden Sie feststellen, dass bei sogenannten Nichtbehinderten ein immer wiederkehrendes Argument für die Forderung nach Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen der Eintritt von Hilfsbedürftigkeit ist. Das Angewiesensein auf fremde Menschen, die Angst, nicht mehr eigenverantwortlich über sein Dasein bestimmen zu können, scheint für viele den Lebenswert auf null zu reduzieren. Auch für Menschen mit einer Behinderung spielt die Selbstbestimmung natürlich eine eminent wichtige Rolle. Doch sie sind sehr oft schon frühzeitig auf Hilfe angewiesen. Man könnte folglich sagen: Menschen mit einer Behinderung befinden sich je nach ihrer Beeinträchtigung in einer mehr oder minder latenten ständigen vierten Lebensphase. Es bleibt ihnen gar nichts anderes übrig, als sich intensiv mit ihrem Körper auseinanderzusetzen, was nicht heißt, dass es daneben keine anderen Aktivitäten gäbe. So ist der Übergang ins Alter zwar auch, wie bei anderen, mit dem Nachlassen der Kräfte verbunden, doch möglicherweise weniger belastend als für andere Personengruppen.

Die Auseinandersetzung mit dem Tod

Das Alter ist auch die Zeit des bewussten Zugehens auf den Tod. Wer ständig mitten im Leben steht, für den ist dieser Gedanke eine schwere Hypothek. Viele behinderte Menschen erleben jedoch auf Grund ihres Gesundheitszustands die Erfahrung der Todesnähe schon vor dem eigentlichen Altwerden. Dies bedeutet zweifellos nicht, dass es für sie keine Angst vor dem Sterben gäbe, aber es macht einen Unterschied, ob man die Auseinandersetzung mit dem Unausweichlichen auf eine unbestimmte Zukunft verschieben kann oder sich quasi tagtäglich mit ihr konfrontiert sieht. Die Tatsache, dass ich mehrmals am Rande des Abgrunds stand, macht es mir zwar nicht leichter, mit dem Phänomen umzugehen, aber es lässt mich den Wert des Augenblicks besser schätzen und prägt vermutlich auch mein fast schon fanatisches Eintreten für die Lebensschutzidee. Jeder Tag ist ein geschenkter Tag und während nichtbehinderte Seniorin-

nen und Senioren bedauernd auf die Fähigkeiten zurückblicken, die ihnen verloren gegangen sind, sehe ich auf die verbleibenden Möglichkeiten, die mir trotz der Behinderung gegeben sind.

Junges Forschungsgebiet

Vieles von dem, was ich bisher gesagt habe, bezieht sich in erster Linie auf Menschen mit einer körperlichen Behinderung. Auch beruht es weitgehend auf persönlichen Erfahrungen. Die Forschung zum Thema „Alter und Behinderung“ ist in unserm Land noch relativ jung und daher nicht gerade ergiebig. Ursache hierfür ist die Tatsache, dass es in Deutschland aufgrund unserer Vergangenheit bei bestimmten Behinderungsarten erst allmählich ältere Betroffene gibt. Behinderte Bürgerinnen und Bürger über 65 Jahre, soweit die Behinderung nicht erst im späteren Lebensalter eintrat, sind selten. Im „Dritten Reich“ wurden Menschen mit schwerer, vor allem auch erblich bedingter Behinderung systematisch umgebracht. „Euthanasie“ – „schöner Tod“ nannte man die praktizierte, niemals jedoch offen legalisierte Maßnahme. An die 200.000 Betroffene, Kinder, Jugendliche und Erwachsene fanden auf diese Weise zwischen 1940 und 1945 den Tod. Die Auswirkungen der Verfolgung behinderter Menschen waren auch noch nach Ende der Gewaltherrschaft der Nationalsozialisten sichtbar. Es gab kaum entsprechende medizinische Versorgung, die Frührehabilitation steckte in den Kinderschuhen, die Angst der Eltern ließ sie oft noch immer lieber ihr behindertes Kind verstecken, als ihm die notwendige offene Fürsorge angedeihen zu lassen. Erst gegen Ende der fünfziger Jahre mit der Gründung der Bundesvereinigung Lebenshilfe begann sich wieder langsam ein Bewusstsein für behinderte Menschen zu entwickeln – und damit auch eine Zukunftsperspektive für diesen Personenkreis.

Altern mit Kinderlähmung

Behinderung und Alter – gibt es hierbei, neben den bereits erwähnten Punkten, noch andere spezifische Einzelprobleme? Ich möchte zwei Erscheinungen herausgreifen. Menschen, die an Poliomyelitis (Kinderlähmung) erkrankt sind, erfahren einen seltsamen Krankheitsverlauf. Während beim Ausbruch der Virusinfektion mitunter erhebliche Lähmungserscheinungen

der Muskulatur und/oder der Nervenzellen auftreten, klingen diese Symptome in den nachfolgenden Monaten wieder ab, mitunter sogar bis zur scheinbar völligen Beschwerdefreiheit. Erst etliche Jahrzehnte später tauchen die gleichen Symptome, teilweise sogar noch verstärkt, wieder auf. Lange Zeit wurde dieses so genannte „Post-Polio-Syndrom“ von der Wissenschaft weitgehend ignoriert. Es war zwar bekannt, aber erst der intensive Nachdruck der Betroffenen selbst lenkte die Aufmerksamkeit der Fachwelt auf dieses typische Altersphänomen von Polio-Betroffenen.

Altern mit kognitiven Einschränkungen

Ein völlig anderer Zusammenhang zwischen Alter und Behinderung ergibt sich im Fall von Menschen mit kognitiven Einschränkungen wie etwa Demenz und Alzheimer. Hier besteht ein eklatanter Unterschied zwischen Menschen mit und ohne Behinderung. Bei älteren Menschen, die umgangssprachlich als „geistig behindert“ bezeichnet werden, liegt die Demenzwahrscheinlichkeit bei über 65jährigen bei 22 Prozent gegenüber 5 Prozent bei mehr oder minder nicht behinderten Personen, d.h. sie ist vier Mal so hoch. Im Fall von Down-Syndrom-Betroffenen beträgt die Wahrscheinlichkeit sogar 56 Prozent. Ein Grund hierfür dürfte darin liegen, dass Menschen mit Trisomie 21 schneller altern und daher auch früher einen Status erreichen, den andere Seniorinnen und Senioren erst mit 70 oder 80 Jahren haben.

Ich bin kein Mediziner und auch kein Fachmann für Demenzerkrankungen. Ich bin lediglich ein Mensch mit Behinderung, der an der Schwelle zum vierten Lebensabschnitt steht. Dennoch hoffe ich, dass ich mit meinen Ausführungen Anregungen geben konnte.

Den Ruhestand gestalten lernen

Helmut Mair

Der „Aufbruch in einen selbstbestimmten Ruhestand“ ist für viele Menschen mit Behinderung, wie für ihre Begleiter, ein mühsamer Lernprozess. Denn viele ältere Menschen mit Behinderung entdecken beim Übergang in den Ruhestand nicht selten zum ersten Mal in ihrem Leben, dass sie nun „eigentlich“ selbst bestimmen können, was gut für sie ist, dass sie nun das tun können, ja sollen, was sie wollen.

Diese Mühe lohnt sich jedoch – zumindest langfristig gesehen – auch für die Einrichtungen und MitarbeiterInnen der Behindertenhilfe. Denn sie erübrigt Investitionen in „tagesstrukturierende“ Maßnahmen, die keinen Sinn machen und eine selbstbestimmte Lebensgestaltung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verhindern.

Die erste und entscheidende Frage muss daher sein: auf welche Weise kann es gelingen, den älteren Menschen mit Behinderung Gelegenheiten und Anstöße zu geben, im Ruhestand ihr Leben so weit wie möglich selbstständig zu gestalten und am öffentlichen Leben teilzunehmen? Hierauf Antworten zu finden oder besser: solche zusammenzutragen, war das Anliegen unserer Forschungsprojekte: „Unterstützter Ruhestand“ und „Den Ruhestand gestalten lernen“.

Ein erster Einstieg zur Beantwortung dieser Frage war, die älteren Menschen mit Behinderung nach Wünschen und Vorstellungen im Hinblick auf ihren Ruhestand zu befragen. Die Ergebnisse zeigen eine große Vielfalt und Spannbreite. Menschen mit Behinderung wollen im Ruhestand:

- einerseits *aktiv sein*, etwas unternehmen:

Spaziergehen, Ausflüge machen, Kochen, im Haushalt helfen, Malen, Theaterspielen, Kegeln, Gymnastik, Schwimmen, Sport machen;

- andererseits *sich ausruhen*, in Ruhe gelassen werden:

sich im Ruhestand endlich Zeit lassen können, Ausschlafen, im Bett bleiben können;

- einerseits *mit anderen zusammen sein*:

sich unterhalten, zusammen spielen, „Kaffee trinken und Kuchen essen“, Leute besuchen;

- andererseits allein sein, *sich zurückziehen* können:

in ihr eigenes „Zuhause“ oder Zimmer, Fernsehen, Musikhören, Lesen, die Zeit mit „eigenen Dingen“ für sich allein verbringen.

Aber derartige allgemeine Wunschlisten führen – wie wir feststellten – oft nicht sehr viel weiter, denn die konkreten Antworten des Einzelnen sind nicht nur stark situationsabhängig, sondern ihre Bedeutung ist oft vielschichtig oder vieldeutig, wenn man genauer hinhört und versucht darauf einzugehen.

Ich will dies an einem Beispiel verdeutlichen: Unter allen Aktivitäten und Vorlieben, die Menschen mit Behinderung bei der Frage nach ihren liebsten Freizeittätigkeiten nannten, nahm „Spaziergehen“ den ersten Platz ein. Es war nicht nur die Tätigkeit, die neben Fernsehen und Musikhören am häufigsten genannt wurde, sondern auch durchweg positive Konnotationen aufwies. Wie wir bei der eingehenden Analyse der Antworten feststellten, kann „Spaziergehen“ jedoch sehr vieles beinhalten. Es war meist erst aus dem Kontext zu erschließen, was damit „wirklich“ gemeint war. Es kann bedeuten:

- sich bewegen, „an die frische Luft kommen“;
- weggehen und sich ungestört seine Gedanken machen können;
- sich im näheren oder weiteren Umfeld „umgucken“;
- vielleicht jemanden treffen, mit dem man sich unterhalten kann;
- sich bei anderen, die man – hoffentlich – trifft, über Neuigkeiten erkundigen;
- wenn man Glück hat, etwas Neues entdecken oder neue Leute kennen lernen;
- von anderen willkommen geheißen werden, wenn man vorbeischaut.

Das Eigenartige ist, all diese Bedeutungen sind oft – wenn auch eher latent – als mögliche Optionen mitgedacht, aber der Antwortende lässt offen, welche er je nach dem, wenn es sich ergäbe, realisieren möchte.

Aus diesem Grund blieben wir nicht dabei stehen, die älteren Menschen mit Behinderung nach ihren Wünschen und Vorstellungen zu fragen, sondern diese Fragen waren entweder Bestandteil eines umfassenden Assessments, um ausgehend hiervon mit ihnen konkrete Handlungsziele

und -pläne zu entwickeln. Oder die Frage nach Wünschen bildete gleichsam den Auftakt für eine Klärung ihrer Zukunftsvorstellungen und -pläne. In beiden Projekten stellten wir zu unserer Überraschung fest: Bei den meisten Beteiligten weisen diese Pläne über das Gewohnte hinaus und je klarer diese Pläne formuliert werden, umso mehr setzen sie neue, ungeahnte Handlungsperspektiven und -potentiale frei.

Jedoch klärten wir nicht nur mit den älteren Menschen mit Behinderung deren Wünsche und Zukunftspläne, sondern wir zogen auch ihre professionellen BegleiterInnen zu Rate. Denn auch sie sind Experten und Expertinnen, die ihre Erfahrungen und Vorstellungen haben, wie ältere Menschen mit Behinderung ihren Ruhestand gestalten wollen und auf welche Weise es gelingen kann, sie zu einer selbstbestimmten Gestaltung zu befähigen und welche Rahmenbedingungen hierfür erforderlich sind. Wir haben nicht nur ihre vorhandenen Erfahrungen und Vorstellungen abgefragt, sondern sie dazu herausgefordert, ihre Vorbehalte und Visionen, die viele im Alltag nicht mehr zu äußern wagen, zu thematisieren und zu diskutieren.

Die Ergebnisse dieser aufwendigen „Expertenanhörungen“, die im Rahmen von Einzelinterviews, Gruppendiskussionen und Zukunftswerkstätten auf 14 Workshops erfolgten und an der insgesamt 250 Expertinnen und Experten (100 Menschen mit Behinderung, die entweder im Ruhestand oder kurz davor sind, und 150 sachkundige MitarbeiterInnen, die in unterschiedlichen Einrichtungen und Diensten der Behindertenhilfe tätig sind) teilnahmen, sind sodann eingegangen in die folgenden „Modelle guter Praxis“. Sie komprimieren die wegweisenden Erfahrungen, leitenden (Zukunfts-)Vorstellungen, Forderungen und Visionen der Expertinnen und Experten im Hinblick auf einen selbstbestimmten Ruhestand und erforderliche Rahmenbedingungen hierfür.

Modelle guter Praxis

Die folgenden Modelle entwerfen somit *Leitlinien* für die Gestaltung des Ruhestandes von Menschen mit Behinderung. Leitlinien, die je nach Person und Handlungsrahmen zu konkretisieren sind. Sie beziehen sich auf drei unterschiedliche Ebenen: Im ersten Modell werden – auf der Mikroebene – die „persönlichen“ Voraussetzungen genannt, die für das Gelin-

gen eines selbstbestimmten Ruhestandes entscheidend sind. Im dritten Modell werden – auf der Mesoebene – die institutionellen, organisatorischen Voraussetzungen hierfür beschrieben und im vierten Modell – auf der Makroebene – die erforderlichen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Im zweiten Modell – es verknüpft vor allem Elemente des ersten und dritten Modells – werden die Voraussetzungen skizziert, die für einen gelingenden Übergang in den Ruhestand entscheidend sind.

„Naturgemäß“ greifen diese Modelle ineinander. Fortschritte auf einer Ebene lassen sich auf Dauer nur erreichen, wenn parallele Veränderungen auch auf den anderen Ebenen stattfinden. Fortschritte auf einer Ebene „induzieren“ positive Veränderungen auf den anderen.

Modell 1: Der Mensch mit Behinderung als „Souverän“

Souveränität macht nur Sinn, wenn es Wahlmöglichkeiten gibt und die jeweiligen Angebote auf der Grundlage eingespielter Mitbestimmungsprozesse so gestaltet und fortentwickelt werden, dass sie attraktiv und passend sind. Welche Unterstützung auch angeboten wird, oberste Maxime muss sein: der Einzelne hat selbst die Verantwortung und ist – im Sinne des Empowerment-Ansatzes – darin zu bestärken. Er ist und soll der Souverän sein, der selbst über die Gestaltung seines Ruhestandes entscheidet und die Verantwortung für seine Entscheidungen übernimmt. Manchmal wird es notwendig sein, darauf zu bestehen – was für Menschen mit Behinderung zuweilen ungewohnt oder sogar unbequem sein dürfte.

Mit überraschender Klarheit wurde für uns in beiden Projekten, in denen wir Befragungen, Gespräche und Diskussionen mit den älteren Menschen mit Behinderung durchführten, erkennbar, dass sie – trotz aller Heterogenität bezüglich ihrer individuellen Voraussetzungen, Wünsche und Zukunftsvorstellungen – sehr gut wissen, was sie wollen, wenn man sich die Mühe macht und die Zeit nimmt, zuzuhören und sich mit ihnen wirklich auseinander zu setzen.

Dieses Modell findet zwar breite Zustimmung. In der Praxis wird das Problem aber in der Verwirklichung der einzelnen Elemente liegen, die sich zudem wechselseitig stützen oder sogar bedingen.

Modell 2: Begleitung beim Übergang in den Ruhestand

Das zweite Modell überträgt die konzeptionellen Forderungen des ersten Modells auf die Situation des Übergangs in den Ruhestand und benennt erforderliche organisatorische Rahmenbedingungen hierfür. Es macht Sinn – das bestätigen beide Projekte – Menschen mit Behinderung beim Übergang in den Ruhestand zu beraten, zu coachen, zu begleiten, und zwar nicht primär wegen ihrer Behinderung, sondern weil es diesbezüglich keine generellen Lösungsmuster gibt und die Situation für alle neu ist. Bei diesem Übergang sollten einzig und allein die individuellen Optionen des Einzelnen maßgeblich sein. Was auch sonst? Dies ist allerdings für viele Menschen mit Behinderung ein Aufbruch in Neuland. Ihre Optionen sind erst in einem längeren Prozess zu eruieren und zu bestärken – sofern ihnen im Ruhestand nicht eine bestimmte „Tagesstruktur“ oder Ähnliches kollektiv verordnet werden soll.

Die erste Frage muss daher in jedem Fall sein: *Wann* soll der Übergang stattfinden und *wohin* soll die Reise gehen? Um diese Fragen nicht nur in den üblichen Bahnen beantworten zu können, sind ausführlich die *Wahlmöglichkeiten* abzuklären. Denn es gibt im Ruhestand für Menschen mit Behinderung – wie die o.g. Beispiele aus unseren und anderen Projekten belegen – verschiedene Möglichkeiten einer selbstbestimmten Lebensgestaltung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Eine Vorbereitung und Begleitung beim Übergang kann im Rahmen von gemeinsamen Fortbildungen für angehende „Ruheständler“ organisiert werden. Solche Kurse, Seminare, Workshops etc. ermöglichen es nicht nur, sich in einer größeren Gruppe ausführlicher über vielfältige Optionen der Teilhabe zu informieren, sondern sich hierüber mit anderen auszutauschen und die eigenen Präferenzen zu überprüfen. Ergänzend dazu können zweifellos flexible Übergänge, wie die Reduzierung von Arbeitszeiten oder -tagen, eine zeitweilige Beurlaubung etc. eine schrittweise Eingewöhnung erleichtern. Jedoch sollten hierdurch Entscheidungen nicht vertagt, sondern vorbereitet werden.

Um die wirkliche subjektive Bedeutung der jeweiligen Wünsche eingehend zu klären und sodann Wege zu finden, wie diese zu verwirklichen sind, wird es in vielen Fällen erforderlich oder „zielführend“ sein, in einem

etwas aufwendigeren Prozess in Anlehnung an Konzepte des Case-Managements:

- die Ausgangsbedingungen und verfügbaren Ressourcen zu klären,
- die leitenden Ziele zu formulieren,
- einzelne Teilziele zu erarbeiten und
- entsprechende Handlungsschritte zu vereinbaren, die festlegen, was von wem in welchem Zeitraum zu tun ist.

Kompetente BegleiterInnen müssen – das mussten diese im Projekt „Unterstützter Ruhestand“ immer wieder feststellen – zuweilen auch mit der Wahrheit konfrontieren, dass viele Ziele, so auch eine selbstbestimmtere Lebensführung und soziale Teilhabe, oft nur in kleinen und manchmal leider eher mühevollen Schritten zu erreichen sind.

Wie wir im Rahmen dieses Projekts ebenfalls feststellten, lassen sich die anvisierten Ziele mit hoher Wahrscheinlichkeit jedoch nur dann erreichen, wenn eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten zustande kommt:

- zwischen dem betreffenden älteren Menschen mit Behinderung und seinem Coach,
- zwischen ihm und den zuständigen professionellen Mitarbeitern sowie
- mit den anderen maßgeblichen Personen im Umfeld (mit Partnern, Verwandten, Freunden, nahestehenden Mitbewohnern, Ehrenamtlichen etc.)
- sowie mit allen zuständigen Diensten und Institutionen.

Sie alle sollten daran beteiligt werden, welche Ziele angestrebt und wie diese erreicht werden sollen. Ein Prozess der Begleitung, der auf eine erweiterte Teilhabe abzielt, sollte alle potentiellen Akteure beteiligen. Er muss tragfähige soziale und institutionelle Netzwerke nutzen und ihre Leistungen koordinieren (s. Modell 3). Da Menschen mit Behinderung ohnehin über relativ kleine eigene soziale Netzwerke oder begrenzte Möglichkeiten der Inklusion verfügen, müssen die vorhandenen genutzt werden.

Modell 3: Koordinierung und Steuerung von Angeboten und Diensten

Um ein bedarfsangemessenes Unterstützungsarrangement für Menschen im Übergang (ob bei der Ablösung von ihrer Herkunftsfamilie oder bei der Eingewöhnung in den Ruhestand) und danach bereitzustellen und zu sichern, sind vielfältige Koordinierungs- und Steuerungsleistungen zu erbringen: von der Sicherung der Basisversorgung und Kooperation bei der Organisation von Angeboten und Diensten bis zu einer fortlaufenden Qualitäts- und Personalentwicklung. Erst ihre gelungene Zusammenarbeit und die Synergie unterschiedlicher Kompetenzen wird der Vielfalt von individuellen Optionen gerecht werden können. Kein Dienst und keine Einrichtung sollte den Anspruch haben, dies allein leisten zu können – dies ist inzwischen den meisten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Behindertenhilfe auf den unterschiedlichen Ebenen klar.

Wie eine solche Koordinierung und Steuerung insbesondere im Rahmen einer ambulanten „Versorgung“ zu organisieren und umzusetzen ist, hierzu sind inzwischen einige Konzepte entwickelt worden, die entweder ausgehend von den potentiellen Nutzern oder ausgehend von den lokalen Anbietern von Diensten eine Vernetzung und bedarfsorientierte Steuerung zu realisieren versuchen. Während die „individuelle Teilhabeplanung“ (nach Gromann) auf der Basis des ICF die Teilhabedefizite und -möglichkeiten des Einzelnen in den Mittelpunkt stellt und ausgehend von ihm den Zugang zu den erforderlichen Angeboten und Diensten steuert, ist der Ausgangspunkt des Konzepts „Netzwerke offener Hilfen“ (nach Rohrman) eine Bestandsaufnahme verfügbarer Dienste und Hilfen, die durch eine entsprechende Koordinierung für feststellbare Bedarfsgruppen optimal zugänglich gemacht werden sollen. Es geht also darum, Unterstützungsarrangements zu schaffen, die auf die vorhandenen Bedarfe zugeschnitten und für die Hilfebedürftigen je nach Bedarf zugänglich und zudem verlässlich sind. Das setzt zwangsläufig eine bedarfsangemessene, funktionierende Vernetzung der Hilfesysteme in der Region voraus.

Modell 4: Öffnung und Vernetzung der Hilfesysteme

Ebenso ist auf der Systemebene, wie im Modell 4 deutlich wird, eine weitreichende Öffnung und Vernetzung unverzichtbar. Die Systeme der Behindertenhilfe und Psychiatrie müssen Möglichkeiten der Inklusion durch einen „Kranz“ von Beziehungen und Austauschmöglichkeiten mit anderen Systemen organisieren. Sie müssen sich im Rahmen dieses Austausches als permanent „lernende Organisationen“ verstehen. Denn Organisationen, Abteilungen und Arbeitsteams können sich nur in einem fortwährenden Prozess des Austausches über unterschiedliche Standpunkte und Erfahrungen in den eigenen Reihen und in ihrer Umwelt fortentwickeln. Und nur dann, wenn sie selbst vielfältige wechselseitig anregende Formen der Inklusion im Hinblick auf andere soziale Systeme zulassen und kontinuierlich organisieren, werden sie den Menschen mit Behinderung unterschiedliche Möglichkeiten der Inklusion, d.h. des Zugangs zu anderen Systemen eröffnen und zur Wahl stellen können.

Selbstbestimmte Gestaltungen des Ruhestandes – konkrete Lebens- und Handlungsbereiche

Wie diese Modelle guter Praxis konkret umzusetzen sind oder welche Schlussfolgerungen sich hieraus für die Praxis ergeben, will ich im Folgenden an drei Aufgabenfeldern verdeutlichen. Sie akzentuieren jeweils unterschiedliche Aufgaben auf den drei oben genannten Ebenen: auf der ersten steht die Person im Mittelpunkt, auf der zweiten Ebene die Institution/Organisation und auf der dritten das gesellschaftliche Umfeld.

Die eigene Wohnung als persönlicher Rückzugs- und Kontaktraum

Wie viele Studien belegen, nimmt die Bedeutung der Wohnung mit fortschreitendem Alter zu. Gleiches konnten auch wir in unseren Projekten feststellen. Diese Präferenz hat objektive Gründe: Zum einen verbleiben die Meisten infolge des Wegfalls der festen Arbeitszeiten in ihrer Wohnung, zum anderen nimmt altersbedingt die Mobilität bzw. die Bereitschaft hierzu ab. Daher kommt der eigenen Wohnung und dem unmittelbaren

Wohnumfeld ein wachsender Stellenwert im Hinblick auf die Verwirklichung der eigenen Bedürfnisse zu. Die Wohnung markiert die eigene Privatsphäre, die Freiheit und Schutz sichert. Sie wird zum zentralen Ort:

- der Ruhe und Muße sowie Rückzugsmöglichkeiten gewährleistet;
- wo man sich mit anderen, die man einlädt, treffen kann;
- wo man seine Eigenheiten und Rituale ungestört pflegen kann;
- wo primär die im Alter meist zeitaufwendigere Körper- und Gesundheitspflege stattfindet.

Kurz: Ein Großteil der Zeit ist ausgefüllt durch Tätigkeiten im eigenen Wohnbereich. Daher kommt seiner Gestaltung für Menschen mit Behinderung im Alter eine solch herausragende Bedeutung zu – aufgrund ihrer vermehrten Beschränkungen vermutlich mehr als für andere Ältere.

Folglich werden die Anforderungen an das Wohnen bzw. die Gestaltung des eigenen Wohnbereichs im Alter höher und komplexer. Das sehen auch Menschen mit Behinderung so. Sie haben klare Vorstellungen, wie sie künftig wohnen wollen, die stark von der gegenwärtigen Ausgangssituation geprägt sind. Ihre Wohnung soll ihnen – wie sie immer wieder betonten – Optionen gleichsam in alle Richtungen offen halten:

- Sie soll klar abgetrennt, abschließbar und für niemanden, der nicht die Befugnis dafür bekommen hat, zugänglich sein. Dazu gehört auch, dass jeder über ein eigenes Bad/WC in seinem Wohnbereich verfügt. Jeder soll seine eigene *Privatsphäre* haben.
- Dennoch wollen die meisten in möglichst kleinen, überschaubaren Wohnverbänden mit anderen zusammenwohnen, so dass sich ihnen jederzeit Gelegenheiten bieten, sich mit anderen zu treffen. Es soll Räume für *Zusammenkünfte und gemeinsame Aktivitäten* geben.
- Die Wohnung soll den besonderen Gepflogenheiten der Älteren, insbesondere ihren vermehrten, individuell unterschiedlichen *Ruhebedürfnissen* Rechnung tragen.
- Dennoch soll sie Ältere nicht in separate Quartiere ausgrenzen, sondern in erreichbarer Nähe *Kontakte* zu Jüngeren und Anderen außerhalb *ermöglichen*.
- Im Wohnbereich soll ein *breites Spektrum* von Haushalts- und anderen *Tätigkeiten* möglich sein, das schließt ein, Aufgaben füreinander übernehmen zu können.

- Dennoch soll sich ihr Aktionsradius nicht allein hierauf beschränken, sondern sie wollen *außerhalb etwas unternehmen* und mit anderen zusammen kommen.

Die Wohnung dient somit als sichere Ausgangsbasis, welche die Verwirklichung vielfältiger individueller Interessen und das Herstellen unterschiedlicher Kontakte innerhalb und außerhalb ermöglichen soll. Die eigene Privatsphäre symbolisiert somit gerade im fortschreitenden Alter das Gefühl subjektiver Souveränität. Diese im Wohnbereich zu respektieren sollte eine Selbstverständlichkeit sein.

Entwickeln eigener Interessen und Alltagsstrukturen

Lassen Sie mich schließlich auf eine Frage eingehen, die insbesondere im Projekt „Den Ruhestand gestalten lernen“ immer wieder die Gemüter der Mitarbeiter bewegte, aber auch von den älteren Menschen mit Behinderung kontrovers diskutiert wurde: „Brauchen sie im Ruhestand eine Tagesstruktur?“ Eine Frage, die nicht nur die Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe, sondern auch die Kostenträger interessieren wird. Hierzu einige Thesen und Erläuterungen:

Auch im Ruhestand brauchen und wollen Menschen mit oder ohne Behinderung, *Aufgaben* oder eine „Arbeit“ – für viele Ältere ist dieser Begriff positiv besetzt. Sie möchten etwas machen, das Sinn macht, herausfordert und die Erfahrung vermittelt, etwas zu leisten, für andere nützlich zu sein.

Allerdings wollen sie im Ruhestand ihren eigenen Interessen nachgehen, den Umfang und das Tempo ihrer *Tätigkeit selbst bestimmen können*. Hierfür sind passende, attraktive und motivierende Gelegenheiten erforderlich und dort, wo solche fehlen, zu schaffen.

Hierbei kann es zweckdienlich sein, dass *Routinen* entwickelt werden, die Sicherheit und Orientierung geben, in welchem Zeitrahmen bestimmte selbst gewählte oder vereinbarte Aufgaben zu erfüllen sind, wann bestimmte alltägliche Besorgungen zu erledigen sind, wann man gemeinsam mit anderen etwas bewerkstelligen oder unternehmen will.

Allerdings sollten solche zeitlichen Strukturen nicht „von oben“ verordnet werden, sondern dem *eigenen Lebensrhythmus* der betreffenden Men-

schen mit Behinderung entsprechen. Jeder sollte seinen Lebensstil, seine Tages- und Wochenstruktur zumindest im Ruhestand entwickeln können und, soweit wie nötig, mit den anderen Beteiligten abstimmen. Nur eine derart selbstbestimmte und vereinbarte Strukturierung des Alltags betont individuelle Besonderheit und stärkt Eigensinn.

Eine solche „eigensinnige“ Strukturierung des Tages beinhaltet, dass jeder für sich seine *ingespielte Balance* im Alltag findet: zwischen *Rückzug* in den eigenen Privatbereich, und dem Aufenthalt in offenen Räumen, in denen sich Gelegenheiten für *gemeinsame Unternehmungen* bieten.

Zwar nimmt mit zunehmendem Alter – auch in der Normalbevölkerung – der Aufenthalt in den eigenen Räumen und deren subjektive Bedeutung zu, aber die meisten wünschen oder brauchen vereinbarte oder *festgelegte Zeiten und Orte*, die Gelegenheiten für soziale Kontakte und den Austausch mit anderen sowie für gemeinsame Tätigkeiten und Unternehmungen bieten. Insofern macht es Sinn, passende Treffpunkte und Gelegenheiten im erreichbaren Umfeld zu schaffen, das möglichst breite Wahlmöglichkeiten bieten sollte.

Zweifellos brauchen auch Menschen mit Behinderung im Ruhestand Aufgaben und Themen, die sie im positiven Sinne beschäftigen oder fordern, und macht es Sinn, mit dem Einzelnen dementsprechende zeitliche Strukturen der Alltagsgestaltung zu entwickeln. Die entscheidende Frage muss aber in jedem Fall sein: Werden die Betroffenen hierdurch befähigt, ihren Ruhestand selbstbestimmt zu gestalten? Dies muss letztlich das Kriterium sein.

Sozialräume schaffen, die Optionen für Inklusionen eröffnen

Wie das obige Beispiel „Spaziergehen“ verdeutlicht, bevorzugen ältere Menschen mit Behinderung – wie die meisten von uns auch – Sozialräume, die vielfältige Möglichkeiten offerieren, Kontakte zu knüpfen, sich zu informieren, bestimmten Interessen nachzugehen und sich diesbezüglich mit anderen zusammenzutun. Jedenfalls sollte die Option hierfür bestehen. Gleichwohl sollte aber in jedem Moment die Freiheit bestehen, sich nur auf bestimmte Dinge, Begegnungen oder Gespräche einzulassen, nur bestimmte Stellen aufzusuchen und dort zu verweilen oder aber, wenn nichts oder etwas nicht mehr gefällt, wegzugehen und anderes zu tun.

Das Attraktive ist: Der Einzelne bleibt in jeder Situation – zumindest im Prinzip – autonom, seinen Bedürfnissen nachzugehen und zu entscheiden, ob das, was er tut, tatsächlich seinen Bedürfnisse entspricht. Dass diese tendenziell unbegrenzte Offenheit zuweilen manchen überfordert und es unmöglich macht, sich überhaupt für irgendetwas zu entscheiden, ist die andere Seite der Medaille. Allerdings sind die Sozialräume, die älteren Menschen mit Behinderung im Allgemeinen zugänglich sind, meist noch weit davon entfernt. Die Wahlmöglichkeiten sind in aller Regel noch begrenzt. Das gilt insbesondere für die Mehrzahl der älteren Menschen mit Behinderung, die in stationären Einrichtungen leben. Aber auch für die, die selbständig wohnen und ambulant betreut werden, sind die Infrastruktur und die Zugänge zu vielen Bereichen, Räumen und Veranstaltungen oft in vielerlei Hinsicht nicht „barrierefrei“. Es gibt vielfältige physische, finanzielle, sprachliche, soziale Barrieren, die allenfalls mit enormen Anstrengungen und durch die Mithilfe anderer zu überwinden sind.

Die Herausforderung an die Dienste und Einrichtungen der Behindertenhilfe und an ihr gesellschaftliches Umfeld wird daher sein – wenn sie Inklusion wirklich ermöglichen wollen – Sozialräume oder „inklusive Gemeinwesen“ (Schädler) zu schaffen, die jedem möglichst vielfältige Optionen eröffnen am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, nicht nur denen, die in reguläre Arbeitszusammenhänge eingebunden oder als potente Konsumenten umworben sind. Um am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können, bedarf es öffentlicher Sozialräume und eines Umfeldes, das vielfältige Orte und Optionen im Hinblick auf interessante Informationen, Begegnungen und Aktionen bereit und offen hält. Dies könnte im Prinzip genügen. Denn solche Räume zu nutzen, dies liegt letztlich in der Entscheidung des Einzelnen.

Die Aufgabe der Behindertenhilfe muss daher vor allem sein, solche „barrierefreien“ Sozialräume zu schaffen:

- indem sie versucht, durch Einladungen, Gespräche, Öffentlichkeitsarbeit Vorurteile und abwehrende Abgrenzungen abzubauen;
- indem sie Projekte, Aktionen etc. initiiert, die gemeinsamen Interessen dienen und diese hervorheben sowie vielfältige weitere Kontakte zur Folge haben;

- indem sie daran mitwirkt, eine Infrastruktur aufzubauen oder zu sichern, die im Interesse aller ist und die Teilhabemöglichkeiten und die Lebensqualität aller Bewohner im Gemeinwesen verbessert;
- nicht zuletzt wird sie aber auch darauf dringen und die Menschen mit Behinderung dementsprechend animieren und befähigen müssen, die verfügbaren Teilhabechancen für sich zu nutzen.

Diese Aufgaben wird die Behindertenhilfe allerdings nur im Bündnis und in ständiger Auseinandersetzung mit anderen gesellschaftlichen und politischen Gruppen und Bewegungen meistern können, d.h. wenn sich die Systeme der Behindertenhilfe selbst in ihr gesellschaftliches und politisches Umfeld inkludieren. Aufgabe der Dienste und Einrichtungen wäre dann vor allem, diese Prozesse der Vernetzung von Systemen zu steuern und aus diesen Erfahrungen der Vernetzung mit anderen Systemen zu lernen – wie für ältere Menschen mit Behinderung Inklusionen ermöglicht werden können.

Literatur

Landesverband NRW für Körper- und Mehrfachbehinderte, (Hrsg.) (2004), Neuland entdecken – Wenn Menschen mit Behinderung in den Ruhestand gehen.
Software-AG-Stiftung (Hrsg) (2009), Segel setzen – Aufbruch zum selbstbestimmten Ruhestand von Menschen mit Behinderung.

Geschichten, die das Leben schreibt.

Ines Bader

Bedeutung der Erinnerung

Aus der Entwicklungspsychologie wissen wir, dass eine bewusste Erinnerung erst im Alter von ungefähr sieben Jahren einsetzt. Frühere Ereignisse erinnern wir in aller Regel durch Erzählungen von anderen Menschen, durch die Dokumentation von Fotos, Gegenständen oder durch vertraute Orte.

Sehr frühe Erinnerungen sind ebenfalls in uns vorhanden. Sie werden durch eine Art „Körper-Erinnerung“ gespeichert und bewahrt. Diese Erinnerungen werden über Gefühle und Sinneseindrücke transportiert. Sie beziehen sich auf Emotionen oder atmosphärische Eindrücke, die mit bestimmten Erlebnissen oder Assoziationen verknüpft sind. Verschiedene Sinneseindrücke transportieren die Erinnerungen, z.B. Gerüche, Geschmack, Musik, landschaftliche Eindrücke, Texte oder vertraute Geschichten.

Für Menschen mit schwerer geistiger Behinderung ist die Verankerung von Erinnerungen in Körpererfahrungen von besonderer Bedeutung. Diese Erinnerungen können sich in ihren Vorlieben, Ängsten und Handlungsritualen zeigen. Sie müssen in einem verstehenden Prozess von uns entschlüsselt werden.

Um mit Erinnerungen umzugehen, benötigen wir Ordnungsstrukturen, die das eigene Leben in der Rückschau stimmig machen, z.B. Zeitstrukturen, Kategorisierungen, Fähigkeiten zur Selbstreflexion und zum Perspektivenwechsel. Diese Ordnungsstrukturen werden erst ab einem bestimmten kognitiven Entwicklungsstand aufgebaut. Sie sind Menschen mit schwerer geistiger Behinderung (noch) nicht zugänglich.

Menschen mit geistiger Behinderung benötigen Hilfen, um den Prozess der Erinnerung zu gestalten und zu strukturieren. Sie benötigen Personen, denen sie aus ihrem Leben erzählen können, die sich mit ihren Le-

benswelten vertraut gemacht haben und die auch bruchstückhafte Elemente verstehen und einordnen können.

In diesem Kommunikationsprozess erfahren wir viel über die Persönlichkeit der Menschen, über ihr Selbstbild und ihre Strategien, den Alltag zu organisieren und zu bewältigen. Wir lernen also viel über ihre Identitätsentwicklung und können sie dadurch besser verstehen.

Lebensläufe und Lebensgeschichten der alten Menschen mit geistiger Behinderung

In der Biografiearbeit wird zwischen Lebensläufen und Lebensgeschichten unterschieden. Der Lebenslauf stellt die Außenseite des Lebens dar, die Chronologie und die einzelnen Lebensetappen. Im besten Fall ist diese Chronologie in den Akten der behinderten Menschen vorhanden, sonst muss sie durch Gespräche mit Angehörigen, ehemaligen Mitarbeitenden und anderen Bezugspersonen rekonstruiert werden. Ansonsten erfahren wir in den Akten häufig etwas über die jeweils geltenden fachlich-historischen Sichtweisen und Stigmatisierungen, die behinderte Menschen und ihre Familien erfahren mussten und weniger über die individuelle Geschichte. „Sie haben eine Akte, aber keine Geschichte“.

Die Lebensgeschichte ist die Innenseite des Lebens. Sie entspricht dem, was die einzelne Person aus ihrem Lebenslauf macht, welche Bedeutungen den Erlebnissen gegeben und wie Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft miteinander verwoben werden. Durch die Lebensgeschichten erfahren wir viel über das Selbstkonzept und die subjektiven Alltagstheorien der behinderten Menschen. In ihnen manifestiert sich der Sinn, den der Einzelne seinem Leben gibt.

Die Erinnerungen in den Lebensgeschichten der behinderten Menschen sind immer sehr persönlich und konkret. Die erzählten Ereignisse beziehen sich auf einzigartige Geschehnisse. Oft bleiben diese leidvollen persönlichen Erlebnisse ohne zeitliche Distanzierung und werden so erzählt, als ob sie sich erst kürzlich ereignet hätten. So sieht z.B. Frau K. in einem Bildband eine ältere Frau mit Knoten. Sie schlägt auf das Bild ein und schreit aufgeregt „Maja hauen“. Sie hat uns damit über ihre Gewalterfahrungen erzählt und über ihre eigenen aggressiven Gefühle, die sie nach

vielen Jahren immer noch begleiten.

In den erinnerten Berichten wird die eigene Person häufig positiv, kompetent und selbstbestimmt dargestellt. Die realen Erfahrungen von Fremdbestimmung und Kränkung werden umgedeutet und verändert. In der Neukonstruktion spielen autonomes Handeln, Selbstverantwortung und die besondere Bedeutung der eigenen Person eine wichtige Rolle. So z.B. bei Erklärungen für die Aufnahme ins Heim, für Verlegungen und Umzüge. Diese Umdeutungen werden dann als „Lügen“ benannt und der Stigmatisierungsprozess setzt sich fort.

Traumatische, schlimme Ereignisse werden oft nicht erzählt, sondern sind verdrängt oder vergessen. Sie treten manchmal in verschlüsselten Signalen an die Oberfläche (Ängste, Zwänge, soziale Probleme).

Das Gespräch in einer Gruppe von Menschen, die über ähnliche Lebenserfahrungen verfügen (z.B. Seniorengruppe) ist sehr hilfreich für die Rekonstruktion von Erinnerungen. Die TeilnehmerInnen helfen sich beim Erinnern, ergänzen Namen und Ereignisse. Sie sind sowohl interessierte Zuhörer als auch „Zeugen“, die die individuellen Geschichten bestätigen können.

Die Erarbeitung von Biografien und die Wertschätzung der Subjektivität von Erinnerungen bilden eine wichtige Grundlage für eine „verstehende Haltung“, einen respektvollen Umgang mit behinderten Menschen. Sie stellt die Basis für personenzentrierte Assistenzleistungen dar.

Biografiearbeit bei Menschen mit geistiger Behinderung

Biografiearbeit fördert die Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung der Menschen mit geistiger Behinderung. Bei einer gelingenden Biografiearbeit werden die persönlichen Eigenarten und Eigenständigkeiten des behinderten Menschen wahrgenommen und gestärkt, es kann zu einer größeren Wertschätzung der Person kommen und zu einem Erkennen von Fähigkeiten und Potentialen, die verschüttet waren oder in der aktuellen (institutionellen) Situation nicht aktualisiert werden können. Diese Wertschätzung der Lebenswelt und Lebensgeschichte erhöht das Selbstwertgefühl der Person. Die Mitarbeitenden werden in ihrer Sensibilität für die behinderten Menschen gestärkt, wenn sie die Verwobenheit der individu-

ellen Geschichten mit den äußeren Rahmenbedingungen erkennen können (soziokulturelle Einflüsse, Geschichte der Institutionen).

Erinnerung kann spontan auftreten und Erlebnisse hervorbringen, die zum Vergnügen erzählt werden. Mit Hilfe des Erinnerns können Erlebnisse und Erfahrungen im Rückblick neu strukturiert und bewertet werden. Der aktive Erinnerungsprozess kann aber auch Gefühle wie Wut und Trauer, Bedauern und Verlust auslösen oder die Auseinandersetzung mit nicht akzeptierten Erlebnissen neu entfachen. Bei der Begleitung dieser Prozesse ist ein hohes Maß an Sensibilität und Selbstreflexion erforderlich. Es kann eine Notwendigkeit an therapeutischer Hilfe entstehen.

Biografiearbeit ist ein Bildungs- und Kommunikationsprozess zwischen behinderten und nichtbehinderten Menschen: Erinnerungen werden zusammengetragen, Lücken aufgefüllt. Informationen, Fotos und Objekte aus der Vergangenheit werden gesucht und gesammelt. Geschichten werden erzählt und aufgeschrieben.

In Gesprächsgruppen erzählen behinderte Menschen aus ihrem Leben und helfen sich gegenseitig bei der Erinnerung. Diese Gespräche können in bestehenden Gruppen (z.B. Seniorengruppen, WfbM-Gruppen) stattfinden oder als besonderes Angebot im Rahmen der Erwachsenenbildung durchgeführt werden. Die Lebensgeschichten werden erzählt, gemeinsam ergänzt und aufgeschrieben. Das Aufschreiben dieser Lebensgeschichte in einem Lebensbuch oder die Erstellung eines Ich-Passes hat häufig hohe Bedeutung für den behinderten Menschen und stärkt sein Selbstbewusstsein.

Die Schwerpunktthemen in den Gesprächsgruppen orientieren sich an den üblichen Phasen des Lebenslaufs:

- Kindheit (Familie, Heim)
- Schule
- Aufnahme ins Heim
- Leben im Heim, Umzüge
- Arbeit
- Freundschaften, Liebe, Familie
- Beziehungen zu den Mitarbeitenden oder anderen Bezugspersonen
- Vorlieben, Besitztümer
- Ruhestand, Zukunftswünsche und Planungen

Weitere Arbeitsmethoden sind das Kochen von Speisen, die in der Vergangenheit eine wichtige Bedeutung hatten, das Erzählen von Erinnerungen, vertrauten Geschichten und Liedern, das Aufschreiben der Lebensgeschichte als Teil der Aktenführung. Diese Elemente können und sollen in den Hilfe- und Assistenzplan integriert werden.

„Entschlüsselung“ von Lebensgeschichten

Menschen mit schwerer geistiger Behinderung können uns nichts über ihr Leben mitteilen. Eine aktive Sprache ist nicht vorhanden. Es gibt keine bewusste Zeitperspektive. Die Möglichkeiten der unterstützten Kommunikation sind sehr begrenzt. Es ist deshalb schwierig einzuschätzen, wie sie mit ihren lebensgeschichtlichen Erfahrungen umgehen und wie sich für sie Erinnerungen darstellen. Wir müssen in einem einführenden Prozess die individuellen Ausdrucksformen dieser Menschen wahrnehmen und diese in ihrer biografischen Bedeutung zu entschlüsseln versuchen.

Die Beobachtung und Dokumentation von Vorlieben, vom emotionalen Ausdruck der Person können uns bei diesem Prozess helfen, ebenso das Erfassen und Wertschätzen von ihren Lieblingsgegenständen. Das Herausfinden von Musikvorlieben, Vorlieben für Berührungen und Kontaktformen gibt Hinweise auf biografische Erfahrungen. Alle diese Aspekte sollen in die Interaktionen bei der Pflege und Beschäftigung integriert werden. Möglichst umfassende Informationen aus dem Lebenslauf der Person werden festgehalten und ihre aktuelle Bedeutung erkannt.

Umsetzung in die Praxis

Die Vorbereitung auf den Ruhestand kann durch Vorruhestandsgruppen in der WfbM, durch Gespräche mit den Vorruheständlerinnen und Vorruheständlern über ihre Zukunftsperspektiven, durch Kennenlernen der Seniorengruppen stattfinden.

Die Angebote in den Seniorengruppen knüpfen an Vorlieben und Interessen an, eröffnen aber auch die Entwicklung von neuen Potentialen (Kommunikation, Bildung, Kreativität).

Bei Menschen mit Demenz ist häufig ein Rückzug in die Vergangenheit zu beobachten. Ihre Aussagen und Handlungen sind durch Erinnerungsseg-

mente bestimmt, die oft verworren und bizarr wirken. Mit dem Wissen über den biografischen Hintergrund können diese Verhaltensweisen verstanden und eingeordnet werden.

Biografiearbeit hat somit direkte Auswirkungen auf die Unterstützungs- und Assistenzleistungen:

- Recherchen in der Vergangenheit, um das Verhalten und die Befindlichkeit der Personen deuten zu können und um Verständnis möglich werden zu lassen.
- Herstellung eines Lebensbuches, das in der Zeit der Demenz hilfreich sein kann. Der „Ich-Pass“ ermöglicht in kompakter Form bedeutsame Informationen über die Person festzuhalten.
- Trost geben und Linderung des Schmerzes, der aus der Erfahrung von Versagen und Verlust resultiert. Nähe zu anderen Menschen ermöglichen und Begegnungen mit Humor zu gestalten.
- Menschen mit Demenz möchten Teil einer Gemeinschaft sein und sich wertgeschätzt und angenommen fühlen.
- Gestaltung der Umgebung mit den vertrauten Objekten (z.B. Wäsche, früher benutzte Haushaltsgegenstände), die vielleicht nicht mehr in adäquater Form benutzt werden können, aber Interesse und Aufmerksamkeit wecken und Beschäftigung und Tätigkeit ermöglichen können.

Mit dem Wissen um biografische Besonderheiten werden die individuellen Bedürfnisse der dementen alten Menschen besser verstanden und ihre Botschaften können gedeutet werden.

Durch Erinnerung und Wiederholung von Vertrautem kann Geborgenheit und Orientierung vermittelt werden und der dementiell bedingte Rückzug in die Vergangenheit kann durch die behutsame Aktivierung der Erinnerung unterstützt und hilfreich begleitet werden.

Erinnerungen an die Vergangenheit können dann Teil einer zufriedenen Gegenwart werden im Sinne des folgenden Zitats von Haruki Murakami: „Erinnerungen sind das, was den Körper von innen wärmt“.

Literatur

Blimmlinger, Ertl u.a. (1996), Lebensgeschichten, Biografiearbeit mit alten Menschen. Vincentz-Verlag.

Lindmeier, Christian (2004), Biografiearbeit mit geistig behinderten Menschen. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Fiedler, Petra; Hohlmann, Uli (2006), Vertellekes – Frage- und Antwortspiel für ältere Menschen. Vincentz Network, Hannover.

Kaminski, Gerhard (1989), Transitions – „Übergänge“ zwischen Lebensorten aus ökopyschologischer Sicht. In: Wacker/Metzler (Hrsg.), Familie oder Heim. Frankfurt, S. 197 ff.

Von der Barrierefreiheit zur Gestaltung für Alle

Klaus-Peter Wegge

Barrierefreie Gestaltung (Accessible Design) ist wie folgt definiert: „Gestaltung, die den Schwerpunkt auf die Prinzipien der Ausweitung der Gestaltungsnormen auf die Anwendbarkeit durch Personen richtet, die eine bestimmte Art von Leistungseinschränkung aufweisen, um die Anzahl möglicher Kunden zu erhöhen, die ein Produkt, ein Gebäude oder eine Dienstleistung ohne Weiteres nutzen können. Das ist erreichbar durch:

- die Gestaltung von Produkten, Dienstleistungen und Umgebungen, die durch die meisten Nutzer ohne Veränderung leicht benutzbar sind,
- die Herstellung von Produkten oder Dienstleistungen, die an unterschiedliche Nutzer anpassbar sind (Anpassung der Benutzeroberflächen), und
- das Vorhandensein genormter Schnittstellen, die mit besonderen Produkten für Menschen mit Behinderungen kompatibel sind.“

(DIN Fachbericht 131)

Ein Produkt soll vorzugsweise so gestaltet sein, dass es von möglichst vielen Nutzern genutzt werden kann. Wenn dies nicht machbar ist, so soll das Produkt eine Möglichkeit besitzen, dass es an die individuellen Wünsche angepasst werden kann. Jeder kennt dies von den mannigfaltigen Einstellungsmöglichkeiten am Mobiltelefon. Schließlich soll der Einsatz von behinderungsspezifischen Hilfsmitteln ermöglicht werden, indem bestimmte Standards eingehalten werden.

Grundsätzlich kann man vier Nutzer- bzw. Produktgruppen unterscheiden: Konsumenten, Dienstleister, Menschen mit Behinderungen und Mitarbeiter mit eingeschränkten Fähigkeiten.

Konsumenten kaufen Alltagsprodukte wie Hausgeräte, Unterhaltungselektronik oder Telefone für ihren eigenen Bedarf. Sie treffen beim Kauf eine Entscheidung darüber, welches Produkt ihren individuellen Anforderungen und Fähigkeiten am besten entspricht. So wird beim Kauf eines

Telefons eine Person mit einer Sehbehinderung auf ein gut lesbares Display achten, während eine hörbehinderte Person auf Hörgerätekompatibilität achten wird. In der Praxis sind erhöhte Kosten, Akzeptanzprobleme oder widersprüchliche Anforderungen Gründe, warum bei der Gestaltung eines Produkts nicht alle Formen von Behinderungen gleichermaßen berücksichtigt werden können. Deshalb ist es umso wichtiger, dass aus der Produktpalette eines Herstellers geeignete Lösungen für den jeweiligen Käufer angeboten werden können.

Dienstleister und Behörden stellen ihren Kunden Produkte und Dienste wie Geld- und andere Selbstbedienungsautomaten, Internet-Portale oder Software zur Verfügung. Eine umfassend barrierefreie Gestaltung ist die Voraussetzung, damit Menschen mit unterschiedlichen Einschränkungen diese nutzen können. Um eine solche barrierefreie Gestaltung zu gewährleisten, sind Maßnahmen erforderlich, welche die Kosten des Produktes deutlich erhöhen und in Einzelfällen den gewöhnlichen Nutzer benachteiligen können.

Menschen mit Behinderungen benötigen häufig Hilfsmittel wie Hörgeräte oder Spezialtastaturen, um ihre eingeschränkten Fähigkeiten teilweise zu kompensieren. Diese Hilfsmittel müssen auf ihre individuellen Bedürfnisse hin optimiert werden. Hersteller sollten berücksichtigen, dass die Hilfsmittel kompatibel zu Alltagsprodukten sind.

Mitarbeiter mit eingeschränkten Fähigkeiten benötigen auf ihre Arbeitsumgebung zugeschnittene, individuell angepasste Produkte, die ein sicheres und effektives Arbeiten ermöglichen. Für den Umgang mit diesen speziellen Produkten ist oft ein persönliches Training erforderlich.

Grundlagen der barrierefreien Gestaltung

Menschen mit eingeschränkten sensorischen, motorischen oder kognitiven Fähigkeiten haben bei der Nutzung von Produkten und Dienstleistungen unterschiedliche Probleme. Eine ungeeignete Gestaltung der Produkte schließt Personen mit bestimmten Einschränkungen von der Nutzung aus. Deshalb ist die Beseitigung und Vermeidung derartiger Benachteiligungen zum Gegenstand von Regulierungen in den unterschiedlichen Staaten geworden. Die Europäische Kommission wird nach US-amerikanischem Vorbild Barrierefreiheit als Kriterium bei öffentlichen Aus-

schreibungen im Bereich Informations- und Kommunikationstechnik als verpflichtendes Kriterium einsetzen. Hierdurch soll die barrierefreie Gestaltung europaweit einheitlich umgesetzt werden. Damit verbunden sind international harmonisierte Regeln, von denen sowohl Unternehmen als auch Nutzer mit Behinderungen profitieren werden. Sie werden die unterschiedlichsten Ansätze in den einzelnen Staaten ersetzen.

Da die Anforderungen von Menschen mit Behinderungen weltweit weitgehend identisch und Unternehmen in einem globalen Markt tätig sind, ist es für alle Seiten wichtig, dass die Anforderungen in international harmonisierten Standards festgelegt und die entsprechenden Regelungen harmonisiert sowie gegenseitig anerkannt werden. Nur so wird eine Marktfragmentierung vermieden, die Lösungen einfacher machbar und für Menschen mit Behinderungen besser nutzbar.

Standards und Leitlinien

Barrierefreie Gestaltung ist ein Qualitätsmerkmal hochwertiger Produkte und Dienstleistungen. Ihre praktische Umsetzung ist für gut ausgebildete Ingenieure kein Problem. Sie verursacht erfahrungsgemäß keinen wesentlichen Mehraufwand, wenn man von Anfang an daran denkt.

Standards und Richtlinien sind die Basis auch im Bereich der barrierefreien Gestaltung, die Ingenieure als Handwerkszeug nutzen können. Grundlagenstandards wie der ISO/IEC Guide 71 in Verbindung mit dem ISO TR 22411 bzw. dem DIN Fachbericht 124 begründen und erläutern die besonderen Anforderungen, die aus den verschiedenen Behinderungen resultieren. Sie beschreiben Gestaltungsmethoden und Konzepte und halten ergonomische Daten für die eingeschränkten Fähigkeiten bereit. Sektor-spezifische Standards gelten z.B. für die barrierefreie Gestaltung von Informations- und Kommunikationstechnik(IKT)-Geräten und -Dienstleistungen, Software, Internet etc.

Methoden zur Sicherstellung der Barrierefreiheit

Ältere Menschen und Personen mit Behinderungen sind jeweils keine homogenen Nutzergruppen. Barrierefreiheit wird nach Alter, Behinderung, Training und persönlicher Erfahrung sowie Verfügbarkeit aktueller Hilfs-

mittel individuell unterschiedlich empfunden und manchmal auch widersprüchlich bewertet. Deshalb ist barrierefreie Gestaltung keine einfache Ja/Nein-Entscheidung. Auch Aussagen wie "71,79% barrierefrei" sind keine wirkliche Hilfestellung.

Viele Unternehmen lehnen aus diesen Gründen eine explizite Kennzeichnung ab, denn es wird immer Menschen geben, die ein Produkt oder eine Dienstleistung nicht bedienen oder nutzen können. Hersteller können jedoch die genannten Standards bereits im Produktentwicklungsprozess dazu verwenden, die verschiedenen Aspekte bezüglich der Barrierefreiheit zu evaluieren, so dass sie am Ende eine Selbsterklärung zur Barrierefreiheit abgeben können. Eine nachträgliche (Dritt-)Evaluierung hilft nicht mehr, potenzielle Probleme effektiv zu beseitigen. Einige Unternehmen wie die Siemens AG oder die SAP AG betreiben aus diesem Grund eigene Fachabteilungen, in denen selbst betroffene Experten arbeiten und für eine optimale Umsetzung sorgen.

Künftige Entwicklungen

Das Thema Barrierefreiheit läuft immer einige Jahre den neuen technologischen Entwicklungen hinterher, wie aktuell bei den neuen Webtechnologien zu beobachten ist: Die neue Technologie kommt. Dann erst werden die Aspekte der Barrierefreiheit nachgereicht und erprobt. Danach wird die Unterstützung in die Hilfsmittel (z.B. Screenreader oder Screen Magnifier) eingebaut. Bis die Lösung beim Kunden ankommt, ist die Technologie manchmal schon veraltet. Deshalb ist dringend zu fordern, dass künftig bei der Definition und Entwicklung neuer Technologien von Anfang an Barrierefreiheit fester Bestandteil des Konzepts wird.

Herausforderungen für Unternehmen

Der Irrtum der heutigen Marketingstrategen besteht in der Annahme, dass ältere oder behinderte Menschen jeweils eine homogene Nutzergruppe bilden, von denen dann erstere als besonders solvent vermutet wird. In der Praxis sind gerade die Anforderungen älterer Menschen an Produkte und Dienstleistungen je nach Lebenssituation heterogen. Genauso sieht es bei behinderten Menschen jeden Alters aus.

Die Berücksichtigung der "Principles of Universal Design" (DIN Fachbericht 124, Kapitel 4.2) stellt sicher, dass Stigmatisierung oder Diskriminierung bei Werbung, Verkauf und Nutzung eines Produktes oder Dienstes in jedem Falle vermieden werden. Zentrale Fragen sind z.B.: Wer trifft die Kaufentscheidung für wen? Berät der technikaffine Enkel die Oma? Ist der Verkäufer vor Ort in der Lage oder willens, den Kunden mit besonderen Anforderungen richtig und umfassend zu beraten? Wer sorgt dafür, dass das Produkt richtig installiert und konfiguriert wird? Gerade davon hängt die Barrierefreiheit entscheidend ab. Eine Einweisung in das Produkt oder den Service sowie ein Training des neuen Nutzers werden nur selten angeboten, obwohl dies ein neues Geschäftsmodell sein könnte.

Wichtig ist in jedem Falle die Information der Nutzer, Verkäufer und Service-Betreiber zum Thema Barrierefreiheit oder Gestaltung für alle. Nur wer von entsprechend gestalteten Produkten und Diensten weiß, wird sie kaufen und nutzen - und hoffentlich weiterempfehlen.

Literatur

- Barrierefreie Informationstechnik-Verordnung (2002), BITV (Deutschland).
- CEN/CENELEC Guide 6 (2002), Guidelines for standards developers to address the needs of older persons and persons with disabilities, ftp://ftp.cen.eu/BOSS/Reference_Documents/Guides/CEN_CLC/CEN_CLC_6.pdf
- CEN/CENELEC Report (2008), Conformity assessment systems and schemes for accessibility requirements, http://www.mandate376.eu/CENBTW_185_&_CLCBTWG_101-5_Report_on_Conformity_assessment_for_accessibility_requirements.pdf
- DIGITALEUROPE (2007), Moving Towards a Fully Inclusive Digital Europe (Accessibility Best Practice Booklet), http://www.digitaleurope.org/index.php?id=34&id_article=161
- DIGITALEUROPE (2005), White paper on eAccessibility, http://www.digitaleurope.org/index.php?id=34&id_article=161
- DIN EN ISO 9241-20 (2006), Ergonomics of human-system interaction - Part 20: Accessibility guidelines for information/communication technology (ICT) equipment and services, International Organization for Standardization (ISO).
- DIN EN ISO 9241-171 (2006), Ergonomics of human-system interaction - Part 171: Guidance on software accessibility, International Organization for Standardization (ISO).
- DIN Fachbericht 124 (2004), Gestaltung barrierefreier Produkte.
- DIN Fachbericht 131 (2003), Leitlinien für Normungsgremien zur Berücksichtigung der Bedürfnisse von älteren Menschen und von Menschen mit Behinderungen.
- ETSI Technical Report TR 102 612 (2009), European accessibility requirements for public procurement of products and services in the ICT domain, http://www.mandate376.eu/tr_102612v010101p.pdf
- European Commission M376 (2005), Standardization mandate to CEN, CENELEC and ETSI in support of European Accessibility requirements for public procurement of products and services in the ICT Domain. Brussels, http://ec.europa.eu/enterprise/standards_policy/mandates/database/index.cfm?fuseaction=search.detail&id=333
- ISO/IEC Guide 71 (2001), Guidelines for standards developers to address the needs of older persons and persons with disabilities, International Organization for Standardization (ISO).
- ISO TR 22411 (2008), Ergonomics data and guidelines for the application of ISO/IEC Guide 71 in standards related to products and services to address the needs of older persons and persons with disabilities, International Organization for Standardization (ISO).
- State University of North Carolina, Center for Universal Design (1997), The Principles of Universal Design, Version 2.0, <http://www.ncsu.edu/project/design-projects/udi/center-for-universal-design/the-principles-of-universal-design/>
- Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 1.0 (1999), World Wide Web Consortium (W3C), <http://www.w3.org/TR/WAI-WEBCONTENT>
- Web Content Accessibility Guidelines (WCAG) 2.0 (2008), World Wide Web Consortium (W3C), <http://www.w3.org/TR/WCAG20>

Was kommt nach der Werkstatt? Wünsche der Beschäftigten

Jörg Denne, Andreas Bollmer

Das Thema der Arbeitsgruppe waren die verschiedenen Modelle zum Übergang der MitarbeiterInnen der Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) in den Ruhestand. Den Teilnehmern wurde das „Variakonzept“ (Vorbereitung im Arbeitsleben auf den Ruhestand) mit einer Powerpoint-Präsentation vorgestellt. In diesem Rahmen erzählte Andreas Bollmer von der in seiner Werkstatt durchgeführten Umfrage. Dieses Beispiel wurde in der Gruppe vorgestellt und diskutiert.

Anfangs wurde festgestellt, dass der sogenannte „Rentenschock“, d.h. von heute auf morgen zum Nichtstun gezwungen zu sein, bei behinderten und nichtbehinderten Menschen in der gleichen Relation vorhanden ist. Der Mensch mit Einschränkungen hat aber gerade wegen diesen nicht immer die Möglichkeit, seine Neigungen und Interessen ohne Hilfe zu verwirklichen. Auch ist mit 65 Jahren die Altersgrenze erreicht, welche einen Verbleib in der Werkstatt aus Kostenträgergründen nicht mehr vorsieht. Wichtig muss sein, den Übergang mit den Betroffenen individuell abzustimmen.

Manche Werkstätten bieten spezielle Arbeitsbereiche für ältere Mitarbeiter an, die dort gezielt beschäftigt werden. Sie gehen ihren Hobbys nach und machen sich in Kursen für Zuhause fit. Wohnprojekte und Wohnschulen wurden ebenso erörtert wie das Wohnen allein bzw. in der Partnerschaft. Andere MitarbeiterInnen sind froh, endlich in den wohlverdienten Ruhestand zu wechseln und glücklich, nicht mehr arbeiten zu müssen. Gerade für Menschen mit Behinderung ist es wichtig, die sozialen Kontakte weiter zu pflegen und regelmäßig Veranstaltungen zu besuchen.

Es müssen ebenso die Mentalitätsunterschiede der einzelnen Menschen berücksichtigt werden. Zumal der demographische Faktor eine immer wichtigere Rolle spielt.

Das Ziel könnte sein, die Menschen auf freiwilliger Basis in der Werkstatt

unterzubringen. Die einzelnen Konzepte und Modelle werden jedoch regional und überregional unterschiedlich gehandhabt. Zusammenfassend wird ein Konsens in Zukunft wegen der Vielzahl an Werkstätten und Einschränkungen nicht möglich sein. Es muss individuell ein Konzept mit jeder Werkstatt und den entsprechenden Stellen erarbeitet werden, um einen möglichst angenehmen Übergang in den Ruhestand zu gestalten.

Die MitarbeiterInnen-Befragung

Es wurde festgestellt, dass in unserer Werkstatt noch keinerlei Informationen über die Wünsche der älteren Werkstattbeschäftigten vorlagen. Daraufhin erarbeiteten wir folgenden Fragenkatalog:

- Ihr Alter (Antwortmöglichkeit: Altersangabe in Jahren)
- Wenn Sie das Rentenalter erreicht haben, würden Sie, wenn es möglich wäre, weiter in der Werkstatt bleiben wollen? (Antwortmöglichkeiten: Ja/Nein)
- Wenn ja, was ist für Sie in der Werkstatt am Wichtigsten?
(Antwortmöglichkeiten: Kontakte mit Kollegen, Mittagessen, Lohn, Gebraucht-Werden, Tagesstruktur, Sonstiges)
- Wie würden Sie dann gerne arbeiten? (Antwortmöglichkeiten: kürzer, leichtere Arbeiten mit weniger Stress, Beschäftigungstherapie)
- Wenn Sie nicht in der Werkstatt bleiben würden, wollten Sie dann in die Tagesstätte gehen? (Antwortmöglichkeiten: Ja/Nein)
- Kennen Sie überhaupt die Tagesstätte? (Antwortmöglichkeiten: Ja/Nein)
- Sollte der Werkstatt eine Tagesstätte angegliedert werden?
(Antwortmöglichkeiten: Ja/Nein)
- Sollte die Tagesstätte auch am Wochenende geöffnet haben?
(Antwortmöglichkeiten: Ja/Nein)

Es wurden MitarbeiterInnen im Alter über 50 Jahren befragt. Das Durchschnittsalter der Befragten betrug 53 Jahre. Die Befragten waren alle bereits länger als 20 Jahre in der WfbM.

Die Ergebnisse

Nun in Auszügen die für uns wichtigsten Ergebnisse.

Frage: Wenn Sie das Rentenalter erreicht haben, würden Sie, wenn es möglich wäre, weiter in der Werkstatt bleiben wollen?

57 Prozent der Befragten beantworteten diese Frage mit „Ja“, 29 Prozent mit „Nein“, 14 Prozent sagten „Ich weiß nicht.“

Frage: Was ist für Sie in der Werkstatt nach Erreichen des Rentenalters am Wichtigsten?

27 Prozent der Befragten ist die Tagesstruktur am Wichtigsten. Für 24 Prozent steht das Gebraucht-Werden an erster Stelle. 23 Prozent bewerten den Kontakt mit den Kollegen am höchsten. Für 18 Prozent ist der Lohn das Ausschlaggebende und acht Prozent sehen das Mittagessen als wichtigstes Kriterium an.

Fazit

Die meisten der über 50jährigen Werkstattbeschäftigten haben sich bis zur Umfrage keine Gedanken gemacht, wie es für sie nach der WfbM weitergehen soll.

Über die Hälfte der Befragten will nach Erreichen des Rentenalters in der WfbM verbleiben. Bei uns in der Werkstatt ist dies zurzeit mit Duldung und Zustimmung des Kostenträgers noch möglich. Die Werkstatt ist für die Mehrzahl der Beschäftigten mehr als „nur“ ein Arbeitsplatz. Das Mittagessen spielt fast keine Rolle. Auch der Lohn ist nicht das meistgenannte Kriterium, um in der WfbM zu bleiben. Wichtig sind vielmehr das Gebraucht-Werden und die Kontakte mit den Kollegen.

Die Bundesvereinigung der Landesarbeitsgemeinschaften der Werkstatträte (BVWR) stellt also fest: Die Werkstatt ist mehr als nur ein Arbeitsplatz. Viele langjährig in der Werkstatt Beschäftigte wünschen sich nach dem Erreichen von 65 Jahren in der WfbM bleiben zu können.

Was kommt nach der Werkstatt? Anmerkungen aus Trägerperspektive

Beatrix Heistermann, Margret Sanders

In Deutschland arbeiten rund 220.000 Menschen mit Behinderung in etwa 690 anerkannten Werkstätten. Schon heute sind die meisten Werkstattbeschäftigten zwischen 35 und 45 Jahre alt. In den nächsten Jahren werden fast ein Drittel der Werkstattbeschäftigten ausscheiden, d.h. der Anteil der Menschen mit Behinderung, der das Rentenalter erreicht, wird kontinuierlich zunehmen (Meindert/Stöppler, 2010, S. 126). In naher Zukunft werden sich die Werkstätten deshalb verstärkt mit der größer werdenden Anzahl älterer Menschen mit Behinderung auseinandersetzen müssen.

Der Ruhestand für Menschen mit Behinderung

Für Menschen mit Behinderung ist das Ausscheiden aus der WfbM und damit der Verlust einer sinnstiftenden Tagesstruktur ein besonderer Lebenschnitt. Während Menschen ohne Behinderung im Laufe ihres Arbeitslebens einen durch die Arbeit strukturierten Tag und einen sozialen Status erleben, fehlt es Menschen mit Behinderung nach dem Ausscheiden aus der Werkstatt oftmals an sozialen Kontakten und alternativen Tätigkeiten.

VaRiA und ICF im Haus Freudenberg

Einige Werkstätten haben sich mit dieser Thematik schon intensiv auseinandergesetzt. So entwickelte die Haus Freudenberg GmbH (Kleve, NRW) das Konzept der VaRiA (Vorbereitung auf den Ruhestand im Alter). Hier werden Menschen mit Behinderung in der letzten Phase ihres Erwerbslebens in der Werkstatt mit speziellen Angeboten zielgerichtet auf den Ruhestand vorbereitet. Neben den üblichen Angeboten zum Erhalt von bisher erworbenen Fähigkeiten geht es vor allem darum, mit den älter werdenden Menschen Möglichkeiten zu erarbeiten, wie sie ihr Leben nach

der Werkstatt gestalten könnten und dabei den Blick auf das soziale Umfeld des Betroffenen zu richten. Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, entwickelt von der WHO) bietet hierfür eine optimale Grundlage, die im Haus Freudenberg seit einiger Zeit eingesetzt wird.

Nach dem Modell der ICF ist Behinderung ein komplexes Wirkungsgefüge von Beeinträchtigungen der Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten und Teilhabe einerseits und sogenannten Umweltfaktoren andererseits. Wenn ein älterer Mensch mit Behinderung in seiner Mobilität oder seinem Orientierungsvermögen beeinträchtigt ist, ist er auch in seinen Aktivitäten und sozialen Kontakten eingeschränkt. Und das trifft ältere Menschen mit Behinderung, die die Werkstatt verlassen, noch mehr, denn das bisherige soziale Gefüge und die Unterstützung durch die Werkstatt fallen weg. Als erstes ist deshalb der Frage nachzugehen: Wie will der Betroffene im Alter leben? Welche persönlichen Vorstellungen hat er? Und wie können wir ihn hierbei unterstützen (*nicht: vorschreiben*), dies herauszufinden?

Die zweite Aufgabe besteht darin, die Möglichkeiten und Barrieren im Umfeld der jeweiligen Person zu betrachten und geeignete Maßnahmen zur Vorbereitung auf den Ruhestand zu treffen. Und genau an dieser Stelle verlassen wir mit Hilfe der ICF das Umfeld der Werkstatt und schauen auf die jeweilige (zukünftige) Lebenssituation (Kontextfaktoren der ICF) und auf den individuellen Sozialraum des Betroffenen. Es geht um die Vernetzungen mit Institutionen, Organisationen, Vereinen und anderen kooperativen Menschen. Zusätzlich haben wir als Werkstatt die Chance unsere primäre Zielgruppe zu verlassen, denn in Seniorennachmittagen der katholischen Frauengemeinschaften, beim Walken im Verein oder im VHS-PC-Kurs treffen wir ältere und jüngere Menschen mit und ohne Behinderung. Und das kann Inklusion fördern.

Das Leben im Alter gestalten – aber wie?

Welche Möglichkeiten gibt es für Menschen mit Behinderung auch nach dem Arbeitsleben in der Werkstatt ein sinnerfülltes Leben zu führen, und vor allem: Wie sehen das die Betroffenen selbst?

Genau an diese Frage knüpfte der Workshop „Was kommt nach der Werkstatt“ an. Den Einstieg in die Thematik bildete die Umfrage der Werkstattträte zu der Frage, ob sich Menschen mit Behinderung vorstellen können, nach Erreichen der Altersgrenze in der Werkstatt zu verbleiben. Das Ergebnis, das sicherlich nicht repräsentativ ist, zeigte sehr anschaulich, dass Menschen mit Behinderung sich mit der Lebensgestaltung nach dem Eintritt in den Ruhestand auseinandersetzen und einen sinnvollen und zufriedenen Lebensinhalt anstreben. Hierfür müssen (sozialraumorientierte) Umfeldbedingungen geschaffen werden, die dem älteren Menschen ein selbstbestimmtes Leben im Alter ermöglichen.

Dieser Frage näherten wir uns in dem Workshop mit zwei Arbeitsthesen. Erstens: Warum bleiben Menschen mit einer Behinderung nicht bis zum Lebensende in einer Werkstatt? Zweitens: Ist die Werkstatt die geeignete Einrichtung zur Vorbereitung auf den Ruhestand? Die Arbeitsgruppe Eins rückte die Notwendigkeit in den Vordergrund, nicht zwingend die Werkstatt als Möglichkeit in Betracht zu ziehen, sondern die persönlichen Interessen und Bedürfnisse der Betroffenen zu berücksichtigen. Gleichmaßen sah sie es als unbedingt erforderlich an, dass Strukturen der Lebensgestaltung im Alter geschaffen werden müssen.

Die Arbeitsgruppe Zwei betonte im Ergebnis die Kompetenzen der Werkstatt, ihre bereits vorhandenen und teilweise guten Alterskonzepte, die sogar Vorbildcharakter für andere Betriebe haben, und diskutierte, ob die Werkstätten nicht für alle älteren Menschen geöffnet werden könnten. Die TeilnehmerInnen dieser Arbeitsgruppe sahen das Risiko, dass Eigenverantwortung im Alter möglicherweise durch die „behütete“ Werkstatt ein Stück verhindert wird. Interessanterweise konnten beide Arbeitsgruppen im Ergebnis festhalten: Einerseits steht das Recht auf Selbstbestimmung an oberster Stelle. Auf der anderen Seite müssen entsprechende Strukturen und Umfeldbedingungen im individuellen Sozialraum geschaffen werden.

Insgesamt ein gelungener Workshop, der gerade in der Vorbereitung und

Durchführung mit den Werkstattträtern viel Freude bereitet hat. Nachhaltig hat er zum Nach- und Vordenken für weitere Möglichkeiten und Perspektiven für ältere Menschen in Werkstätten angeregt.

Literatur

Köhncke, Ylva (2009), *Alt und Behindert*. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.).

Meindert, R.; Stöppler, H. (2010), *Altern mit geistiger Behinderung*.

Initiative „Lokale Teilhabeplanung für Menschen mit geistigen Einschränkungen“

Franziska Schneider

Ich bin Beauftragte für Menschen mit Behinderung im Berliner Bezirk Tempelhof-Schöneberg, einem Bezirk mit ca. 330.000 Einwohnern. Ungefähr 13 Prozent der BürgerInnen sind hier schwerbehindert (GdB 50 und/oder höher). 75 Prozent davon sind 55 Jahre oder älter. Je höher die Altersgruppe, desto höher ist der Anteil der Menschen mit Behinderung.

Die Initiative unseres Bezirks „Lokale Teilhabeplanung für Menschen mit geistigen Einschränkungen“ hat sich 2009 gegründet. Nicht zufällig, sondern bewusst im Jahr der Ratifizierung der UN-Konvention für die Rechte behinderter Menschen. Die UN-Konvention bildet die rechtliche Grundlage, um Menschen mit Behinderung in allen Lebens- und gesellschaftlichen Bereichen die volle gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen und Arbeitsleben zu gewährleisten und rechtlich abzusichern. Dies schließt das Selbstbestimmungsrecht auf der Grundlage der bürgerlichen Rechte eines jeden Menschen ein, z.B. das Selbstbestimmungsrecht auf die Wohnform oder die schulische und berufliche Ausbildung. Die UN-Konvention schreibt vor, dass Menschen mit Behinderung nicht ausgegrenzt werden (z.B. in Sonderschulen, Behindertenwerkstätten, Wohnheimen), sondern in die bestehende Angebotslandschaft aufgenommen werden müssen, sofern sie dies wünschen. Dies bedeutet eine Veränderung, eine Öffnung der bestehenden Angebote und Systeme in Richtung Inklusion. Ebenso sind die Angebote der Seniorenbetreuung gefordert, sich inklusiv zu öffnen für ältere Menschen mit geistiger, körperlicher oder seelischer Behinderung.

Ein Unterschied: Inklusion und Integration

Inklusion ist nicht identisch mit Integration. *Integration* heißt meistens, dass das bestehende System nicht verändert werden muss, sondern der

Mensch mit einem Handicap soll „passend“ gemacht werden. *Inklusion* bedeutet: Es wird nicht vom bestehenden Angebot oder System ausgegangen, sondern von den vielfältigen Menschen in ihrer Unterschiedlichkeit, zu deren Nutzen das jeweilige Angebot dienen soll. Das Angebot wird passend gemacht für die Menschen.

Der Runde Tisch „Lokale Teilhabepanung“ verfolgt das Ziel, diese inhaltlichen Vorgaben und Grundsätze der UN-Konvention herunterzubrechen auf die lokale Ebene, den Bezirk, die Verwaltungseinheit. Hierzu haben sich verschiedene Akteure des Bezirks in einer Initiativgruppe zusammengeschlossen, die von mir als Beauftragte für Menschen mit Behinderung koordiniert und unterstützt wird.

Mitglieder sind bislang Träger der Behindertenhilfe, die vor allen Dingen stationäre und ambulante Wohnangebote für Menschen mit Behinderung anbieten, Träger beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen für Menschen mit Behinderung, der regionale Integrationsfachdienst (Vermittlung und Begleitung von Menschen mit Behinderung auf dem ersten Arbeitsmarkt), Eltern und Angehörige, Selbst-Betroffene, Vertreter des Jugendamtes, die Seniorenvertretung, Träger der Eingliederungshilfe für Kinder/Jugendliche mit Behinderung, Nachbarschaftsheime und Anbieter von Gesundheits- und Sportangeboten. Die Initiative konzentriert sich auf die Zielgruppe der Menschen mit geistigen Einschränkungen und/oder mit Lernbehinderungen, um deren Selbstbestimmungsrechte und Teilhabemöglichkeiten zu verbessern und zu stärken. Uns vorliegende Untersuchungen und Erfahrungen besagen, dass der Grad der Ausgrenzung, der Diskriminierung und der Nicht-Teilhabe dieser Personengruppe am größten ist, sodass wir hier den höchsten Veränderungsbedarf sehen. Da wir mit den betroffenen Menschen selbst neue Formen der Inklusion entwickeln möchten, bedienen wir uns der „leichten Sprache“ in unseren Einladungen. Wir bemühen uns um eine andere Form der zielgruppenspezifischen Öffentlichkeitsarbeit, indem wir uns z.B. direkt an die Betroffenen in deren Verbänden und Zusammenschlüssen wenden. Dies ist ein Lernprozess, den wir gemeinsam gestalten möchten.

Die Initiative Runder Tisch trifft sich ca. alle sechs Wochen und möchte zwei bis drei Mal im Jahr ein großes Forum anbieten, einen „Runden Tisch“, um zu inhaltlich und organisatorisch vorbereiteten Themen Akteure und Verantwortliche aus Politik und Verwaltung mit Betroffenen zusam-

menzubringen mit dem Ziel der weiteren themenbezogenen Vernetzung.

Der Runde Tisch – ein Beispiel

Erläutern möchte ich dies am Beispiel des letzten Runden Tisches am 16. März 2010, zu dem mehr als 100 Menschen mit und ohne Behinderung gekommen sind.

Von der Initiative inhaltlich vorbereitete und moderierte Thementische waren: Arbeit und Behinderung, Schule und Behinderung, Freizeit bzw. Sport und Behinderung. Vertreter der jeweiligen Fachverwaltung des Bezirksamtes, der BVV und Akteure (Agentur für Arbeit, Schulleitungen, Sportvereine) sind von uns gezielt zu den Thementischen eingeladen worden mit der Bitte, sich unter der Prämisse der Inklusion der öffentlichen Diskussion zu stellen.

Diskutiert und gearbeitet wurde an den Themen unter der Vorgabe: „Wie können die bestehenden Strukturen und Angebote verändert werden, um sie nutzbar zu machen auch für Menschen mit geistigen Einschränkungen/Lernbehinderungen? Gibt es Ansätze, positive Beispiele? Wie sind diese zu bewerten? Wie sieht die Bedarfslage aus? Was wünschen sich Menschen mit geistiger Beeinträchtigung in Bezug auf die Teilhabe am Arbeitsleben, auf Schule, auf das lokale Freizeit- und Sportangebot?“

Thema Arbeit

Zielsetzung: Integration in den Ersten Arbeitsmarkt. TeilnehmerInnen: Agentur für Arbeit (Reha-Bereich), Integrationsamt/Integrationsfachdienst, lokale Arbeitgeber, Gewerbenetzwerke, Schulen mit sonderpädagogischem Schwerpunkt, Eltern und Betroffene, Träger beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen, die Stadträtin für Gesundheit und Soziales.

Bedarfe: Informationsdefizit an den (Sonder-)Schulen über Berufsberatung für junge Menschen mit Lernbehinderung, über Eingliederungsmaßnahmen, berufliche Fördermaßnahmen. Hieraus folgt, dass der Kontakt zwischen der Agentur für Arbeit und den Schulen verbessert werden muss.

Auch bei den Arbeitgebern herrscht ein Informationsdefizit. Es bestehen Förderungsmöglichkeiten für Arbeitgeber, die Menschen mit Behinderung

ausbilden und beschäftigen. Hierzu soll ein "Info-Telefon" für Arbeitgeber und ein Arbeitgeber-Stammtisch angeboten werden. Ein Ziel ist die Kooperation zwischen dem Runden Tisch und dem bezirklichen Amt für Wirtschaftsberatung und -förderung.

Thema Freizeit und Sport

Die Zielsetzung ist die Öffnung der bestehenden Angebote im Jugendfreizeit- und Sportbereich für die Gruppe der jungen Menschen mit Lernbehinderungen. Als TeilnehmerInnen kamen Träger der Behindertenhilfe, die Stadträtin für Jugend und Sport, die Fachleitung Jugend/Sport, Träger der Jugendfreizeiteinrichtungen, Angehörige und Eltern zusammen. Sportvereine/-verbände waren der Einladung leider nicht gefolgt.

Weitere Treffen folgen, die Einladung und Vorbereitung übernimmt das Jugendamt.

Thema Schule und Behinderung

Hier fand eine kontroverse, grundsätzliche Diskussion zum Thema „Inklusive Schule versus Sonderschule“ zwischen Vertretern des Schulamtes und Eltern statt.

TeilnehmerInnen: Eltern, Kinder mit Behinderung, Schulleitungen, Schulamt, bezirklicher Kinder- und Jugendgesundheitsdienst.

Die Zuständigkeit für Schulpolitik liegt nicht auf der Bezirksebene, sondern auf der ministeriellen Ebene des Landes Berlin. Der Bezirk ist der Schulträger und verantwortlich für Schulgebäude sowie für das nicht-pädagogische Personal. In Bezug auf die inklusive Schule beinhaltet das in erster Linie die barrierefreie bauliche und technische Ausstattung der Regelschulen. Hier besteht ein großer Handlungs- und Nachholbedarf im Bezirk.

Es besteht ein Defizit in der Nachmittagsbetreuung für Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf, denn diese geht nicht ausreichend in den Erzieher-Personalschlüssel mit ein. Somit besteht hier eine personelle Unterausstattung.

Des Weiteren kann der Rechtsanspruch von Eltern auf Ganztagsbetreuung zur Zeit nicht erfüllt werden, wenn das Kind eine integrative Lerngrup-

pe besucht.

Der nächste Schritt der Initiative Runder Tisch ist die Einladung des Bezirksstadtrates für Schule zu einer ihrer nächsten Arbeitssitzungen, um über diese aktuellen Problemlagen ins Gespräch zu kommen. Es soll über den Schulentwicklungsplan diskutiert werden, nach dem offensichtlich vorgesehen ist, dass Sonderschulen weiter ausgebaut werden, was im Gegensatz zu den Vorgaben der UN-Konvention steht.

Fazit und Ausblick

Alle TeilnehmerInnen gaben ein sehr positives Feedback. Der Runde Tisch als Forum ist notwendig. Die Initiativegruppe wird sich im Abstand von sechs bis acht Wochen weiterhin treffen, um sich über den Stand der Vernetzung zu den einzelnen Themengebieten auszutauschen und bereitet inhaltlich und organisatorisch den nächsten großen Runden Tisch für den Spätherbst vor.

Bei den Akteuren der Regelangebote ist zum Teil noch Zurückhaltung und Skepsis in Bezug auf Inklusion festzustellen. Hier ist viel Sensibilisierungs- und Informationsarbeit notwendig, auch bei einzelnen Fachverwaltungen des Bezirksamtes.

Bislang wird die Arbeit der Initiative Runder Tisch größtenteils vom persönlichen Engagement der Mitglieder getragen. Es gibt wenig und keine verlässliche Ausstattung mit Personal- oder Sachmitteln. Um die Arbeit kontinuierlich und qualifiziert fortführen zu können, ist eine entsprechende Absicherung notwendig.

Die Initiative Runder Tisch müsste eingebettet sein in eine bezirkliche Strategie der Inklusion, die dann entsprechend instrumentell und organisatorisch verankert sein müsste. Die Strukturen, die z.B. das bezirkliche Projekt „Demographischer Wandel“ tragen, müssten wegen der hohen thematischen Schnittmenge vernetzt werden mit denen der Initiative Runder Tisch, um zu produktiven und innovativen Synergieeffekten zu kommen.

TIM e.V. – seit 24 Jahren Engagement und Unterstützung

Kamile Erdemir, Anette Weigand-Woop

Die persönliche Geschichte von Kamile Erdemir

Unser erster Sohn Gürkan kam am 13. Juni 1968 auf die Welt. Mit eineinhalb Jahren erkrankte er an Meningitis, womit seine geistige Entwicklung zum Erliegen kam und er anfang alles zu vergessen, was er bis dahin gelernt hatte. Da wir damals in einem Dorf gelebt haben und es dort keine Ärzte gab, gingen wir nach Ankara an die Hacettepe-Universitätsklinik. Unser Sohn wurde bis zu seinem sechsten Lebensjahr immer wieder untersucht. Als Ergebnis bekamen wir die Antwort, dass seine Gehirnzellen abgestorben seien und es keine Heilung für ihn gäbe. Der Arzt sagte: „Wenn der Junge ausgewachsen ist, und seine Pflege nicht mehr möglich ist, können sie ihn ja in die Irrenanstalt schicken!“ Das war der erste Schock meines Lebens. Damals gab es in der Türkei nur eine staatliche und eine private Einrichtung für behinderte Menschen. Wir fanden keinen Platz, um Gürkan zu fördern.

1974 wurde unser zweiter Sohn Erkan geboren. Im Jahre 1975 sah ich zufällig im Fernsehen den Film „Licht im Dunkeln“, welcher meinem Leben ein Licht der Hoffnung schenkte. Ich fing an, meinen Mann, der Lehrer war, zu ermutigen als Lehrer nach Europa zu gehen, damit wir dort unseren Sohn fördern könnten. Mein Mann bekam 1979 in Deutschland eine auf fünf Jahre befristete Anstellung als türkischer Muttersprachlehrer. Im gleichen Jahr kam unser dritter Sohn Hasan auf die Welt. Meine drei Söhne und ich gingen ein halbes Jahr später nach Deutschland.

Die Tür meiner Hoffnungen öffnete sich nun allmählich. Unser geistig behindertes Kind bekam einen Platz in einer Schule für Behinderte und mein zweiter Sohn wurde in einem Kindergarten aufgenommen. Gürkans Erzieher sagten mir damals: „Wenn Gürkan nicht mit elf Jahren nach Deutschland gekommen wäre, sondern als Kleinkind, hätte er größere Chancen gehabt, sich besser zu entwickeln.“

Die Rückkehrfrist von fünf Jahren bereitete mir große Angst. Wir wollten nicht mehr in die Türkei zurück, weil wir hier eine sehr gute Fördermöglichkeit für unseren Sohn gefunden hatten. So fing ich an, mit Familien in Kontakt zu treten, die selbst behinderte Angehörige hatten. Es entwickelte sich eine Initiativgruppe von Eltern mit behinderten Kindern. Im Jahre 1987 ging aus dieser Initiativgruppe unser damaliger Verein „Gesellschaft zur Förderung geistig und körperlich behinderter Menschen e.V.“ hervor, dessen Vorsitz ich seither habe. Im Vorstand waren sowohl türkische als auch deutsche Ehrenamtliche. Die ersten Jahre im Verein sammelte ich so viele Informationen wie möglich über Einrichtungen, um in der Türkei eventuell etwas Ähnliches aufzubauen, falls wir wieder zurück müssten. Gleichzeitig bemühten wir uns um die Verlängerung des Arbeitsvertrages meines Mannes, was uns im Jahre 1992 gelang. Mein Mann bekam eine unbefristete Arbeiterlaubnis. Somit konnten wir alle in Deutschland bleiben.

Damals sagte ein Pädagoge Folgendes zu mir: „Frau Erdemir! Es werden Ihnen viele Türen zugemacht, doch vergessen sie nie, einen Fuß dazwischen zu stellen!“ Dieser Satz war von da an mein Leitsatz für meine Arbeit.

In der Zwischenzeit kümmerte ich mich um meine beiden anderen Söhne. Beide hatten eine erfolgreiche Schullaufbahn. Einer ist heute Lehrer, der andere Informatiker. Meine ganze Familie unterstützt mich bei meiner Arbeit und jeder von ihnen steht dem Verein als tatkräftiger Helfer zur Seite. Heute heißt der Verein: „Türkisch-Deutscher Verein zur Integration behinderter Menschen e.V.“ Im Jahre 2012 wird er sein 25. Jubiläum feiern.

Durch die Behinderung meines Sohnes änderte sich mein Leben schlagartig. Ich habe es mir zur Aufgabe gemacht, nicht nur meinem Sohn zu helfen, sondern auch allen anderen, die Unterstützung brauchen. Ich möchte mich hiermit bei allen bedanken, die mich auf diesem Weg begleitet und mir stets Beistand geleistet haben.

TIM e.V. heute

Der „Türkisch-deutsche Verein zur Integration behinderter Menschen e.V.“ (TIM) in Nürnberg hat seinen Sitz im Nachbarschaftshaus Gostenhof, einem kommunalen Stadtteilzentrum. Wir sind eine Beratungsstelle, ein Treffpunkt für Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen aller Nationalitäten. Unsere Gruppen, Kurse und Veranstaltungen werden von

Menschen mit und ohne Handicap verschiedener Nationalitäten besucht. Wir unterstützen Menschen mit Behinderung und deren Angehörige bei der Bewältigung ihres Alltags und informieren bzw. klären auf über Themen, die im Zusammenhang mit Behinderungen stehen. Wir möchten zum Erfahrungsaustausch anregen und Sprach- und Kulturbarrrieren überwinden. Und dies auch in der Öffentlichkeit: für mehr Verständnis gegenüber behinderten Menschen in Deutschland, der Türkei und anderen Ländern. Wir beraten in allen sozialen, pädagogischen, psychosozialen Fragen sowie zu Fragen die Behinderung betreffend. Unsere Beratung umfasst auch das Thema Demenz sowie alle Themen rund um die Pflege älterer und behinderter Menschen. Seit März 2010 bieten wir zweimal wöchentlich Demenzberatung in türkischer Sprache an.

Wir bieten Computerkurse in türkischer und deutscher Sprache an. Sie sind niedrigschwellig angelegt, und durch die geringe Teilnehmerzahl von vier bis fünf Personen kann die Kursleitung individuell auf jeden Einzelnen eingehen. Weitere Angebote sind Fahrradkurse für Frauen, Gesundheitskurse, Rückentrainings- und Theraband-Kurse.

Bei Informationsveranstaltungen zu verschiedenen Themen in türkischer und deutscher Sprache verfolgen wir folgende drei Ziele: Aufklärung über Krankheiten, deren Vorsorge und Behandlungsmöglichkeiten; Vorstellung von Vereinen und Selbsthilfegruppen, die Fachstellen für ein Krankheitsbild oder eine Behinderung sind; Informationen über soziale und pädagogische Themen.

Frauengruppe

Sie trifft sich seit vielen Jahren wöchentlich ein Mal zur Information, zum Austausch und zu gemeinsamen Exkursionen. Bei Stadtteilstesten und der Programmgestaltung helfen die Teilnehmerinnen aktiv mit. Es sind vorwiegend ältere Frauen, die sich hauptsächlich in ihrer Muttersprache unterhalten und austauschen. Die deutsche Sprache haben sie aus verschiedenen Gründen nicht oder nur in geringem Maße erlernt. Auch verlernt man im Alter die erworbenen Sprachkenntnisse leichter.

Bei allen unseren Angeboten steht für uns das Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ an erster Stelle. Nur wenn ich mich informiere, mir Wissen aneigne,

mich mit anderen austausche, kann ich meine Situation bzw. die meiner Familie selbst in die Hand nehmen und den richtigen Weg finden.

GINKO Berlin – Unterstützung für psychisch Erkrankte

Volker Schröder

Als Träger unterschiedlichster Unterstützungsangebote für psychisch kranke Menschen beschäftigen wir uns seit vielen Jahren mit der sinnvollen Weiterentwicklung unserer Angebote. Zu unseren Einrichtungen gehören eine Kontakt- und Beratungsstelle, eine Tagesstätte, 50 Plätze betreutes Einzelwohnen und ein Wohnverbund mit ca. 40 Plätzen an mehreren Standorten. Vor zwei Jahren konnten wir mit der Unterstützung des Landesverbandes Berliner Rotes Kreuz und des Kreisverbandes Spandau das FAIRKAUFHAUS entwickeln und damit individuell zugeschnittene Zuverdienstplätze für 60 Menschen schaffen.

Im Wohnverbund beobachtete ich die Entwicklung der Altersstruktur unserer Klienten. Hierbei handelt es sich um ein intensiv betreutes ambulant organisiertes Wohnprojekt, dessen Angebote stark nachgefragt werden. Daher hat sich seine Kapazität in den letzten Jahren verdoppelt. Wir nehmen auch sehr junge psychisch kranke Menschen auf. Sicherlich erreicht die Größenordnung dieser Betrachtung nicht wissenschaftlich empirischen Standard. Sicherlich lässt sich dies nicht unhinterfragt auf andere Wohnbereiche übertragen, aber das Grundproblem wird deutlich: Seit 2006 hat sich der Anteil der über 60jährigen BewohnerInnen absolut von sechs auf zwölf Personen verdoppelt. Im selben Jahr gab es keinen Klienten, der älter als 70 Jahre alt war. Heute sind es vier.

Um welche Menschen geht es hier?

An dieser Stelle soll auf eine besondere Gruppe älter werdender beeinträchtigter Menschen eingegangen werden: die chronisch psychisch kranken, alt werdenden Menschen, deren psychische Erkrankung nicht primär mit dem Alter zusammenhängt.

Es sind Menschen, die an schweren psychischen Störungen, wie z.B.

psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen etc. erkrankt sind. In Berlin haben sie bis Mitte der 80er Jahre langjährige stationäre Klinikaufenthalte hinter sich gebracht. Im Zuge der Enthospitalisierungsbewegung entwickelten sie ein eigenständigeres, krankheitsbedingt betreutes, teilhabendes Leben. Heute sind sie zwischen 60 und 70 Jahre alt. Die klassischen arbeitstherapeutischen und Teilhabeleistungen im Arbeitsleben greifen oft nicht mehr bzw. werden nicht finanziert, da das bisherige Grundverständnis von Eingliederungshilfe mit dem 65. Lebensjahr endet. Wenn Pflegebedürftigkeit hinzukommt, ist die Möglichkeit, in einem Pflegeheim untergebracht zu werden, relativ hoch.

Die meisten unserer Klienten waren über lange Jahre im Übergangswohnheim des VIVANTES Klinikums in Berlin-Spandau untergebracht. Vor sieben Jahren haben wir sie unterstützt, in unserer jetzigen Verbundeinrichtung ein neues ambulant betreutes, eigenständigeres und gemeindenahe Zuhause zu finden, bei dem sie hochindividuelle Betreuungen und bei Bedarf pflegerische Hilfen bekommen. Sie haben ein höheres Maß an Selbständigkeit erreicht, indem sie sich z.B. an Kochgruppen beteiligen. Sie haben es sich wieder erobert, sich zum Teil selbst zu versorgen. Für uns war eine ambulante Einrichtung (mit einer 24-Stunden-Betreuung) deshalb die richtige Wahl, da Bewohner einer ambulanten Einrichtung Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt haben. So erhalten unsere Klienten in der Regel ein eigenes Einkommen und sind keine Taschengeldempfänger, wie die meisten Bewohner in Pflegeheimen.

Unsere Anstöße zur Spezialisierung

Die gewaltige, oft destruktive Macht und Energie der Erkrankung lässt häufig im Alter nach. In unserem Wohnverbund haben wir deshalb ruhigere Wohnzonen geschaffen. Die älteren Menschen sind oft mit dem Setting einer therapeutischen Wohngemeinschaft überfordert, weil sie jüngeren psychisch kranken Menschen z.T. ausgeliefert sind.

Ein vollständiges, ambulant betreutes „Alleine-Leben“ stellt oftmals eine Überforderung dar, weil sie sich auf die Alltagsanforderungen in der Gemeinschaft eingestellt haben.

Unsere KlientInnen haben oft keine sinnvolle feste Tagesstruktur mehr,

weil bisherige Angebote wegfallen.

Bei einer Heimunterbringung würden viele erworbene Kompetenzen wieder verloren gehen. Ein Vorhandensein ausgeprägter Pflegebedürftigkeit dramatisiert das Problem. In aller Regel sind keine unterstützenden familiären Beziehungen mehr vorhanden.

Die bestehenden Angebote reagieren nur auf einen Teilaspekt der geschilderten komplexen Problemlage. Angesichts dieser unbefriedigenden Situation entwickelten wir Angebote, die diesem speziellen Personenkreis gerechter werden können.

Perspektiven und Überlegungen

Die Schaffung einer ambulant organisierten Wohnform in Form eines Verbundes mit eigenen, zum Teil rollstuhlgerechten Appartements könnte eine adäquate Wohnform sein. Kleinere Einheiten (bis 18 Plätze) und Bildung von 6er-Wohngruppenstrukturen könnten als Möglichkeit in Betracht gezogen werden. Die Kooperation mit der örtlichen Sozialstation und das Hinzunehmen bedarfsabhängiger ambulanter Pflege würden den individuellen Bedürfnissen unserer Zielgruppe entgegenkommen. Gegebenenfalls könnte die Einrichtung eines Pflegestützpunktes im Haus oder in der Nähe erfolgen. Es könnten tagesstrukturierende Angebote im Haus und begleitet stattfinden. Gruppenangebote zur Erhaltung und Unterstützung (Gedächtnistraining, Kulturgruppe, Singen, Psychomotorik) der Kompetenzen sollten entwickelt werden. All diese Angebote sollten mit begleiteter Unterstützung durch Ehrenamtliche und (wenn vorhanden) Familie ergänzt werden.

Ziel unserer Überlegungen ist es, möglichst lange möglichst viel Eigenständigkeit unserer KlientInnen zu erhalten und aktive unterstützte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft weiterhin zu fördern.

Aktuelle Herausforderungen

Gibt es ein Lebensalter, ab dem die Eingliederungshilfe endet? Der neu in Berlin eingeführte „digitale Gesamtplan“ kann da Mut machen. Die Betrachtung des Eingliederungshilfeziels hat sich sinnhaft erweitert: Dort geht es entweder um: „Situation verbessern“, „Situation erhalten“ oder

„Verschlimmerung abmildern.“

Nur bei einem ambulanten Setting kann ambulante Pflege von extern dazu treten (auch vertraglich getrennt).

Allerdings lassen sich nur im Heim Investitionsbeträge, also Tagessatzbestandteile vereinbaren, die helfen können, die Baukosten zu refinanzieren.

Die Kostenträgerzuordnung ist problematisch. Im SGB XI wird vor allem die Pflegeversicherung herangezogen. In der Eingliederungshilfe (für unseren Personenkreis) der Sozialhilfeträger. Für das Projekt müssen die Kostenträger miteinander in Einklang gebracht werden und dem Sozialhilfeträger der vermeintliche Mehraufwand erklärt werden können.

Lösungsideen

In Kooperation mit dem Landesverband Berliner Rotes Kreuz und dem örtlichen DRK-Kreisverband soll ein geeigneter Immobilienstandort gefunden und umgebaut werden. Wir möchten eine modulare, kostensparende Bauweise verwirklichen, um solche Projekte gegebenenfalls für Investoren als interessante und langfristig stabile Anlageform zu entwickeln.

Die Sozialstation des Kreisverbandes könnte ambulante Pflegedienstleistungen erbringen. Da, wo notwendig, wird psychiatrische Krankenpflege eingesetzt. Im Sinne einer Auflösung des Institutionsgedankens möchten wir überall da, wo es sinnvoll erscheint, die jeweiligen aktuellen Bezugsbetreuer konstant halten, unabhängig davon, wo der Klient/die Klientin lebt.

Wir sind mit unseren Überlegungen noch lange nicht zu Ende, möchten und werden neue Anregungen erhalten, mitnehmen und unser Projekt weiterentwickeln.

Wohnen im Alter

Sabine Grabow

Für das Wohnen im Alter haben sich unterschiedliche Wohnformen und -typen entwickelt. Hierzu zählen:

- Seniorenwohnhäuser
- Betreutes Wohnen für ältere Menschen/Service-Wohnen
- Gemeinschaftliches Wohnen
- Stationäre Einrichtungen (Pflegeheime).

Die genannten Wohnformen unterscheiden sich in der Betreuungsintensität und im Grad des selbständigen Wohnens (s. Informationsblatt 13 der Pflegestützpunkte Berlin).

Seniorenwohnhaus

Seniorenwohnhäuser sind Wohngebäude, die durch ihre Lage, die Ausstattung und die Wohnbeschaffenheit mehr oder weniger altengerechte Wohnbedingungen bieten. Diese Wohnform wird ausschließlich an ältere Menschen vermietet. Der/die zukünftige MieterIn sollte zur selbständigen Haushaltsführung in der Lage sein. Ein zusätzliches Serviceangebot wird in der Regel nicht vorgehalten. In einigen Seniorenwohnhäusern wird soziale Betreuung und Beratung durch Altenpflege angeboten. Nur wenige Häuser sind für die Nutzung durch Rollstuhlfahrer geeignet. Es kann sein, dass für den Einzug in ein Seniorenwohnhaus ein Wohnberechtigungsschein erforderlich ist.

Betreutes Wohnen für ältere Menschen/ Service-Wohnen

Das „Betreute Wohnen“ oder auch „Service-Wohnen“ spricht ältere Menschen an, die ein selbständiges Leben im eigenen Haushalt führen wollen, verbunden mit der Sicherheit, im Bedarfsfall schnell und unkompliziert Hilfe zu erhalten. Die Grundleistung kann darin bestehen, dass z.B. ein

Hausmeisterservice, Notrufanschluss, Gemeinschaftseinrichtungen, Angebote zur Förderung sozialer Kontakte, Erreichbarkeit von Personen in dringenden Fällen, Koordination und Vermittlung von Diensten, Beratung und persönliche Hilfestellung zur Verfügung stehen. Seniorenwohnanlagen unterscheiden sich erheblich in ihrer Ausstattung, in der Art und dem Umfang der Dienstleistungsangebote.

Für das „Betreute Wohnen“ bzw. „Service-Wohnen“ gibt es keine verbindlichen Richtlinien für bauliche Voraussetzungen, Vertrags- und Preisgestaltungen sowie für das Angebot an Beratung und Betreuung. Aus diesem Grund ist es wichtig, vor Vertragsabschluss darauf zu achten, welche Leistungen im Mietpreis und in der Service-Pauschale enthalten sind bzw. welche Wahlleistungen entgeltpflichtig angeboten werden. Nicht jede Wohneinrichtung des „Betreuten Wohnens“ bietet die Voraussetzung bei Schwerstpflegebedürftigkeit wohnen bleiben zu können. Unter Umständen ist dann ein Umzug in eine stationäre Einrichtung erforderlich.

Bei einem Vertragsabschluss ist auf voneinander getrennte Verträge zu achten: den Mietvertrag und den Betreuungsvertrag für die Grund- bzw. Wahlleistungen. Die Vertragsgestaltung sollte anschaulich die Kostenaufstellung und die eindeutige Zuordnung der einzelnen Leistungen ausweisen.

Gemeinschaftliches Wohnen

„Gemeinschaftliches Wohnen“ sind Wohnprojekte, die das Wohnen in gemeinschaftlichen Zusammenhängen fördern und aufbauen wollen. Sie unterscheiden sich sowohl in ihrer Größe als auch in ihrer BewohnerInnenstruktur. Es sind Hausgemeinschaften, Genossenschaften, generationsgemischte Wohnprojekte oder Wohngemeinschaften. Bei dieser Wohnform handelt es sich in der Regel um selbst initiierte Projekte der BewohnerInnen.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften

Die ambulant betreute Wohngemeinschaft ist eine besondere Form des gemeinschaftlichen Wohnens für Menschen mit körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigungen. In ihr leben Menschen mit einem

hohen Pflege- und Betreuungsbedarf. Besonders für Menschen mit Demenz ist diese Wohnform zu einer Alternative zur stationären Pflege geworden.

Andere betreute Wohnformen

Betreutes Einzelwohnen, therapeutische Wohngemeinschaften, Übergangswohnheime sowie Krisenwohnungen sind für entsprechende Zielgruppen konzipiert, z.B. psychisch Kranke, Suchtmittelabhängige, Obdachlose oder behinderte Menschen. Der Zugang zu dieser Wohnform ist nur für Personen möglich, für die ein Amtsarzt (Psychiater) ein entsprechendes Gutachten erstellt hat.

Stationäre Einrichtungen (Pflegeheim)

Stationäre Einrichtungen sind für Menschen, deren Pflege in der eigenen Wohnung oder in anderen Wohnformen nicht mehr möglich ist. Die stationäre Pflege wird vorwiegend von Menschen in Anspruch genommen, die im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes pflegebedürftig sind und in eine Pflegestufe für die stationäre Pflege eingestuft sind.

Die Einrichtungen verfügen über Einzel- oder Mehrbettzimmer. Die Bewohner werden vollständig versorgt und ganztätig betreut. Zum Teil haben die Einrichtungen besondere Schwerpunkte, wie z.B. die Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen oder Personen, die im Koma liegen.

Neue Herausforderungen für die Behindertenhilfe in der Praxis

Christiane Drechsler

Mein Aufgabenbereich ist die Leitung der Behindertenhilfe des DRK im Kreis Segeberg. Hierzu gehören eine Wohnstätte mit drei Häusern mit jeweils neun Bewohnerinnen und Bewohnern von 19 bis 71 Jahren und sechs Trainingswohnungen. Wir bieten die Möglichkeit des Kurzzeitwohnens sowie in Kooperation mit der örtlichen Lebenshilfe gGmbH ambulant betreutes Wohnen entweder in der eigenen Wohnung oder in einer begleiteten Wohngemeinschaft. In unserer Tagesförderstätte betreuen wir Menschen mit schwersten Behinderungen. Unsere Tagesgruppe wird von Menschen, die nicht oder auch nicht mehr in einer Werkstatt oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt sind, besucht. Sie ist auch für externe TeilnehmerInnen offen. Augenblicklich werden in dieser Tagesgruppe sieben Menschen begleitet.

Für älter werdende Menschen gilt die Zusage, dass der eigene Wohnraum, somit auch der Lebensmittelpunkt, nicht verlassen werden muss, solange nicht medizinische Gründe dies zwingend erforderlich machen, z.B. massive Selbst- oder Fremdgefährdung als Folge von Demenz oder schwere Erkrankungen, die regelmäßige Inanspruchnahme von Pflegediensten nötig machen.

Die Zielgruppe

Unser Angebot richtet sich an zwei Gruppen von Menschen mit Behinderung, bei denen sich die Frage vor allem nach einer Tagesgestaltung nach eingetretenem Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess gestellt hat:

- Menschen mit Behinderung, die in der Einrichtung leben und nicht mehr am Erwerbsleben teilnehmen.
- Menschen mit Behinderung, die in der Werkstatt beschäftigt waren und nach Ausscheiden aus dem Berufsleben eine Anlaufstelle wünschten und/

oder benötigten.

Die Planung

Im ersten Schritt wurden die Wünsche und Bedürfnisse der TeilnehmerInnen durch Befragung oder Verhaltensbeobachtung eruiert.

Die Antworten waren erwartungsgemäß sehr unterschiedlich. Sie reichten von dem Wunsch, weiter als Fußballschiedsrichter in der WfbM-Mannschaft tätig zu sein, bis zur beobachteten Vorliebe für Autofahren und Kaffeetrinken. Zusammenfassen konnte man die einzelnen Vorlieben in drei Bereiche:

- Aktivitäten außerhalb der Einrichtung: Ausflüge, Kaffeetrinken, Schwäne füttern, alte Freunde besuchen, den alten Wohnort Hamburg-Barmbek wiedersehen, mit den Freunden aus der WfbM etwas unternehmen.
- Aktivitäten innerhalb der Einrichtung: Gesellschaftsspiele, Malen, gemeinsames Kochen.
- Aktivitäten mit der Einrichtung (also den anderen Bewohnerinnen und Bewohnern) meist in den frühen Abendstunden: Spieleabend besuchen, Kegeln gehen, andere Menschen kennen lernen.

Wichtig für die Erstellung eines Konzeptes erschienen in der Folge die Klientenzentrierung, die Offenheit für Teilnehmer außerhalb des Kreises WfbM/Wohnstätte und die Erschließung neuer, anderer Lebensräume als wesentliche Punkte.

Die Durchführung

Am Morgen wird bei einer Tasse Tee gemeinsam besprochen, was gewünscht wird, wobei aufwendigere Angebote möglicherweise auf einen anderen Tag verschoben werden müssen, falls ein bestimmtes Fahrzeug nicht zur Verfügung steht oder das Wetter nicht mitspielt. Gemeinsam werden dann anfallende hauswirtschaftliche Tätigkeiten erledigt, wie z.B. das Abräumen der Tische oder das Einräumen der Geschirrspüler. Anschließend werden die zuvor erfragten Wünsche in die Tat umgesetzt, wobei das nicht verbal kommunizierende Mitglied der Gruppe durchaus in der Lage ist, seine Wünsche und Vorstellungen gestisch bzw. durch

Handlung zum Ausdruck zu bringen: wünscht er eine Autofahrt, bringt er dem begleitenden Mitarbeiter bzw. der Mitarbeiterin die Straßenschuhe. Zum Mittagessen ist man in der Regel zurück und zieht sich dann für eine Mittagsruhe zurück. Die auswärtig wohnenden Teilnehmer nutzen dafür das Wohnzimmer. Meist wird gespielt oder gemalt. Um 16 Uhr endet das Angebot, wobei ein längerer Verbleib grundsätzlich möglich ist, z.B. wenn ein Abendangebot ansteht oder eine persönliche Krise dies fordert.

Reflexion und Ausblick

Das Angebot wurde bislang noch nicht extern evaluiert. Zwischenzeitlich erfolgte Befragungen der teilnehmenden Menschen ergaben jedoch ein durchweg positives Bild: Es gefällt allen gut in der Gruppe. Bemängelt wird, dass ausführlichere Unternehmungen nicht häufig genug stattfinden. Grundsätzlich sind jedoch alle gerne dabei. Problematisch wurde die Situation, als eine Teilnehmerin in eine ernste gesundheitliche Krise geriet und an den Ausflügen nicht mehr teilnehmen konnte. Dies machte eine personelle Aufstockung notwendig, die jedoch geleistet werden konnte. Kritisch zu sehen ist sicherlich der Umstand, dass dieses Angebot für ältere Menschen mit Behinderung nur einen Ausschnitt der dritten Lebensphase abdeckt, nämlich die des Eintritts in das Rentenalter, wo „noch vieles möglich ist“ – eben die Erschließung neuer Lebensräume, im allgemeinen Sinn: die Welt kennenlernen. Bisher noch nicht bearbeitet wurde in diesem Zusammenhang die Problematik möglicher Abbauprozesse im gesundheitlichen Bereich bei einzelnen Mitgliedern, die möglicherweise den Tatendrang der anderen erheblich einschränken würden. Offenheit, Flexibilität und ein intensives Eingehen auf die Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen kann jedoch auch für diese Klientel als Leitmotiv gelten.

Das Mehrgenerationenhaus „Forum am Luitpold“

Gernot Steinmann

Die bisherigen Wohnangebote für ältere behinderte Menschen in München beschränken sich auf zwei Wahlmöglichkeiten: stationäres Wohnen und Wohnen mit ambulanten Zusatzleistungen. Das stationäre Wohnen bietet Menschen mit hoher Pflegebedürftigkeit die Stabilität und Sicherheit, die sie in den letzten Lebensjahren brauchen. Neben der sozialen Einbindung ins Gruppengeschehen liegt der Schwerpunkt im pflegerisch-körperlichen Bereich.

Im Wohnen mit ambulanten Zusatzleistungen leben Menschen mit einem deutlichen Selbständigkeitsanspruch. Sie organisieren ihre Teilnahme am sozialen und öffentlichen Leben sowie ihren Haushalt selbständig. Nach Bedarf können ambulante Leistungen in Anspruch genommen werden.

Menschen mit und ohne Behinderung suchen im Alter nach einer Alternative zu den bisherigen Wohnformen. So wies das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) gemeinsam mit der Bertelsmann Stiftung im Bericht über das Projekt „Leben und Wohnen im Alter“ darauf hin, dass ältere Menschen „...früher traditionell in der Großfamilie lebten. Heute leben sie meist in der eigenen Wohnung. Diese Entwicklung wird in Zukunft noch zunehmen: Die Menschen werden immer älter und sind länger selbständig. Wenn Sie mit 80 anfangen sich Gedanken zu machen, haben sie nicht mehr viele Wahlmöglichkeiten.“ (Ursula Kremer-Preiß, KDA)

Das Selbstverständnis der Gleichbehandlung

Unterschiedliche Menschen brauchen unterschiedliche Wohn- und Lebensformen. Für nichtbehinderte Senioren gibt es eine Vielzahl von alternativen Wohnmodellen. Doch ist für behinderte, ältere Menschen das Angebot beschränkt. Mit dem Ziel der Gleichbehandlung von Behinderten und Nichtbehinderten im Alter suchte die Stiftung Pfnennigparade deshalb nach alternativen Wohnformen. Sie führte umfangreiche Analysen über den spezifischen Bedarf bei Menschen mit Behinderung durch. Der Be-

darf wurde bei der entsprechenden Altersgruppe in Form von Informationsabenden, persönlichen Gesprächen, Tagungen und Interviews geklärt. Gegenwärtig leben und arbeiten in der Stiftung Pfennigparade und deren Tochtergesellschaften 912 erwachsene Menschen mit Behinderung. Der Vergleich mit der bundesdeutschen demographischen Entwicklung zeigt, dass die Alterspyramide in der Stiftung Pfennigparade eine noch deutlichere Tendenz zur „Überalterung“ aufweist. Diese Tendenz wird in den nächsten Jahren zunehmen. Der überwiegende Teil der Mitarbeiter mit Behinderung wird früher als mit 65 Jahren das Rentenalter erreichen. Trotz guter Rehabilitationsangebote ist für viele Menschen die Tätigkeit in der Werkstatt mit ihrer geschützten Arbeitsatmosphäre nicht mehr möglich. Wir rechnen mit einem Eintritt in die Rentenzeit ab dem 40. Lebensjahr. Zusätzlich werden Mitarbeiter der Stiftung Pfennigparade mit dem Erreichen des regulären Rentenalters die aktive berufliche Laufbahn verlassen. Jedoch sollen im „Forum am Luitpold“ auch Menschen wohnen, die bisher wenig oder keinen Kontakt zur Stiftung Pfennigparade hatten. Das „Forum am Luitpold“ soll Menschen, die eine Alternative zu den bisherigen Wohnformen suchen, neue und generationsübergreifende Wohnformen aufzeigen.

Die Stiftung Pfennigparade bietet mit dem Mehrgenerationenhaus eine sinnvolle Perspektive nach der Berufstätigkeit und ermöglicht eine selbstgewählte und freigestaltbare Lebensführung. Mit dem „Forum am Luitpold“ werden neue Wege für eine „neue“ Personengruppe beschritten. Unter der Prämisse „so viel Eigenständigkeit wie möglich, so viel Hilfestellung wie nötig“ reagiert die Stiftung Pfennigparade als einer der ersten Dienstleister im Rehabilitationsbereich auf diese neue Nachfrage.

Die Personengruppe

In diesem Haus sollen Menschen mit und ohne körperliche Behinderung leben. Menschen, deren Rentenzeit beginnt, finden hier ebenfalls ein Zuhause. Familien, in denen ein oder mehrere Angehörige eine körperliche Behinderung haben und deren Erwerbsfähigkeit deshalb eingeschränkt ist, werden hier wohnen. Menschen, die aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf stationäre Hilfen angewiesen sind, können im Mehrgenerationenhaus ihren Lebensabend verbringen.

Für alle dort wohnenden Menschen gilt, dass sie den Einkommensverhältnissen gemäß § 9 WoFG entsprechen.

Zentral, behindertengerecht und bezahlbar

Im bundesweiten Vergleich hat München seit Jahren den höchsten Mietpiegel. Die aktuelle Mietsituation ist für Menschen mit Behinderung besonderes belastend. Bedingt durch ihre Hilfsmittel sind sie auf großflächige Wohnungen mit unterfahrbaren Küchen, geräumigen Bädern, mehreren Staufflächen und barrierefreien Wegen innerhalb und außerhalb der Wohnungen angewiesen. Eine Nähe zum öffentlichen Nahverkehr ist aktuell nicht immer gewährleistet. Um hier Abhilfe zu schaffen, baut die Stiftung Pfennigparade neuen Wohnraum für ältere Menschen mit Behinderung. Das Haus soll architektonische Ästhetik und Zweckmäßigkeit für behinderte Menschen vereinen.

Eine Angebotsvielfalt ermöglicht bedürfnisgerechtes Wohnen für ca. 98 Menschen: 30 Wohnungen mit anderthalb und zwei Zimmern (30 MieterInnen), vier Wohnungen mit drei Zimmern (zehn MieterInnen), vier nachbarschaftliche Hausgemeinschaften mit je vier Mietern (16 MieterInnen), vier stationäre Wohngemeinschaften für je acht Menschen (32 Plätze). Neben dem Wohnraum entstehen zusätzlich Gemeinschaftsräume, ein Café, Werk- und Hobbyräume, Therapie-, Ärzte-, Sanitär- und Dienstleistungsräume, Hauswirtschafts-, Lager- und Technikräume, Dienst-, Umkleide- und Pausenräume. Zusätzlich sind im stationären Bereich eine Versorgungsküche und ein sternförmig erreichbarer Gemeinschaftsraum geplant. Da noch keine Langzeituntersuchungen über die speziellen Herausforderungen älterer Menschen mit Behinderung vorliegen, werden nach Möglichkeit die Räume so konzipiert, dass sie veränderten Wohnraumsprüchen gerecht werden. Nicht die Menschen sollen sich den Räumen anpassen, sondern die Räume sollen zu den Menschen passen.

Um das Selbstverständnis in der Gleichbehandlung umzusetzen, müssen bauliche Rahmenbedingungen geschaffen werden. Denn erst das Angebot an echter Wohnraumwahl schafft die Möglichkeit einer eigenverantwortlichen Entscheidung. Diese Entscheidungsfreiheit ist Basis, um eine Gleichbehandlung in allen Lebensphasen zu gewährleisten. Die Stiftung Pfennigparade wird durch die Vielfalt ihrer Wohn- und Fördermöglichkei-

ten den unterschiedlichsten Bedürfnissen der Menschen gerecht. Das Haus für ältere Menschen mit Behinderung führt diesen Leitgedanken der Selbstbestimmung weiter und ermöglicht eine individuelle Lebensgestaltung im Alter.

Umfangreiche Therapie- und Freizeitmöglichkeiten sorgen dafür, dass sich Menschen im Haus wohlfühlen. Jeder Bewohner wird ermuntert, ein selbstbestimmtes, erfülltes und möglichst normales Leben zu führen. Die Mitarbeiter verstehen sich als Assistenten und Unterstützer, die den Bewohnern helfen, ihre Wünsche und manchmal auch Träume im Alltag umzusetzen.

Unterstützende Angebote wie Hilfen zur Alltagsbewältigung, Freizeitgestaltung und Bildungsangebote, Mobilitätstraining, Hilfen zur gesellschaftlichen Eingliederung und zur Teilnahme am öffentlichen Leben, gesellige Runden, kreatives Gestalten, Hauswirtschaft, Handwerk, Spiele und Gedächtniskreise sollen den Alltag der MieterInnen bereichern. Theateraufführungen, Konzerte und Ausstellungen führen zur Lebensfreude in der eigenen Wohnung und im Haus.

Hier werden Menschen mit unterschiedlichstem Unterstützungsbedarf leben. Das wird Lebendigkeit und Offenheit ins Haus bringen. Im Sinne eines ganzheitlichen Leitbildes werden die Menschen in ihrer Unterschiedlichkeit angenommen, gefördert und gefordert. Die Stiftung Pfennigparade schafft dabei die Voraussetzungen zur Teilnahme am Leben im Haus, in der unmittelbaren Nachbarschaft oder außerhalb des Quartiers.

Manche Menschen sind durch gesundheitliche Einschränkungen nicht mehr in der Lage, selbständig an einem Leben außerhalb des Hauses teilzunehmen. Ihnen gilt ebenso unser Blick. Ein interdisziplinäres Team von Medizinerinnen, Pflégern, Pädagogen, Therapeuten, Betroffenen und Angehörigen unterstützen Menschen, die einen hohen bis höheren Pflege- und Unterstützungsbedarf haben.

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen, Freunden, Bekannten, Ehrenamtlichen und einem nachbarschaftlichen Netzwerk sind wichtige Voraussetzungen um einen bestmöglichen Therapieplan umzusetzen. Dabei unterstützen wir im ganzheitlichen Sinne durch pädagogische Angebote wie Gespräche, Vorlesen, Sensibilisierung und Aktivierung, durch Pflege im Rahmen eines ganzheitlichen Leitbildes ebenso wie durch therapeutische

Angebote (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) und regelmäßige medizinische Betreuung.

Innerhalb der stationären Räumlichkeiten wird es ein Hospizzimmer geben. Dieses ist persönlich und liebevoll gestaltbar. Ein Ort, in dem Raum für Trauer ist. In Würde wird das Leben verabschiedet und in einer begleitenden Akzeptanz der Übergang bereitet. Die individuellen Bedürfnisse können sehr unterschiedlich sein. In einer annehmenden Atmosphäre sollen hier die Wünsche umgesetzt werden. Angehörige können in diesen Stunden wichtige Begleiter sein. Der Beistand durch die Familie, Freunde, Mitbewohner und das Helferteam ist selbstverständlich. Transzendente Fragen werden, je nach Wunsch, durch ehrenamtliche Hospizkräfte, Seelsorger oder kirchlichen Beistand begleitet.

Mehr Wohnen in Schwabing

Mitten in München-Schwabing, am Scheidplatz, wird das „Forum am Luitpold“ der Stiftung Pfennigparade entstehen. Der Stadtteil „Schwabing“ gehört zu den beliebtesten Wohnvierteln in München. Der Hauptbahnhof und der Marienplatz sind wenige Bahn-Minuten entfernt. Die Universität, Museen wie Pinakothek oder Glyptothek sind nicht weit. Aus dem ehemaligen Künstlerviertel entstand ein liebenswerter Stadtteil mit hohem Wohnwert. Der Scheidplatz befindet sich am nördlichen Ende von Schwabing und zeichnet sich durch eine optimale Verkehrsanbindung aus. Zwei U-Bahnlinien, mehrere Buslinien in alle Richtungen, vier Tramlinien und eine Nachtbuslinie sorgen für Mobilität. Drei von vier Straßen, die um den Scheidplatz führen, werden nur von Anwohnern befahren und trotz dieser guten Verkehrsanbindung sind diese Straßen sehr ruhig. Von der Ost- und Westseite ist der Park des Krankenhauses Schwabing oder der Luitpoldpark mit seinem alten Baumbestand zu sehen. Er ist wenige Gehminuten entfernt. Hier treffen sich die Schwabinger zum Entspannen, Sonnen und Reden. Dort finden, auch für den Behindertensport geeignet, regelmäßig Yoga, Konditionstraining oder Lauftreffs statt. In unmittelbarer Nähe finden sich an der Belgradstrasse Geschäfte für den täglichen Bedarf. Zwei Kirchengemeinden mit lebendigem Gemeindeleben sind fußläufig erreichbar. In Richtung Hohenzollernstrasse finden sich Cafés, ein Kino und Restaurants aller Nationalitäten. Das Freibad „Georgenschwaige“

im Luitpoldpark und das Ungererbad sind nicht weit.

Verschiedene Generationen

Auf dem großzügigen Areal am Scheidplatz betreibt die Stiftung Pfennigparade zusätzlich ein integratives Kinderhaus, mit Kinderkrippe und Kindergarten für ca. 120 Kinder. Damit wird generationsübergreifendes Wohnen möglich. Mit den Nachbarn der Umgebung, dem Krankenhaus Schwabing und dem Damenstift, den Kindergärten der Kirchengemeinden und anderen sozialen Projekten soll ein regelmäßiger Austausch stattfinden. Im gemeinsam gelebten Alltag können Projekte sinnvoll und lebensnah umgesetzt werden. Die Öffnung des Hauses für interessierte Nachbarn und Freunde und die aktive Teilnahme am Leben im Quartier ist selbstverständlich. Durch eine frühzeitige Planung des Scheidplatzes mit behindertengerechten Rahmenbedingungen wird Integration lebbar. Damit erfüllt der Scheidplatz optimale Lebensbedingungen für Menschen mit und ohne Behinderung.

Der aktuelle Stand des „Forum am Luitpold“

Mit dem „Forum am Luitpold“ geht die Stiftung Pfennigparade neue und notwendige Wege für Menschen mit Behinderung. Unsere Aufgabe ist es, durch gute konzeptionelle Vorplanung Anfangsfehler zu verringern und zu vermeiden. Eine umfangreiche Planung ist notwendig, weil es im Bereich körperbehinderter Menschen im Alter kaum Erfahrungswerte gibt. Zusätzlich liegen keine Langzeituntersuchungen über die speziellen Herausforderungen, Wohnansprüche und Wohnrealisierungen behinderter, älterer Menschen vor. Die Beschreitung des „Neulandes“ in der Biografieerweiterung behinderter Menschen macht eine qualifizierte, interessenvereinende Entwicklung und Umsetzung nötig. In Zusammenarbeit mit der Forschungsstelle der Universität Münster, dem Bau- und Sozialreferat findet ein intensiver Austausch statt. Erfahrungswerte anderer Sozialunternehmen und anderer Einrichtungen fließen in die Planung mit ein.

Praxisversuch zur personenzentrierten Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter

Ulrike Schneider

Die Behindertenhilfe Wetteraukreis gGmbH betreibt drei Wohnverbände mit vier internen Tagesstrukturen und drei Werkstätten für behinderte Menschen.

In den unterschiedlichen Wohnformen innerhalb eines Wohnverbundes leben Menschen mit einer vorrangig geistigen Behinderung:

- im Alter von 18 Jahren bis zu ihrem Lebensende
- mit Hilfebedarf im Rahmen der Eingliederungshilfe nach § 75 Abs. 2 und 3 SGB XII
- je nach individuellem Hilfebedarf in der vereinbarten Wohn- und Betreuungsform.

Die Leitideen im Wohnen sind im Jahr 2000 gemeinsam mit den Betreuten sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erarbeitet worden. Wir wollen ein so weit als möglich selbstbestimmtes und selbständiges Wohnen und einen lebenswerten Ruhestand im Wohnumfeld ermöglichen. Wir geben Hilfen in Anlehnung an das heilpädagogische Modell des Lebens nach Prof. Haisch.

Seit 2000 haben wir uns in der Betreuung der geistig behinderten Menschen im Alter ständig entwickelt und Erfahrungen gesammelt. Die Nutzer der Rentnergruppe in den internen Tagesstrukturen der Wohnheime entwickeln und gestalten aktiv mit. So sind auch die Leitideen für die Tagesbetreuung entstanden.

Die interne Tagesstruktur unterscheidet sich von den tagesstrukturierenden Angeboten des Wohnheims. Sie bietet separate Räume und eine Ausstattung mit bequemen Sitzmöbeln sowie Einrichtungen für therapeutische und kreative Angebote. Die Betreuung und Angebote werden an den Lebensrhythmus der Betreuten angepasst ohne die Werkstattnormalität zu wiederholen.

Wir setzen zunächst auf ein verstärktes, biographisches Arbeiten und bieten Angebote nach KompAs (Kompetentes Alter sichern), um kompetentes Altern zu sichern. Ein tiergestütztes Angebot in Verbindung mit Ergotherapie und Logopädie runden das Angebot ab.

Bei individuellem Bedarf bieten wir kreative Arbeiten und Arbeitstrainings an.

Der Wechsel vom Arbeitsbereich in die Altersrente

Immer wieder gibt es Betreute, die sich auf den Übergang zur Altersrente freuen, und andere, die sich eine Trennung von ihrer Arbeit nicht gut vorstellen können. Geistiger, körperlicher und gesundheitlicher Abbau nach Beendigung der Berufstätigkeit kann im Laufe der Jahre beobachtet werden und vollzieht sich in schnellem Zeitablauf. Um einen Wechsel für die Betreuten planbar, vorstellbar und erträglich zu gestalten, wird der Übergang in die interne Tagesstruktur der Wohnheime lange gemeinsam vorbereitet. In Hilfeplangesprächen mit den Betreuten, deren rechtlichen Betreuern, Gruppenleitern der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) und der Bezugsbetreuerin im Bereich Wohnen werden kleinschrittige Vereinbarungen zur Ausgliederung getroffen und die Maßnahmen beratend begleitet. Gemeinsam wird eine individuelle Hilfeplanung für die Tagesbetreuung in beiden Einrichtungen erstellt, neue individuelle Angebote werden zusammen erarbeitet. Die Hilfeplanung im Wohnbereich wird angepasst und unterstützende Maßnahmen eingeleitet.

Hilfeplanung und interne Tagesstruktur

Gerade im Bereich der alten Menschen mit Behinderung sind zeitlich kurze Distanzen zwischen den Reflektionen, bei gesundheitlichen Einschränkungen sogar häufigere Reflektionen, erforderlich. Wir reflektieren nach individueller Festlegung im Hilfeplangespräch und bei Auftreten gesundheitlicher Einschränkungen oder Risiken. Während diesen Reflektionen werden die notwendigen Hilfen angepasst, möglicherweise zusätzliche Hilfen wie externe Annexleistungen oder Pflegeleistungen in Erwägung gezogen und neue Angebote nach aktuellen biographischen Erkenntnissen entwickelt. Die Angebote der Tagesstruktur richten sich immer nach

den Wünschen und Bedürfnissen der Betreuten sowie deren Vitalität bzw. gesundheitlicher und körperlicher Verfassung.

Zehn Jahre Entwicklung - Erkenntnisse

Um den Betreuten einen guten Übergang in die Altersrente zu ermöglichen, sind regelmäßige Absprachen und gemeinsame Maßnahmen mit der WfbM zwingend notwendig. Auch nach dem Wechsel in die interne Tagesstruktur eines Wohnheimes sind ständige Abstimmungen und Absprachen mit der zuständigen Wohnform erforderlich.

Die Angebote müssen flexibel nach den Wünschen und Anforderungen der Betreuten erarbeitet werden und sich an deren Neigungen und Möglichkeiten orientieren. Für vitale Rentner, die im stationär begleiteten Wohnen oder Betreuten Wohnen leben, sind externe Angebote wichtig und gefragt. Eine Kooperation mit Partnern aus der Altenbetreuung ist notwendig, um die internen Angebote zu ergänzen und um die vor Eintritt in die Rente gelebte Inklusion weiter begleiten zu können.

Mit zunehmendem Alter und körperlichen bzw. gesundheitlichen Risiken entsteht Bedarf für die Erarbeitung eines Pflegekonzeptes und einer Pflegeplanung. Eine Netzwerkbildung mit Sozialstationen und externen Therapeuten wird immer bedeutsamer. Die Auseinandersetzung mit dem Thema Sterbebegleitung, Tod und Trauer sind präsent. Im Laufe der Jahre wurde eine Nachtwache im Wohnheim erforderlich. BetreuerInnen mit beruflichen Kenntnissen in der Altenbetreuung haben sich als eine gute Ergänzung des Teams erwiesen.

Erfolge und Brüche

Bedingt durch die ständige Anpassung unserer Vorgehensweise in der Hilfeplanung und den Betreuungsleistungen können wir lebenslanges Wohnen gewährleisten. Das Zusammenleben mehrerer Generationen im Wohnverbund kann verwirklicht werden. Wir können in Verbindung mit der internen Tagesstruktur für AltersrentnerInnen und der Nachtwache auch junge schwerst-mehrfach Behinderte aufnehmen. Wir haben Erfolge bei der Einbindung von Bürgerselbsthilfe, kirchlichen Einrichtungen und kooperieren mit den Alten- und Pflegeheimen in der Umgebung.

Im Bereich des Wohnheimes sind in der Vergangenheit auch Brüche entstanden, die es zu bearbeiten gab. Bedingt durch den Einsatz von fachübergreifendem Personal kam es zu einer erschwerten Teambildung mit unterschiedlichen Ansätzen, die es mit Schulungen, Beratungen und Mitarbeitergesprächen zu bereinigen galt. Auf das pädagogische Personal kam eine erhöhte psychische Belastung durch die hohen Pflegeanforderungen zu, die nur mühsam mit Supervision und Beratungen zu begleiten waren. Darüber hinaus ist ein erhöhter Dokumentationsaufwand entstanden, den es in Abstimmung mit der Heimaufsicht im Sinne der Durchführbarkeit zu reduzieren galt. Nach zwei Jahren Probephase und mehreren Anpassungen ist uns dies gut gelungen. Zum jetzigen Zeitpunkt sind die zuvor genannten Brüche beseitigt. Nach wie vor sind die räumlichen Bedingungen noch nicht ganz zufriedenstellend, denn mit zunehmendem Pflege- und Hilfsmittelbedarf wächst der Raumbedarf. Erforderliche Ruhe- und Entspannungsräume sowie eigens ausgestattete Räume für die Tagespflege bei Stuhl- und Harninkontinenz sind im zu bewilligenden Raumprogramm der Kostenträger nicht vorgesehen. Die Gestaltung der Räume und der dazugehörigen Außenanlagen im Sinne von Anforderungen für Demenzzranke ist im Rahmen der derzeitigen Fördermittel schwer und zum Teil gar nicht umzusetzen.

Abschließend kann festgestellt werden, dass die Betreuten in ihren jährlichen Hilfeplangesprächen ihre Zufriedenheit über ihre Wohn- und Betreuungssituation äußern und sich keine andere Lebensform wünschen.

Alter und Behinderung: Paradigmenwechsel einfordern

Heinz Knoche

Nichts bleibt wie es ist, nichts kann so bleiben wie es ist: Das gilt für die Strukturen der Alten- und Behindertenhilfe. Das gilt auch für uns selbst. Wer über Behinderung spricht, spricht ebenso über sich selbst - oder zumindest über eine seiner möglichen Zukunftsoptionen. Dies gilt für Alter gleichermaßen. Alt sind nicht die Alten, alt sind wir alle selbst einmal - im besten Fall.

Wir wissen: Den perfekten Menschen gibt es nicht. Jeder ist auf seine Mitmenschen angewiesen, jeder ist vom anderen abhängig. Von der Geburt an bis zum Tod. Beeinträchtigungen sind Teil der „*conditio humana*“. „Behindert“ – „nicht behindert“ sind nicht persönliche Lebenslagen, sondern vielmehr Zuschreibungen auf der Grundlage eines gesellschaftlich normierten Normalzustandes. Dieser ist in Frage zu stellen. Aus Abhängigkeit erwächst die ethische Verpflichtung zu Mitverantwortung und Solidarität. Zu dieser ist aber nicht jedes Individuum freiwillig bereit. Solidarität und Mitverantwortung bedürfen daher gesellschaftlicher Regelung. Moral ist durch Recht abzusichern. In den dafür notwendigen Aushandlungsprozessen sind Menschen „mit Behinderung“ fair zu beteiligen. Sie müssen sich im eigenen Interesse einbringen und einbringen können: Nichts über uns ohne uns!

„Vielfalt“ markiert eine wichtige Dimension. Ihre Anerkennung und Wertschätzung darf aber nicht im Respekt schon enden. Die Anerkennung der Vielfalt der Lebensformen muss die Bereitstellung von Hilfen und Unterstützungsangeboten einschließen. Diversity erfordert auch Diversity Management.

Das Konzept einer „inkluisiven Gesellschaft“ ist noch auszuhandeln. Hier stehen alle Individuen und viele daraus gebildete Gruppen im Zentrum verschiedener Überlegungen: Menschen mit Behinderung, Menschen mit Migrationshintergrund, sozial Benachteiligte, Hochbegabte. Wichtige An-

forderungen sind: Freiheit von Diskriminierung und Stigmatisierung, Chancengerechtigkeit, gelebte Wertschätzung für jeden Menschen, keine einseitige Orientierung auf Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft. Inklusion heißt auch: Begegnung, Miteinander, Bereitschaft zum Perspektivwechsel.

Für die Angebote gilt: Expertise zusammenführen, neue Modelle und Wohnformen entwickeln, „best practice“ bekannt machen, Orientierung am Individuum gewährleisten - nicht an der Lebenslage von Gruppen. Das „ganze Leben“ in den Blick nehmen: Die WfbM muss nicht bei 65 Jahren enden, Eingliederungshilfe muss Eingliederung in das ganze gesellschaftliche Leben zum Ziel haben - nicht nur in den Arbeitsmarkt. Sie muss bei Bedarf lebenslang greifen.

Jeder, der über unsere Themen spricht, kann bei sich selbst anfangen. Und bei seinen Vorstellungen von einem „guten“ Leben. Oder: Es ist nie zu früh, sich zum Experten für die eigene Zukunft zu machen. Vernünftigerweise schließt dies die Themen „Alter“ und „Behinderung“ ein.

Die Autorinnen und Autoren

Arnade, Dr. Sigrid, geb. 1956, studierte Tiermedizin und arbeitete von 1980 bis 1985 als Tierärztin. Seit 1986 als Journalistin, Moderatorin und Projektmanagerin in den Bereichen Behinderung, behinderte Frauen, rechtliche Gleichstellung und barrierefreies Naturerleben tätig. Übernahm 2010 die Geschäftsführung der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. (ISL).

Bader, Ines, geb. 1954, Diplom-Psychologin und Pädagogin. Seit 1979 in der Diakonie Stetten in Kernen tätig. Arbeitsschwerpunkte: Psychologischer Fachdienst für Menschen mit geistiger Behinderung, Heilpädagogische Förderung (Bereichsleitung), Projektleitung „Hangweide“. Mitarbeiterin der Fachzeitschrift „Orientierung“.

Bernzen, Prof. Dr. jur. Christian, geb. 1962, schloss sein Studium der Rechtswissenschaft an der Universität Hamburg ab. Seit 1994 Rechtsanwalt bei Bernzen Sonntag. Mitglied des Anwaltsgerichtshofes Hamburg. Schwerpunkte: Organisation der sozialen Arbeit, Kinder- und Jugendhilferecht sowie Eingliederungshilfe.

Denne, Jörg, geb. 1960, ausgebildeter Schlosser, Mitarbeiter in der Druckweiterverarbeitung einer Werkstatt für behinderte Menschen seit 1994. Zurzeit tätig für die Reha GmbH in Saarbrücken. Mitglied im bundesweiten Vorstand der Werkstattträger für behinderte Menschen (WbFM).

Drechsler, Dr. phil. Christiane, geb. 1963, studierte Erziehungswissenschaften, Philosophie und Neuere deutsche Literaturwissenschaft. Promotion über Lebensqualität Erwachsener mit Behinderung in verschiedenen Wohnformen. Seit 2001 Leitung der Behindertenhilfe im DRK Kreisverband Segeberg. Vorher Musiktherapeutin und Dozentin für qualitative Sozialforschung. Orgelspielerin bei den Benediktinern.

Erdemir, Kamile, geb. 1947. Mit der Geburt ihres Sohnes Gürkan (1968) begann ihr Engagement für Menschen mit Behinderung. 1987 gründete sie den Verein TIM e.V. und ist dessen Vorsitzende. Sie setzt sich für behinderte Menschen aus anderen Kulturen ein.

Grabow, Sabine, geb. 1950, Krankenschwester, Sozialarbeiterin, Case Managerin (DGCC). Aktuell Leiterin des Pflegestützpunkts Pankow, Albatros gGmbH gemeinnützige Gesellschaft für soziale und gesundheitliche Dienstleistungen mbH. Dort nahm sie 1993 ihre Arbeit als Case Managerin auf. Die Leitung der Koordinierungsstelle Rund ums Alter Pankow übernahm sie 2002. Die Koordinierungsstelle ist seit September 2009 Pflegestützpunkt. Zusätzlich arbeitet Frau Grabow im Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V. mit.

Grüber, Dr. Katrin, geb. 1957, Promotion am Lehrstuhl für Entwicklungsphysiologie, Universität Tübingen. Leiterin des Institutes Mensch, Ethik und Wissenschaft. Schwerpunkte: Politikwissenschaft, Wissenschaftskritik, Technikfolgenabschätzung, Forschungspolitik auf nationaler/europäischer Ebene, Dialog zwischen Wissenschaft und Gesellschaft, die Rolle von ExpertInnen, Laien, Menschen mit Behinderung, chronisch Kranken und Angehörigen bei Entscheidungsprozessen.

Hackler, Dieter, geb. 1953, Ministerialdirektor, Leiter der Abteilung Ältere Menschen, Wohlfahrtspflege, Engagementpolitik im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Studium der Evangelischen Theologie und Rechtswissenschaften. Nach zehn Jahren als Pfarrer in Bonn war er von 1991 bis 2006 Bundesbeauftragter für Zivildienst.

Heistermann, Beatrix, geb. 1961, Diplom-Sozialarbeiterin und Heilpädagogin. Seit 1984 in der Haus Freudenberg GmbH (Werkstatt für behinderte Menschen) zunächst im Sozialen Dienst dann ab 1992 als Leiterin desselben tätig.

Hüppe, Hubert, geb. 1956, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. Ausbildung zum Diplom-Verwaltungswirt bei der Stadtverwaltung Lünen für den gehobenen nichttechnischen Dienst.

Berufliche Stationen: 1982 Sachbearbeiter (Jugendamt), 1983 Stadtoberinspektor, von 1991 bis 2009 Mitglied des Deutschen Bundestages.

Knoche, Heinz, geb. 1954, Leiter des Teams „Migration - Interkulturelle Öffnung - Inklusion“ im DRK-Generalsekretariat. Studium der Germanistik und Philosophie für das Lehramt am Gymnasium in Bonn, Referendariat in Arnsberg. Seit 1986 Mitarbeiter im DRK-Generalsekretariat, seit 2001 stellvertretender Bereichsleiter „Jugend und Wohlfahrtspflege“. Aufgabenschwerpunkte: Soziale Benachteiligung, Migration, Inklusion und Interkulturelle Öffnung im DRK.

Köhncke, Yvla, geb. 1983, studiert zum Veröffentlichungszeitpunkt dieser Fachpublikation Psychologie. Neben dem Studium arbeitet sie als Journalistin und am Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung als freie wissenschaftliche Mitarbeiterin.

Mair, Prof. (em.) Dr. Helmut, geb. 1943, Studium der Erziehung und Sozialwissenschaften. Er leitete zu Beginn der 90er Jahre Forschungsprojekte zur Begleitung des Übergangs von Menschen mit Behinderung in den ersten Arbeitsmarkt bzw. in den Ruhestand. Aktuell führt er die Evaluation von Projekten der Landesstiftung Baden-Württemberg zum Thema Alter und Behinderung durch.

Naegele, Prof. Dr. oec. Gerd, geb. 1948, habilitierte 1991 zum Thema „Älterwerden in der Arbeitswelt“ an der Universität Kassel. Forschungsschwerpunkte: Soziale Gerontologie, Sozialpolitik, Soziale Dienste, Pflegeforschung, Armutsforschung, ältere Arbeitnehmer, Folgen des demografischen Wandels.

Radtke, Dr. der Romanistik und Germanistik Peter, geb. 1943, Fremdsprachenkorrespondent. Zwischen 1976 und 1984 Fachgebietsleiter für die Erwachsenenbildungsarbeit mit behinderten Teilnehmern (VHS München). Danach bis 2008 Geschäftsführer der Arbeitsgemeinschaft Behinderung und Medien, zurzeit Vorsitzender derselben. Schauspieler und Autor.

Rehberg, Prof. Dr. Walter, geb. 1965, z.Zt. Parlamentarischer Berater für Soziales, Familie, Arbeit, Gesundheit und Wohnbau der SPD-Fraktion im Bayrischen Landtag. Studierte Medizinsoziologie an der Universität Wien und machte den Master of Public Health an der University of California (L.A.). Von 2002 bis 2010 Dozent und Professor an der Berner Fachhochschule und der Fachhochschule St. Gallen.

Richard, Robert, geb. 1961, Ministerialrat, machte das 1. und 2. Staatsexamen in Jura. Begann 1991 als Mitarbeiter im Ministerium für Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt. Seit 2007 Referatsleiter Menschen mit Behinderungen, Sozialhilfe, gesellschaftliche Teilhabe sowie stellvertretender Abteilungsleiter Soziales und Sport.

Sanders, Margaret, geb. 1960, Diplom-Sozialwissenschaftlerin, Geschäftsbereichsleiterin Förder-, Orientierung- und VaRiA-Bereich. Sie ist verantwortlich für die Unternehmenssteuerung und das Controlling in der Haus Freudenberg GmbH (Kleve). Entwicklung und praktische Umsetzung einer ICF-basierten persönlichen Entwicklungsplanung für Menschen mit schwerer Behinderung (2009 - 2011), Einführung und Weiterentwicklung der Balanced Scorecard (seit 2008).

Schenk zu Schweinsberg, Donata Freifrau, geb. 1951, Sozialpädagogin. Absolvierte ihre praktische Ausbildung im Heim für milieugeschädigte Jugendliche Sankt Elisabeth in Marburg 1972/73 und arbeitete hier als Betreuerin. War von 1975 an für drei Jahre Jugendleiterin in einer evangelischen Kirchengemeinde. Betreute zwischen 1969 und 1985 ehrenamtlich Strafgefangene, drogenabhängige und psychisch kranke Jugendliche. Ehrenamtliche Tätigkeiten in verschiedenen Funktionen im DRK-Kreisverband Wuppertal von 1979 bis 2011. Seit 2006 Vizepräsidentin des Deutschen Roten Kreuzes, Vizepräsidentin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (2007/08 sowie 2011/12), BAGFW-Präsidentin (01/2009 bis 04/2011).

Schneider, Franziska, M.A., geb. 1958, Beauftragte für Menschen mit Behinderung beim Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg Berlin. Sie studierte Theaterwissenschaften, Erziehungswissenschaften und Religionswissen-

schaften. Rundfunk-Redakteurin. Themenschwerpunkte: Erwachsenenbildung und Behindertenpolitik.

Schneider, Ulrike, geb. 1959. Seit 1997 bei der Behindertenhilfe Wetteraukreis gGmbH beschäftigt. Übernahm im Jahr 2000 die Wohnverbundleitung für Wohnheime, stationär begleitetes Wohnen und Betreutes Wohnen im Verbund.

Schröder, Volker, M.A., geb. 1955, Studium der Psychologie, Germanistik und Politikwissenschaften an der Freien Universität Berlin. Supervisionsweiterbildung und Ausbildung zum Auditor. Seit 1990 beim DRK Berlin. Referent für Behindertenhilfe und Psychiatrie, Mitglied der Berliner Kostensatzkommission. Geschäftsführer der GINKO Berlin gGmbH.

Steinmann, Gernot, geb. 1950, Vorstand der Stiftung Pfennigparade München. Kernthemen: Bildung, Wohnen und Erziehung, Pflege, Medizin und Therapie, ältere Menschen mit Behinderung. Studierte Betriebswissenschaften, ausgebildeter Berufspädagoge. Über 38 Jahre Erfahrung im Bereich der Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen.

Wegge, Klaus Peter, geb. 1959, Diplom-Informatiker. Leiter des Accessibility Competence Center bei Siemens IT Solutions and Services GmbH. Arbeitsschwerpunkte: Verbesserung der Barrierefreiheit von Produkten und Dienstleistungen, europäische Forschungsprojekte zum Thema Barrierefreiheit. Aktuell Erstellung von Berichten für das EU-Mandat 376, das Barrierefreiheit als Vergabekriterium bei öffentlichen Ausschreibungen im IKT-Bereich vorsieht.

Weigand-Woop, Anette, geb. 1958, Dipl.-Sozialpädagogin bei TIM e.V., sie sammelte seit 1990 als Dozentin für Deutsch als Zweitsprache und Alphabetisierung, Prüferin für Deutschtest Deutsch für Zuwanderer, Kursleitung „Mama lernt Deutsch“ Berufserfahrung.

Wetzstein, Verena, geb. 1970, Dr. der Katholischen Theologie und Germanistik. Übernahm 2002 die Studienleitung für den Fachbereich Ethik an der Katholischen Akademie Freiburg. Wissenschaftliche Redakteurin der

Zeitschrift für medizinische Ethik, seit 2010 Lehrbeauftragte der Pädagogischen Hochschule Freiburg.

Zander, Michael, geb. 1972, Dipl.-Psych., studierte Psychologie an der Freien Universität Berlin. Forschungsschwerpunkte: Gerontologie, Disability Studies, Kritische Psychologie. Mitarbeiter am Institut für gerontologische Forschung (Berlin), Doktorand an der FU Berlin, Mitglied des Graduiertenkollegs „Multimorbidität im Alter (Berliner Charité).

Register

- Accessible Design 104
- Ageism 56
- Aktiv im Alter (Programm) 11
- Aktionsplan, Nationaler 14
- Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) 11
- Alltagshilfen 69
- Altersprozesse 9
- Altersdiskriminierung 56 ff.
- Altersgrenze 13, 41, 58, 110
- Altersgerechte Lebensführung 13, 23, 137
- Alterspyramide 32, 137
- Alterssicherung 23 ff.
- Alzheimer-Demenz 70 ff., 82
- Ambient Assisted Living (AAL) 28
- Ambulantisierung 35, 66
- Ambulante mobile Rehabilitation 9
- Assistenz 33, 44, 48 ff., 99 ff.
- Autonomieprinzip 51 ff., 76

- Barrierefreiheit 67
- Barrierefreie Gestaltung 104 ff.
- Bedarflagen 23, 36, 119
- Bedürfnisse, altersuntypische 52
- Behindertengleichstellungsgesetz 6, 11, 67
- Betreutes Wohnen 130 ff., 132 ff.
- Bildungsangebote 139
- Biografiearbeit 13, 97 ff.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (BAGSO) 16, 19 f.

- Chronisch Erkrankte 48, 126, 149

- Definitionen Behinderung 17, 51 ff.
- Defizitmodell 17, 44, 47, 90
- Demenz 25, 38, 71 ff., 82, 101, 124, 132 f., 144
- Demenzethik 76 ff.
- Demenzkonzept 73 ff.

- Demografietarifverträge 27
- Demografischer Wandel 22 ff., 31 ff., 120
- Design für Alle / Design for All 18 f., 104 ff.
- Disability Studies 17 f., 31 ff., 51 ff.
- Disability Mainstreaming 18
- „Dreifaches Altern“ 22 f.
- Dritter Lebensabschnitt 13 f.

- Eigenhilferessourcen 25
- Eigeninitiative 66 ff.
- Eingliederungshilfe 12 f., 32 ff., 40 ff., 118, 127 ff., 142 ff.
- Empowerment 54, 87
- Ermessensleistung 8

- Fachkraft 36, 75, 84 ff.
- Fachpersonal 89, 90, 138
- FAIRKAUFHAUS 126
- Fakultativprotokoll 11
- Familiäre Netzwerke 9, 24, 33, 98, 123, 137
- Finanzierungsmodelle 28
- Flexicurity-Konzept 27
- Freie Wohlfahrtspflege 43
- Freiwilligendienste 11, 110
- Freizeitgestaltung 13, 52, 138

- Ganzheitlicher Ansatz 11, 14, 139
- Geldleistung 23
- Gender Mainstreaming 18
- „Generationenfreundliches Einkaufen“ 19
- Generationengerechte Produkte und Dienstleistungen 10, 18, 34, 62, 104 ff.
- Generationenübergreifende Wohnangebote 19, 136 ff.
- Gesetz zur sozialen Teilhabe 49 ff.
- Gesundheit 20, 22 ff., 42, 50, 58, 80, 92, 118, 124, 135, 142
- Geriatrie 12
- Geriatrische Prävention 29
- Gerontologie 9

- Habilitation 68
- Hilfekatalog, offener 42 f.
- Hilfenetze 11
- Hilfepotenziale 23

- Hobby 12, 110, 138
 Hochaltrigkeit 8, 25
 Hyperkognitivismus 73
- ICF 31, 90, 105
 Infrastruktur 49, 60, 94
 Initiative Runder Tisch 117 ff.
 Inklusion 7, 18, 36, 48, 67, 91, 116 ff., 144
 Inklusive Lebensumfelder 48, 66 ff.
 Integration 48, 56, 117 ff., 122 ff., 140
 Integrierte Versorgung 29
 Interaktion 16, 60, 76, 101
- Körpererfahrung 97
 Kohorte 24 f.
 Kohorteneffekte 25
 Kontakt- und Beratungsstellen 68, 126
 Kommunalpolitik 13, 17, 36
 Kommune 36, 67, 70
 Konzept der Wechselwirkung 17
 Kostenträger 36 ff., 93, 110, 112, 145
 Kostenträgerstruktur 129
 Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) 16, 136
- Lebenslagenansatz 10
 Leistungsbereiche 23, 43
 Leistungsrecht 8, 70
 Leitbildentwicklung 69
 Lokale Teilhabeplanung 117 ff.
- Maßnahmen bei eingetretener Hilfe- und Pflegebedürftigkeit 23
 Maßnahmen zur Förderung der selbständigen Lebensführung 28
 Maßnahmen zur Integrationssicherung 23
 Medizinische Versorgung 13, 82
 Medizinisches Modell 47
 Mehrgenerationenhaus 136 ff.
 Menschenrechtsansatz 20
 Menschenrechtsmodell 18
 Menschenrechtsvertrag 15, 47
 Migrationshintergrund 146
 Migranten 122 ff.
- Mobilität 12 f., 25, 30, 49, 54, 91, 114, 139 f.
 Modellförderung 10
 Modularisierte Leistungsangebote 46
 money-led-approach 29
 Morbiditätsstruktur 29
 Multimorbidität 25, 29, 80, 153
- need-led-approach 29
 Netzwerke 9 f., 66, 70, 89 f., 119, 139, 144
 Normalität 41, 67, 142
- ÖPNV 19, 61, 63, 67
- Palliativmedizin 14
 Personenbezogene soziale Dienstleistungen 23 f.
 Persönliche Assistenz 48 f., 53
 Persönliches Budget, trägerübergreifend 44
 Pflegebedürftigkeit (Begriff) 11, 31 ff.
 Pflegekasse 42
 Politik der Menschenrechte 16 ff.
 Präventionsmaßnahmen 10, 16, 27
 Privatsphäre 12, 92 f.
- Quartiersmanagement 11
- Rehabilitation 9, 15, 27, 47, 68, 82, 137
 Rehabilitationsleistungen 28
 Rente 23 ff., 42, 110, 112, 113
 Renteneintritt 36, 135 f., 142
 Ressourcen 25, 51, 66, 89
 Ruhestand 12, 29, 37 f., 58, 84 ff., 100 f., 110, 114 f., 142
- Sachleistung 23, 42
 Schwer- und mehrfach behinderte Menschen 12, 32 f., 37, 96, 100, 117, 126, 133, 144
 Schwerbehinderung 31 f.
 Schwerbehindertenausweis 15, 31 f.
 Schwerbehindertenstatistik 15
 Selbsthilfe 8, 16, 57, 66, 70, 124, 144
 Selbstwertgefühl 64, 99
 Seniorenbeiräte 16
 Seniorenwohnhaus 130

- Service-Wohnen 130 f.
SGB IX 11, 15, 30, 51
SGB XI 40 ff, 129
SGB XII 40 ff., 142
Sonderrechte 15
Soziale Arbeit 56
Soziales Modell 18
Sozialraum 49, 66 ff., 115
Sozialraumorientierung 66 ff.
Sozialschicht 23
Sozialsystem 91
Standard 12, 26, 45, 48, 52, 104, 106 f., 126
Sterbebegleitung 14, 37, 144
Sterben 14, 80
- „Wirtschaftsfaktor Alter“ 10, 19
Wohneinrichtung, stationär 35
Wohneinrichtung, ambulant 131
Wohnform 32 ff., 48 f., 66, 117, 128,
130 ff., 136 ff., 142, 147
Wohngemeinschaft 127, 131 f., 133, 138
Wohnprojekt 110, 126, 131
Wohnraumanpassungsmaßnahmen 28
Wohnstätten 133 f.
Wohnumfeld 37, 69, 92, 142
Wohnungsunternehmen 10
Wohnungsanpassung 69
- Tagesstruktur 12, 70, 84, 88, 93, 111 ff., 127,
142 ff.
Technische Hilfen 10
Teilhabe, kulturelle 13
Teilhabe, politische 13
Teilhabe, soziale 44, 47, 49 f., 50, 53, 89
Teilhabebedarf 44
Teilhabeplanung 68, 90
Telemedizin 28
Tod 72, 80 ff.
Trauer 100, 140, 144
- UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)
6, 12, 14 ff., 47 ff.
Universal Design / Universelles Design 18 f.,
108
- Versorgungsparadigma 29
Vorrangige Hilfeart 12 f.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) 31, 53,
105
Werkstätten für Menschen mit Behinderun-
gen (WfbM) 13, 100 f., 110 ff., 113 ff., 134,
143 f., 147
Werkstattbeschäftigte 111, 113
Werkstattatrat 110
World Health Organisation (WHO) 31, 53,
105

Alter und Behinderung - Behinderung und Alter

Herausforderungen für die Gesellschaft

Haben Menschen, die ihr Leben lang „be-hindert“ werden, im Alter andere Bedürfnisse als Menschen, die erst in der dritten Lebensphase mit Behinderungen konfrontiert werden? Wo liegen die Unterschiede, wo die Gemeinsamkeiten und wie passt die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in dieses Bild? Mit diesen Fragen beschäftigten sich im April 2010 die TeilnehmerInnen der gemeinsamen Fachtagung des Deutschen Roten Kreuzes und des Instituts Mensch, Ethik und Wissenschaft in Berlin. „Alter und Behinderung – Behinderung und Alter. Herausforderungen für die Gesellschaft“ fasst die verschiedenen Perspektiven zusammen: von Betroffenen, Fachkräften, Wissenschaftlern, Politikern und Aktiven. Die Vielfalt der Blickwinkel unserer Autorinnen und Autoren verleiht dieser Fachpublikation eine besondere Lebendigkeit. Diese Lebendigkeit zeigt die Aktualität und gesellschaftliche Brisanz des Themas und soll weitere Impulse für Diskussionen, Taten sowie Veränderungen geben.